



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΤΙΤΛΟΣ:

**Ο ρόλος της πνευματικότητας και η σχέση της με την επιβάρυνση
των συγγενών ασθενών με άνοια**

Αθανασία Γκαμπράνη
ΑΜ 84
Υπεύθυνη καθηγήτρια: κ. Γκούβα Μαίρη

Τριμελής επιτροπή:
Γκούβα Μαίρη
Δραγκιώτη Έλενα
Μαντζούκας Στέφανος

Ιωαννίνα, 2023

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Λόγω της μειωμένης γνωστικής τους ικανότητας, τα άτομα με άνοια συχνά βασίζονται σε άλλους για να υποστηρίξουν την ταυτότητά τους και την πνευματική τους ευημερία. Η διαχείριση της δυσφορίας σε αυτόν τον πληθυσμό είναι σημαντική. Ωστόσο, τα ευρήματα υποδεικνύουν την απουσία ή την ελάχιστη παρουσία, πνευματικής φροντίδας στην κλινική πρακτική τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους, η απουσία επίσης κατευθυντήριων οδηγιών για τη φροντίδα της άνοιας καθώς και η έλλειψη θρησκευτικής και πνευματικής υποστήριξης στο τέλος της ζωής καθιστούν αυτά τα άτομα ευάλωτα στην απουσία κάλυψης τόσο των θρησκευτικών όσο και των πνευματικών αναγκών τους.

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση του ρόλου της πνευματικότητας στους ασθενείς με άνοια, και η σχέση της με την επιβάρυνση που υφίστανται οι συγγενείς των ασθενών αυτών. Επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί αν οι πνευματικές ανάγκες των φροντιστών αλλά και των ίδιων των ασθενών με άνοια ικανοποιούνται.

Μέθοδος: Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε ερευνητική μελέτη. Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν το ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής SF36, η κλίμακα επιβάρυνσης «The Burden Interview και η κλίμακα πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι συγγενείς των ασθενών με άνοια. Αναφορικά με τη μέθοδο δειγματοληψίας, χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα και συγκεκριμένα δείγμα ευκολίας. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση την προθυμία τους και την διαθεσιμότητά τους. Συλλέχθηκε δείγμα 173 ατόμων. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) και πιο συγκεκριμένα η έκδοση 25.

Αποτελέσματα: Διαπιστώνεται πως σε υψηλά ποσοστά οι ερωτηθέντες δεν μείωσαν τον χρόνο που συνήθως ξόδευαν στην εργασία τους, δεν επιτέλεσαν λιγότερες ασχολίες από όσες θέλανε, δεν περιορίσανε την εργασία τους ή τα είδη των δραστηριοτήτων τους επίσης, δεν δυσκολεύτηκαν στο να εκτελέσουν την εργασία

τους ή άλλα είδη δραστηριοτήτων τέλος, φάνηκε ότι δεν επηρεάστηκαν οι κοινωνικές τους δραστηριότητες.

Συμπεράσματα: η πνευματικότητα έχει βρεθεί ότι χρησιμεύει ως ένας σημαντικός πόρος για την αντιμετώπιση της άνοιας όπως και άλλων σοβαρών ασθενειών. Ως πηγή αντιμετώπισης, η πνευματικότητα μπορεί να υποστηρίξει τους φροντιστές των ατόμων που ζουν με άνοια στο να αντλούν δύναμη, να έχουν ελπίδα και να βρίσκουν παρηγοριά ώστε να αντιμετωπίζουν καλύτερα την υφιστάμενη κατάσταση.

Λέξεις – Κλειδιά: Άνοια, φροντιστής, πνευματικότητα, ποιότητα ζωής

SUMMARY

Introduction: Because of their reduced cognitive ability, people with dementia often rely on others to support their identity and spiritual well-being. Management of distress in this population is important. However, the findings indicate the absence or minimal presence of spiritual care in clinical practice for both patients and their care givers, the absence also of dementia care guidelines and the lack of religious and spiritual support at the end of life make these individuals vulnerable to the absence of both their religious and spiritual needs being met.

Purpose: of this study was to investigate the role of spirituality in patients with dementia, and its relationship with the burden experienced by the relatives of these patients. Individual objectives of the study were to establish whether the spiritual needs of the caregivers and also of the dementia patients themselves are met.

Method: A research study was carried out for the needs of this work. The data collection tools of the present research were the SF36 quality of life questionnaire, the Burden Interview scale and the Spirituality and Religiosity scale (SpREUK-SF-15). The sample of the research was the relatives of the patients with dementia. Regarding the sampling method, non-probability sampling and specifically convenience sampling was used. Participants were selected based on their willingness and availability. A sample of 173 people was collected. For the statistical analysis of the data, the IBM SPSS program (Statistical Package for Social Sciences) was used, and more specifically version 25.

Sample: of the research was the relatives of the patients with dementia. Regarding the sampling method, non-probability sampling and specifically convenience sampling was used. Participants were selected based on their willingness and availability. A sample of 173 people was collected. For the statistical analysis of the data, the IBM SPSS program (Statistical Package for Social Sciences) was used, and more specifically version 25.

Results: It is found that in high percentages the respondents did not reduce the time they usually spent at work, did not perform fewer activities than they wanted, did not limit their work or the types of activities as well, did not find it difficult to perform

their work or other types of activities finally, it appeared that their social activities were not affected.

Conclusions: spirituality has been found to serve as an important resource in coping with dementia as well as other serious illnesses. As a coping resource, spirituality can support carers of people living with dementia to draw strength, hope and find solace to better cope with the current situation.

Keywords: Dementia, caregiver, spirituality, quality of life

Πίνακας Περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
SUMMARY.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Εισαγωγή.....	8
1. Άνοια.....	10
1.1. Ορισμός άνοιας.....	10
1.2. Ιστορική αναδρομή.....	10
1.3. Διάγνωση άνοιας.....	11
1.4. Συστήματα ταξινόμησης.....	14
1.5. Είδη άνοιας.....	14
1.5.1. Νόσος Alzheimer.....	14
1.5.2. Νόσος Lewy.....	15
1.5.3. Μετωποκροταφική άνοια.....	16
1.5.4. Αγγειακή άνοια.....	16
1.6. Αιτιολογικοί παράγοντες κινδύνου.....	17
2. Η Πνευματικότητα.....	22
2.1. Ορισμοί της Πνευματικότητας.....	22
2.2. Τύποι Πνευματικότητας.....	23
2.2.1. Μυστική Πνευματικότητα.....	23
2.2.2. Αυταρχική Πνευματικότητα.....	24
2.2.3. Διανοητική Πνευματικότητα.....	24
2.2.4. Υπηρεσιακή πνευματικότητα.....	25
2.2.5. Κοινωνική Πνευματικότητα.....	25
2.3. Πνευματικές πρακτικές.....	25
2.3.1. Το Μονοπάτι της Γνώσης.....	25
2.3.2. Το Μονοπάτι της Αφοσίωσης.....	26
2.3.3. Το Μονοπάτι του Διαλογισμού.....	26
2.3.4. Η Διαδρομή της Υπηρεσίας.....	27
2.3.5. Το Μονοπάτι της Ενέργειας.....	27
2.4. Η Πνευματικότητα πέρα από την Πίστη.....	27
2.5. Επίδραση της Πνευματικότητας.....	28
2.6. Πνευματικότητα και Επαγγελματίες Υγείας.....	29
2.7. Πνευματικότητα και άνοια.....	31
3. Ο ρόλος της πνευματικότητας και η σχέση της με την επιβάρυνση των συγγενών ασθενών με άνοια.....	34
3.1. Θρησκεία και Ιατρική.....	36
3.2. Θρησκεία και Ιατρική Ηθική.....	37

3.3. Η Πνευματικότητα και οι Προσωπικές Αξίες του Ασθενούς.....	38
4. Μεθοδολογία.....	41
4.1. Σκοπός εργασίας.....	41
4.2. Ερευνητικά ερωτήματα	41
4.3. Δείγμα έρευνας.....	41
4.4. Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικό εργαλείο	41
4.5. Ζητήματα ηθικής.....	43
4.6. Μέθοδος στατιστικής επεξεργασίας	44
4.7. Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	44
4.8. Συμμετέχοντες.....	46
5. Αποτελέσματα - Ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας sf36-κατανομή απαντήσεων 49	
6. Συμπεράσματα.....	70
7. Συζήτηση.....	76
Επίλογος	80
Βιβλιογραφία.....	82
Παράρτημα.....	77

Εισαγωγή

Είναι ευρέως γνωστό διεθνώς ότι οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, με αποτέλεσμα την αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης πολυνοσηρότητας και την αυξημένη πιθανότητα ανάγκης χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας. Η αδυναμία που σχετίζεται με τη μακροζωία σημαίνει ότι όσο μεγαλώνουν ηλικιακά οι άνθρωποι είναι πολύ είναι πιο πιθανό να επωφεληθούν από αυτές τις υπηρεσίες καθώς απαιτούν «ειδική βοήθεια» στην καθημερινή τους ζωή¹. Ο αυξημένος κίνδυνος άνοιας είναι μια πρόσθετη επιβάρυνση που σχετίζεται με τη μακροζωία και μπορεί να έχει βαθύ αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου και επίσης αυξάνει την πιθανότητα εμπλοκής και εξάρτησης από την υποστήριξη υγειονομικής περίθαλψης². Αυτή η επιβάρυνση επηρεάζει επίσης τον φροντιστή, ο οποίος συνεχίζει να αγωνίζεται ώστε να φροντίζει σωματικά και ψυχολογικά το συγγενικό του πρόσωπο με άνοια. Στο πλαίσιο αυτό, η ιεράρχηση των αναγκών φυσικής φροντίδας είναι κοινή τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο σπίτι αλλά και στην κοινότητα³. Ωστόσο, αυτό δημιουργεί ιδιαίτερα κενά στη φροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με άνοια καθώς μπορεί να έχουν βαθιές ψυχοκοινωνικές ανάγκες λόγω της γνωστικής τους έκπτωσης. Τα άτομα με άνοια απαιτούν μια προσωποκεντρική, ανθρώπινη προσέγγιση και ένα περιβάλλον που τους βοηθά να συνδεθούν με την προσωπικότητά τους⁴. Ωστόσο, αυτό αποτελεί μεγάλη πρόκληση λόγω των περιορισμένων πόρων, ακόμα και στο οικιακό περιβάλλον και λόγω των αυξημένων απαιτήσεων της φροντίδας⁵. Ο

¹ Kita M. & Ito K. (2013). The caregiving process of the family unit caring for a frail older family member at home: A grounded theory study. *Int J Older People Nurs.* 2013;8(2):149–58.

² Rognstad MK, Nåden D, Ulstein I, Kvaal K, Langhammer B. & Sagbakken M. (2020). Behavioural disturbances in patients with frontotemporal lobe degeneration focusing on caregiver burden at home and in nursing homes. *J Clin Nurs.* 2020;29(9–10):1733–43.

³ Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. (2022). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2022;344(7851):1–14.

⁴ Scerri A, Innes A. & Scerri C (2015). Discovering what works well: Exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach. *J Clin Nurs.* 2015;24(13–14):1916–25.

⁵ Rathnayake S, Jones C, Calleja P. & Moyle W.(2019). Family carers' perspectives of managing activities of daily living and use of mHealth applications in dementia care: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2019;28(23– 24):4460–70.

φροντιστής του ατόμου με άνοια θα πρέπει να επικεντρωθεί στις θεμελιώδεις πτυχές της παροχής φροντίδας⁶.

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι τα άτομα συνεχίζουν να έχουν πνευματικές πεποιθήσεις και να εκτιμούν την πνευματικότητά τους, ανεξάρτητα από την παρακμή της θρησκείας στην κοινωνία. Αυτή η ανάγκη πρέπει επίσης να αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες υγείας ως σημαντική μιας και τα στοιχεία δείχνουν ότι η πνευματικότητα είναι ζωτικής σημασίας για την καλή υγεία⁷. Η πνευματικότητα σχετίζεται με την ευεξία, την υψηλότερη ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική εμπειρία, μειώνει τη συχνότητα των σωματικών και ψυχικών ασθενειών και βοηθά τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν χρόνιες ασθένειες, όπως η άνοια⁸. Οι αλλαγές που σχετίζονται με την άνοια μπορούν να εκληφθούν ως απώλεια της προσωπικότητας και του εαυτού του. Η έκφραση των πνευματικών αναγκών εξαρτάται από πολιτιστικές πεποιθήσεις και πρακτικές καθώς και από προσωπικές πεποιθήσεις και πρακτικές. Η παροχή πνευματικής φροντίδας είναι ζωτικής σημασίας όσον αφορά την παροχή βοήθειας σε άτομα με άνοια και τα βοηθάει να αντιμετωπίσουν την πάθησή τους. Η πνευματικότητα δίνει τη δυνατότητα σε ένα άτομο να βρει ελπίδα, νόημα σκοπό στη ζωή του καθώς και εσωτερική γαλήνη. Βελτιώνει το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή και βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει τον πόνο και την απώλεια και να συνδεθεί με την προσωπικότητα κάποιου. Προηγούμενες κριτικές σχετικά με την πνευματικότητα σε άτομα με άνοια έχουν επικεντρωθεί σε διαφορετικές πτυχές της. Οι Beuscher and Grando, για παράδειγμα, διερεύνησαν την πνευματικότητα ως τρόπο αντιμετώπισης στα πρώτα στάδια της άνοιας Alzheimer⁹.

⁶ Collier A, De Bellis A, Hosie A, Dadich A, Symonds T, Prendergast J, et al. (2020). Fundamental care for people with cognitive impairment in the hospital setting: A study combining positive organisational scholarship and video-reflexive ethnography. *J Clin Nurs*. 2020

⁷ Forlenza O V. & Vallada H. (2018). Spirituality, health and well-being in the elderly. *Int Psychogeriatrics*. 2018;30(12):1741–2.

⁸ Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Achaso RH, Cachero GS. & Mohammad MRA. (2016). Filipino Nurses Spirituality and Provision of Spiritual Nursing Care. *Clin Nurs Res*. 2016;25(6):607–25

⁹ Beuscher L. & Grando VT. (2009). Using Spirituality to Cope With Early-Stage Alzheimer's Disease. *West J Nurs Res*. 2009;31(5):583–98.

1. Άνοια

1.1. Ορισμός άνοιας

Η άνοια είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα συμπτωμάτων που επηρεάζουν τη μνήμη, τη σκέψη και τις κοινωνικές ικανότητες αρκετά σοβαρά ώστε να αλλάζουν την καθημερινότητά ενός ανθρώπου. Δεν είναι μια συγκεκριμένη ασθένεια, αλλά αρκετές ασθένειες μπορεί να προκαλέσουν άνοια. Αν και η άνοια γενικά περιλαμβάνει απώλεια μνήμης, η απώλεια μνήμης έχει διαφορετικές αιτίες.

Η απώλεια μνήμης από μόνη της δεν σημαίνει ότι ο ασθενής θα διαγνωστεί με άνοια, αν και συχνά αποτελεί ένα από τα πρώιμα συμπτώματα της πάθησης. Η νόσος του Alzheimer είναι η πιο κοινή αιτία προοδευτικής άνοιας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά υπάρχει μια σειρά από άλλες αιτίες άνοιας. Ανάλογα με την αιτία, ορισμένα συμπτώματα άνοιας μπορεί να είναι αναστρέψιμα¹⁰.

1.2. Ιστορική αναδρομή

Ο όρος άνοια προέρχεται από τη λατινική ρίζα demens, που σημαίνει ότι κάποιος δεν έχει μυαλό. Αν και ο όρος «άνοια» χρησιμοποιείται από τον 13ο αιώνα, η αναφορά του στην ιατρική κοινότητα αναφέρθηκε τον 18ο αιώνα. Παρόλο που οι Έλληνες υπέθεταν μια εγκεφαλική προέλευση, η έννοια δεν περιοριζόταν στη γεροντική άνοια και περιλάμβανε κάθε είδους ψυχιατρικές και νευρολογικές καταστάσεις που οδηγούσαν σε ψυχοκοινωνικές συνέπειες. Τον 19ο αιώνα, τα άτομα με άνοια αναγνωρίστηκαν ως ασθενείς, που έχρηζαν ιατρικής φροντίδας από ειδικούς και η γεροντική άνοια αναγνωρίστηκε ως ασθένεια.

Στη συνέχεια, η πρόοδος στη νευροπαθολογία επέτρεψε τον κατακερματισμό της σε διαφορετικές νευροπαθολογικές καταστάσεις. Η γεροντική άνοια θεωρήθηκε ως μια ξεχωριστή οντότητα από το Alzheimer που ανακαλύφθηκε το 1906 και αποδόθηκε για πρώτη φορά σε αγγειακή προέλευση. Ωστόσο, από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και για 20 επόμενα χρόνια, η νόσος Alzheimer έγινε η πρωτότυπη γεροντική

¹⁰ Vinkers D, Stek M, van der Mast R, de Craen A, Le Cessie S, Jolles J, Westendorp R, Gussekloo J. Generalized atherosclerosis, cognitive decline, and depressive symptoms in old age. *Neurology* 65: 107–112, 2005

άνοια. Μόλις πρόσφατα, ο όρος άνοια εγκαταλείφθηκε και η ετερογένεια του συνδρόμου αναγνωρίστηκε ξανά σε φαινοτυπικό και μοριακό επίπεδο.

1.3. Διάγνωση άνοιας

Τα σημεία και τα συμπτώματα της άνοιας είναι ύπουλα, εξελίσσονται σταδιακά¹¹ και συχνά εκλαμβάνονται ως φυσιολογικές αλλαγές της γήρανσης από τους ηλικιωμένους, τα μέλη της οικογένειας και τους φροντιστές. Το πιο γνωστό σύμπτωμα είναι η απώλεια μνήμης. Οι ηλικιωμένοι, τα μέλη της οικογένειας και οι φροντιστές συχνά δεν αναγνωρίζουν τα πρώιμα σημάδια της άνοιας και συχνά αποδίδουν οποιαδήποτε απώλεια μνήμης στη φυσιολογική γήρανση.

Οι ηλικιωμένοι με απώλεια μνήμης συχνά είναι σε θέση να προβάλουν λογικά επιχειρήματα για τέτοια κενά, για παράδειγμα, αλλαγές στο τακτικό πρόγραμμα, έλλειψη ύπνου, επιδράσεις φαρμάκων κ.λπ. Η άνοια επηρεάζει τους τομείς της πνευματικής ικανότητας και των εκτελεστικών λειτουργιών που περιλαμβάνουν τομείς όπως η μνήμη, ο προσανατολισμός, η γλώσσα, η κρίση και η συμπεριφορά¹². Οι αλλαγές σε αυτούς τους τομείς αναφέρονται συχνά ως αλλαγές στη γνώση¹³.

Η εκτελεστική λειτουργία είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε γνωστικές διεργασίες όπως η επίλυση προβλημάτων, ο λεκτικός συλλογισμός και η εναλλαγή εργασιών¹⁴. Οι ήπιες γνωστικές αλλαγές έχουν θεωρηθεί ως ενδιάμεσο στάδιο μεταξύ της φυσιολογικής γήρανσης και της ανάπτυξης άνοιας¹⁵.

Συμπτώματα, όπως προβλήματα στη μνήμη, τη γλώσσα, την επίλυση προβλημάτων και την κρίση που είναι μεγαλύτερα από τα αναμενόμενα και σχετίζονται με την ηλικία, θεωρούνται ήπιες γνωστικές αλλαγές και μπορεί να υποδηλώνουν εξέλιξη σε άνοια.

¹¹ Forsyth E, Ritzline P. An overview of the etiology, diagnosis, and treatment of Alzheimer disease. *Phys Ther* 78: 1325–1331, 1998.

¹² Grand J, Caspar S, MacDonald S. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *J Multidiscip Healthc* 11: 125–147, 2011.

¹³ Palmer K, Berger A, Monastero R, Winblad B, Backman L, Fratiglioni L. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology* 68: 1596–1602, 2007.

¹⁴ Palmer K, Berger A, Monastero R, Winblad B, Backman L, Fratiglioni L. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology* 68: 1596–1602, 2007.

¹⁵ Brayne C, Dufouil C, Kurth T, Matthews F, Stephan B. Dementia risk prediction in the population: Are screening models accurate? *Nat Rev Neurol* 6: 318–326, 2010.

Οι ηλικιωμένοι είναι συχνά οι πρώτοι που αναγνωρίζουν ότι η νοητική τους λειτουργία έχει μειωθεί, αλλά αυτές οι αλλαγές συχνά δεν είναι αρκετά σοβαρές ώστε να παρεμποδίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες¹⁶. Μερικά από τα κοινά συμπτώματα που σχετίζονται με την άνοια, σχετίζονται επίσης με την κατάθλιψη, όπως αλλαγές στη μνήμη και την προσοχή¹⁷. Η λανθασμένη διάγνωση της άνοιας ως κατάθλιψη και αντίστροφα είναι συχνή στα αρχικά στάδια. Στους ηλικιωμένους, η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά ως γνωστική απώλεια εκτός από τη θλίψη που συνήθως συνδέουμε με την κατάθλιψη. Η άνοια μπορεί να καλυφθεί από την εμφάνιση της κατάθλιψης στα αρχικά στάδια¹⁸.

Η χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να έχει περαιτέρω φθίνουσα επίδραση στο άτομο, καθώς αυτά τα φάρμακα μπορεί να επιδεινώσουν τη σύγχυση και τη μνήμη. Συχνά, μια υποκείμενη κατάθλιψη υπάρχει σε ηλικιωμένους με άνοια καθώς συνειδητοποιούν ότι η μνήμη τους εκπίπτει. Μια βασική διαφορά μεταξύ της κατάθλιψης και της άνοιας είναι η ότι στην κατάθλιψη, οι αλλαγές στη γλώσσα και τις κινητικές δεξιότητες δεν παρατηρούνται συχνά¹⁹. Η διάκριση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας είναι κρίσιμη στα αρχικά στάδια για να διασφαλιστεί ότι θα ξεκινήσει η κατάλληλη θεραπεία.

Η διάγνωση της άνοιας και του τύπου της μπορεί να είναι δύσκολη. Για να διαγνώσει την αιτία της άνοιας, ο νευρολόγος πρέπει να αναγνωρίσει το μοτίβο της απώλειας δεξιοτήτων και λειτουργικότητας και να καθορίσει τι μπορεί ακόμα να κάνει ένα άτομο. Πιο πρόσφατα, βιοδείκτες έχουν γίνει διαθέσιμοι για την ακριβέστερη διάγνωση της νόσου του Alzheimer.

Για να τεθεί η διάγνωση, θα ληφθεί το ιατρικό ιστορικό, θα εξεταστούν τα συμπτώματά και θα πραγματοποιηθεί φυσική εξέταση. Πιθανότατα να ερωτηθεί

¹⁶ Ritchie K, Ledesert B, Touchon J. Subclinical cognitive impairment: Epidemiology and clinical characteristics. *Compr Psychiatry* 41(Suppl): 61–65, 2000

¹⁷ Vinkers D, Stek M, van der Mast R, de Craen A, Le Cessie S, Jolles J, Westendorp R, Gussekloo J. Generalized atherosclerosis, cognitive decline, and depressive symptoms in old age. *Neurology* 65: 107–112, 2005

¹⁸ Wright S, Persad C. Distinguishing between depression and dementia in older adults: Neuropsychological and neuropathological correlates. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 20: 189–198, 2007

¹⁹ Palmer K, Berger A, Monastero R, Winblad B, Backman L, Fratiglioni L. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology* 68: 1596–1602, 2007.

κάποιο κοντινό άτομο για τα συμπτώματά. Κανένα τεστ δεν μπορεί να διαγνώσει την άνοια, επομένως οι γιατροί είναι πιθανό να εκτελέσουν μια σειρά από εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό του προβλήματος.

i. Γνωστικά και νευροψυχολογικά τεστ

Αυτά αξιολογήσουν την ικανότητα σκέψης και αποτελούνται από μια σειρά από τεστ που μετρούν τις δεξιότητες σκέψης, όπως η μνήμη, ο προσανατολισμός, η λογική και η κρίση, οι γλωσσικές δεξιότητες και η προσοχή.

ii. Νευρολογική αξιολόγηση

Αξιολογεί τη μνήμη, τη γλώσσα, την οπτική αντίληψη, την προσοχή, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, την κίνηση, τις αισθήσεις, την ισορροπία και τα αντανακλαστικά.

iii. Αξονική ή Μαγνητική τομογραφία

Ελέγχει για παρουσία εγκεφαλικού επεισοδίου, αιμορραγίας, όγκου ή υδροκεφαλίας.

iv. PET SCAN

Ελέγχει για υπέρμετρη εγκεφαλική δραστηριότητα και αν το αμυλοειδές ή η πρωτεΐνη T, που αποτελούν τα χαρακτηριστικά της νόσου του Alzheimer, έχουν εναποτεθεί στον εγκέφαλο.

v. Εργαστηριακές εξετάσεις

Απλές εξετάσεις αίματος μπορούν να ανιχνεύσουν σωματικά προβλήματα που μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία του εγκεφάλου, όπως ανεπάρκεια βιταμίνης B-12 ή υπολειτουργία του θυρεοειδούς αδένου. Μερικές φορές μπορεί να χρειαστεί οσφυονωτιαία παρακέντηση ώστε να γίνουν εξετάσεις για την ανακάλυψη τυχόν λοίμωξης, φλεγμονής ή παρουσία δεικτών που είναι ενδεικτικοί για ορισμένες εκφυλιστικές ασθένειες.

vi. Ψυχιατρική αξιολόγηση

Η ψυχιατρική αξιολόγηση τελείται από επαγγελματία ψυχικής υγείας ο οποίος μπορεί βάση της εμπειρίας του να προσδιορίσει εάν η κατάθλιψη ή άλλη πάθηση ψυχικής υγείας συμβάλλει στα συμπτώματά²⁰.

²⁰ Τσολάκη, Μ., & Κάζης, Α. (2005). Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση. University City Press

1.4. Συστήματα ταξινόμησης

Η όλο και αυξανόμενη συχνότητα της άνοιας έχει οδηγήσει σε πολλές έρευνες που είναι αφιερωμένες στην κατανόηση των διαδικασιών της νόσου. Η έρευνα κατά τα μέσα έως τα τέλη του 20ου αιώνα είχε ως αποτέλεσμα την ταξινόμηση των μη αναστρέψιμων αιτιών της άνοιας σε ομάδες²¹.

Τις ομάδες αυτές αποτελούν: Η νόσος Alzheimer, η αγγειακή άνοια (π.χ. πολυέμφραγμα), η μετωποκροταφική άνοια (π.χ. νόσος Pick και προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση), η άνοια με σώματα Lewy (π.χ. νόσος του Πάρκινσον) και οι μικτές άνοιες (π.χ. Αλτσχάιμερ σε συνδυασμό με άλλο τύπο άνοιας, συχνά αγγειακή άνοια). Αυτή η ταξινόμηση οδήγησε σε πιο στοχευμένη έρευνα με αποτέλεσμα την πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων κινδύνου και των υποκείμενων παθολογιών, οδηγώντας σε πιο προηγμένη διάγνωση, θεραπεία και διαχείριση. Στον παρακάτω πίνακα παραθέτουμε διάφορες διαγνώσεις που σχετίζονται με άνοια και κοινά πρώιμα συμπτώματα.

Νόσος Alzheimer	δυσκολία στη μνήμη, κατάθλιψη, μειωμένη κρίση, σύγχυση, απότομες αλλαγές στη συμπεριφορά, δυσκολία στην εύρεση λέξεων
Αγγειακή άνοια	μειωμένη κρίση, αδυναμία προγραμματισμού, επηρεασμένος τρόπος σκέψης
Νόσος Lewy	απώλεια μνήμης, διαταραχές ύπνου, προβλήματα όρασης, χαρακτηριστικά της νόσου Parkinson όσον αφορά στη κινησιολογία
Μετωπική κροταφική άνοια	αλλαγή συμπεριφοράς και προσωπικότητας, δυσκολία στον προφορικό λόγο

1.5. Είδη άνοιας

1.5.1. Νόσος Alzheimer

Αποτελεί τον πιο κοινό τύπο άνοιας. Πρόκειται για μια αργή διαδικασία οπισθοδρόμησης στο χρόνο. Ενώ ξεκινά με απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης (και επομένως, επανάληψη του εαυτού του- επειδή το άτομο δεν θυμάται τι έχει μόλις συμβεί ή τι μόλις είπε), το άτομο ουσιαστικά θυμάται τι έκανε τις προηγούμενες

²¹ Dilworth-Anderson P, Hendrie H, Manly J, Khachaturian A, Fazio S. Diagnosis and assessment of Alzheimer's disease in diverse populations. *Alzheimers Dement* 4: 305–309, 2008.

μέρες, ενώ δεν θυμάται το παρόν. Η μακροπρόθεσμη μνήμη παραμένει ισχυρή ενώ η βραχυπρόθεσμη μνήμη εξαφανίζεται. Αυτό εξηγεί γιατί κάποιος «δεν αναγνωρίζει» τον σύζυγό του, για παράδειγμα.

Τα άτομα με Alzheimer παρουσιάζουν προβλήματα με τη σκέψη και τη λογική και μπορεί να έχουν ελάχιστο ή καθόλου προσανατολισμό στον χρόνο. Ζουν στο παρόν - συναισθηματικά - και μπορεί να κάνουν πράγματα που δεν έχουν κανένα νόημα. Η διαδικασία εγκατάστασης της του Alzheimer έχει χωριστεί σε 7 στάδια που ξεκινούν με απλή σύγχυση και σε μεταγενέστερα στάδια το άτομο μπορεί να χάσει σημαντικές ικανότητες (για παράδειγμα να καταπιεί) και να χρήζει πλήρους φροντίδας²².

1.5.2. Νόσος Lewy

Η άνοια τύπου Lewy Body (LBD) είναι ένας άλλος πολύ κοινός τύπος άνοιας, αλλά είναι παρεξηγημένος και συχνά παραμένει αδιάγνωστος. Μια απλοποιημένη εξήγηση για το πώς μοιάζει η LBD είναι ότι περιγράφεται ως συνδυασμός συμπτωμάτων Parkinson με Alzheimer. Η ακαμψία που συνήθως σχετίζεται με τη νόσο του Parkinson συνδυάζεται με τη γνωστική έκπτωση που σχετίζεται με τη νόσο Alzheimer

Εκτός από αυτά τα εξωτερικά χαρακτηριστικά, ένας από τους κύριους παράγοντες αναγνώρισης της LBD είναι οι οπτικές παραισθήσεις. Οι παραισθήσεις συνήθως αφορούν μικρότερα άτομα (παιδιά) ή ζώα και δεν ενοχλούν το άτομο με LBD. Προβλήματα με τις συνήθειες ύπνου – το ξύπνημα κατά τη διάρκεια της νύχτας ή η δράση έξω από τα όνειρα είναι άλλοι παράγοντες αναγνώρισης²³. Τα άτομα με Lewy Body βιώνουν επίσης κυμαινόμενη γνωστική ικανότητα - που σημαίνει ότι μπορούν να έχουν στιγμές ή περιόδους διαύγειας - ακολουθούμενες από άλλες στιγμές σύγχυσης και παράλογης σκέψης.

Η άνοια Lewy Body καθιστά τους πάσχοντες εξαιρετικά ευαίσθητους στα αντιψυχωσικά φάρμακα τα οποία μπορούν συνήθως να χρησιμοποιηθούν και να

²² Alzheimer's Association Alzheimer's & Dementia. Disease facts and figures. 4–21, 2012.

²³ Baars L, Bleijerveld J, Datawyse B. Predictive value of mild cognitive impairment for dementia. The influence of case definition and age. *Dement Geriatr Cogn Disord* 27: 173–181, 2009.

βοηθήσουν όσους πάσχουν είτε από Parkinson είτε από Alzheimer. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να δημιουργήσουν δυνητικά θανατηφόρες συνθήκες για άτομα με LBD²⁴.

1.5.3. Μετωποκροταφική άνοια

Κροταφική μετωπική άνοια (FTD) εμφανίζεται όταν υπάρχει βλάβη στον Μετωπιαίο και Κροταφικό Λοβό του εγκεφάλου. Τα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη γλώσσα και σημαντικές αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά τους. Ο Κροταφικός λοβός επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα συμπεριφέρονται ή αντιδρούν στον κόσμο, με βάση τις εξωτερικές επιρροές, ο Μετωπιαίος λοβός επηρεάζει τις γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες και την εκούσια κίνηση. Οι εκτελεστικές λειτουργίες του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού, της κρίσης ή της ανάλυσης, βρίσκονται όλες στον Μετωπιαίο λοβό.

Όταν κάποιος έχει FTD, αποσύρεται σιγά σιγά στον εαυτό του. Αρχικά μπορεί να χάσει τις αναστολές και η συμπεριφορά και οι πράξεις του να είναι απρεπείς. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, τείνουν να χάνουν το ενδιαφέρον τους για τους άλλους γύρω τους και για το περιβάλλον τους. Παρουσιάζουν κενό συναίσθημα, υπάρχει έλλειψη λύπης ή κατάθλιψη και ελάχιστη έως καθόλου επίγνωση των αναγκών των άλλων. Οι λεκτικές και επικοινωνιακές δεξιότητες είναι κατά κύριο λόγο αδύναμες και μειώνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου²⁵.

1.5.4. Αγγειακή άνοια

Ο τύπος της άνοιας που μερικές φορές αποκαλείται "Άνοια μετά από εγκεφαλικό" είναι αρκετά διαφορετικός από τη νόσο του Alzheimer ή τη σωματική άνοια Lewy. Η αγγειακή άνοια είναι στην πραγματικότητα εγκεφαλική βλάβη που εντοπίζεται σε καρδιαγγειακά προβλήματα ή μικρά εγκεφαλικά επεισόδια που προκάλεσαν αιμορραγία ή βλάβη στον εγκέφαλο. Τα πιο έντονα συμπτώματα που προσδιορίζουν την Αγγειακή Άνοια είναι όταν εμφανίζονται δραστικές αλλαγές αμέσως μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο.

²⁴ Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr K. Screening for dementia, systematic evidence review. *Ann Intern Med* 138: 927–937, 2003.

²⁵ Μούγιας, Α. (2011). Άνοια και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία (Doctoral dissertation), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Ιατρικής. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Οι αλλαγές μπορεί να είναι στην προσωπικότητα, τη σκέψη ή τη λογική, όλα εξαρτώνται από την περιοχή του εγκεφάλου που έχει επηρεαστεί. Το πρόβλημα με την προσοχή, την οργάνωση των σκέψεων ή την ανάλυση καταστάσεων μπορεί να είναι συμπτώματα Αγγειακής άνοιας. Με απλά λόγια, η Αγγειακή άνοια εμφανίζεται κυρίως μέσω γνωστικών αλλαγών, οι οποίες είναι αποτέλεσμα εγκεφαλικής βλάβης. Η χρήση φαρμάκων έχει αποδειχθεί ότι αποτρέπει ή επιβραδύνει περαιτέρω εγκεφαλική βλάβη, επομένως ελέγχει την πρόοδο της Αγγειακής Άνοιας²⁶.

1.6. Αιτιολογικοί παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου που προκαλούν άνοια χωρίζονται σε γενετικούς και μη γενετικούς. Ο μόνος μη γενετικός παράγοντας κινδύνου που είναι παγκοσμίως αποδεκτός είναι η ηλικία. Η συχνότητα της άνοιας διπλασιάζεται κάθε 5 χρόνια μετά την ηλικία των 65 ετών²⁷, με περίπου το 50% του πληθυσμού άνω των 82 ετών να έχει κάποιας μορφής άνοιας²⁸.

Καθώς ένα άτομο μεγαλώνει, η ικανότητα του εγκεφάλου να επιδιορθώνεται μειώνεται αλλά ποικίλλει πολύ από άτομο σε άτομο. Επιπλέον, η γήρανση αυξάνει επίσης την πιθανότητα άλλων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την άνοια, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο διαβήτης²⁹.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, η έρευνα δείχνει ότι οι γυναίκες επηρεάζονται συχνότερα από τους άνδρες με τα δύο τρίτα των περιπτώσεων να αφορούν γυναίκες³⁰. Η αυξημένη επίπτωση στις γυναίκες αποδίδεται σε ορμονικές επιδράσεις, ιδιαίτερα στο ρόλο των οιστρογόνων. Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι τα οιστρογόνα μπορεί να προστατεύουν τον εγκέφαλο από αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία που οδηγούν σε γνωστική εξασθένηση και ότι

²⁶ Λιόντος Α., Λιάμης Γ. (2014) Η αγγειακή άνοια σε διαβητολογικά θέματα. Ελληνικά διαβητολογικά χρονικά, 4: 221-226.

²⁷ McCullagh C, Craig D, McIlroy S, Passmore A. Risk factors for dementia. *Adv Psychiatr Treat* 7: 24–31, 2001.

²⁸ McCarten J. Recognizing dementia in the clinic: Whom to suspect, whom to test. *Geriatrics* 52: s17–s21, 1997.

²⁹ Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr K. Screening for dementia, systematic evidence review. *Ann Intern Med* 138: 927–937, 2003.

³⁰ Whitehouse P. Genesis of Alzheimer's disease. *Neurology* 48(Suppl): 2–7, 1997.

η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης προκαλεί σημαντική μείωση του κινδύνου για τις γυναίκες³¹.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία, την υψηλή αρτηριακή πίεση και την υψηλή χοληστερόλη καθώς και ο διαβήτης σχετίζονται με την αγγειακή άνοια και τη νόσο του Alzheimer³². Ο κίνδυνος ανάπτυξης άνοιας έχει βρεθεί ότι είναι υψηλότερος σε άτομα με περιφερική αρτηριακή νόσο, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή ροή αίματος στον εγκέφαλο³³. Η οποιαδήποτε νόσος που επιδρά στη ροή του αίματος στον εγκέφαλο επηρεάζει τη λειτουργία και τη δραστηριότητα του εγκεφάλου με δυνητικό αποτέλεσμα την ανάπτυξη άνοιας.

Οι άνθρωποι με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης έχει αποδειχθεί ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση άνοιας. Οι θεωρίες σχετικά με αυτό το φαινόμενο επικεντρώνονται τόσο στην έλλειψη εγκεφαλικής διέγερσης όσο και στη συσχέτιση με έναν πιο ανθυγιεινό τρόπο ζωής που ευθύνεται για περισσότερους παράγοντες κινδύνου³⁴. Ορισμένες θεωρίες υποστηρίζουν ότι τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση έχουν μεγαλύτερο γνωστικό απόθεμα, γεγονός που διευκολύνει τη διατήρηση της λειτουργίας καθώς συμβαίνουν γνωστικές αλλαγές. Η έκθεση σε βαρέα μέταλλα, όπως ο μόλυβδος, το μαγγάνιο και το αλουμίνιο, σχετίζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο για άνοια. Τα άτομα με άνοια συχνά διαπιστώνεται ότι έχουν υψηλότερη απορρόφηση αυτών των μετάλλων.

Οι γενετικοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη άνοιας περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό εκφυλιστικής άνοιας, το σύνδρομο Down και άλλες γονιδιακές μεταλλάξεις σε συγκεκριμένα χρωμοσώματα. Ο τομέας της επιγενετικής διερευνάται επί του παρόντος στη βιβλιογραφία, εστιάζοντας στην αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων και περιβαλλοντικών παραγόντων.

³¹ Whitehouse P. Genesis of Alzheimer's disease. *Neurology* 48(Suppl): 2–7, 1997.

³² Burns J, Cronk B, Anderson H, Donnelly J, Thomas G, Harsha A, Brooks W, Swerdlow R. Cardiorespiratory fitness and brain atrophy in early Alzheimer disease. *Neurology* 71: 210–216, 2008.

³³ Andrade C. The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments. *Indian J Psychiatry* 51: 12–25, 2009.

³⁴ Lindsay J, Laurin D, Verreault R, Hebert R, Helliwell B, Hill G, McDowell I. Risk factors for Alzheimer's disease: A prospective analysis from the Canadian study of health and aging. *Am J Epidemiol* 156: 445–453, 2002.

Παρ' όλου που τόσο οι γενετικοί όσο και οι μη γενετικοί παράγοντες λέγεται ότι ευθύνονται στην ανάπτυξη της άνοιας, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι συνδυασμοί γενετικών και μη γενετικών παραγόντων είναι οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες για το ποιοι άνθρωποι θα αναπτύξουν άνοια και συμπτώματα που σχετίζονται με την άνοια³⁵. Η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων και άλλων μη τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, όπως η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό και η κληρονομικότητα, είναι πολύ πιθανό να παίζει ρόλο.

Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει αρκετούς παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης ενός ή περισσότερων ειδών άνοιας. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι τροποποιήσιμοι, ενώ άλλοι όχι³⁵:

- Ηλικία

Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου του Alzheimer, της αγγειακής άνοιας και πολλών άλλων ανοιών αυξάνεται σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας.

- Γενετική/οικογενειακό ιστορικό

Πολλές έρευνες έχουν εντοπίσει μια σειρά από γονίδια που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου του Alzheimer. Αν και τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό της νόσου γενικά θεωρείται ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο και οι ίδιοι. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι που έχουν συγγενείς με νόσο Alzheimer δεν εμφανίζουν ποτέ τη νόσο και πολλοί χωρίς οικογενειακό ιστορικό της νόσου μπορεί να προσβληθούν³⁶.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι αδύνατο να προβλεφθεί ο κίνδυνος ενός συγκεκριμένου ατόμου για τη διαταραχή με βάση μόνο το οικογενειακό ιστορικό. Ορισμένες οικογένειες με νόσο Creutzfeldt-Jakob, σύνδρομο Gerstmann-Sträussler-Scheinker ή θανατηφόρα οικογενειακή αϋπνία έχουν μεταλλάξεις στο γονίδιο της πρωτεΐνης prion, αν και αυτές οι διαταραχές μπορεί επίσης να εμφανιστούν σε άτομα

³⁵ Richardson S, Hendrie H. Diagnosis, management, and treatment of Alzheimer disease: A guide for the internist. Arch Intern Med 159: 789–798, 1999.

³⁶ Burns J, Cronk B, Anderson H, Donnelly J, Thomas G, Harsha A, Brooks W, Swerdlow R. Cardiorespiratory fitness and brain atrophy in early Alzheimer disease. Neurology 71: 210–216, 2008.

χωρίς τη γονιδιακή μετάλλαξη. Τα άτομα με αυτές τις μεταλλάξεις διατρέχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν αυτές τις μορφές άνοιας.

- Τα μη φυσιολογικά γονίδια εμπλέκονται επίσης σαφώς ως παράγοντες κινδύνου για τη νόσο του Huntington, το FTDP-17 και πολλά άλλα είδη άνοιας.

Πολλά άτομα με σύνδρομο Down εμφανίζουν νευρολογικά και συμπεριφορικά σημάδια της νόσου του Alzheimer μέχρι να φτάσουν στη μέση ηλικία.

- Κάπνισμα και χρήση αλκοόλ

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο νοητικής έκπτωσης και άνοιας. Τα άτομα που καπνίζουν έχουν υψηλότερο κίνδυνο αθηροσκλήρωσης και άλλων τύπων αγγειακών παθήσεων, που μπορεί να είναι οι υποκείμενες αιτίες για τον αυξημένο κίνδυνο άνοιας³⁷.

Μελέτες έχουν επίσης βρει ότι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο άνοιας. Ωστόσο, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι που πίνουν μέτρια έχουν χαμηλότερο κίνδυνο άνοιας από αυτούς που πίνουν πολύ ή εκείνους που απέχουν εντελώς από το ποτό³⁸.

- Αθηροσκλήρωση

Η αθηροσκλήρωση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αγγειακή άνοια, επειδή παρεμποδίζει την παροχή αίματος στον εγκέφαλο και μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο³⁹.

- Χοληστερίνη

Τα υψηλά επίπεδα λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (LDL), φαίνεται να αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο ενός ατόμου να αναπτύξει αγγειακή άνοια. Ορισμένες έρευνες

³⁷ Andrade C. The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments. *Indian J Psychiatry* 51: 12–25, 2009.

³⁸ Andrade C. The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments. *Indian J Psychiatry* 51: 12–25, 2009.

³⁹ Andrade C. The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments. *Indian J Psychiatry* 51: 12–25, 2009.

έχουν επίσης συνδέσει την υψηλή χοληστερόλη με αυξημένο κίνδυνο για τη νόσο του Alzheimer⁴⁰.

- Ομοκυστεΐνη πλάσματος

Έρευνες έχουν δείξει ότι ένα υψηλότερο από το μέσο επίπεδο ομοκυστεΐνης στο αίμα, αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου του Alzheimer και της αγγειακής άνοιας⁴¹.

- Διαβήτης

Ο διαβήτης αποτελεί παράγοντα κινδύνου τόσο για τη εμφάνιση της νόσου Alzheimer όσο και για την αγγειακή άνοια. Είναι επίσης γνωστός παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση αθηροσκλήρωσης και εγκεφαλικού επεισόδιου, που και τα δύο συμβάλλουν στην πιθανή ανάπτυξη αγγειακής άνοιας⁴².

- Ήπια γνωστική εξασθένηση

Αν και δεν αναπτύσσουν άνοια όλα τα άτομα με ήπια γνωστική εξασθένηση, τα άτομα με αυτή την πάθηση παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο άνοιας σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι περίπου το 40% των ατόμων άνω των 65 ετών που είχαν διαγνωστεί με ήπια γνωστική εξασθένηση ανέπτυξαν άνοια μέσα σε τρία χρόνια⁴³.

⁴⁰ Andrade C. The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments. *Indian J Psychiatry* 51: 12–25, 2009.

⁴¹ Andrade C. The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments. *Indian J Psychiatry* 51: 12–25, 2009.

⁴² Andrade C. The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments. *Indian J Psychiatry* 51: 12–25, 2009.

⁴³ Burns J, Cronk B, Anderson H, Donnelly J, Thomas G, Harsha A, Brooks W, Swerdlow R. Cardiorespiratory fitness and brain atrophy in early Alzheimer disease. *Neurology* 71: 210–216, 2008.

2. Η Πνευματικότητα

2.1.Ορισμοί της Πνευματικότητας

Ο ορισμός του τι είναι πνευματικότητα δεν είναι εύκολος, γιατί υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι πνευματικότητας. Υπάρχει πνευματικότητα μέσα στις θρησκείες (Ισλάμ, Χριστιανισμός, Βουδισμός), και υπάρχει επίσης πνευματικότητα χωρίς θρησκεία.

Με απλά λόγια, η πνευματικότητα είναι μια κοσμοθεωρία και ένας τρόπος ζωής που βασίζεται στην πεποίθηση ότι υπάρχουν περισσότερα στη ζωή από αυτά που συναντούν τις αισθήσεις, περισσότερα στο σύμπαν από απλώς άσκοπη μηχανική, περισσότερα στη συνείδηση παρά ηλεκτρικές παρορμήσεις στον εγκέφαλο και πολλά άλλα στην ύπαρξή μας από το σώμα και τις ανάγκες του. Η πνευματικότητα συνήθως περιλαμβάνει την πίστη σε μια ανώτερη μορφή νοημοσύνης ή Συνείδησης που διοικεί το σύμπαν, καθώς και τη ζωή μετά τον θάνατο. Υπάρχει για να ικανοποιήσει τη βαθύτερη ανθρώπινη δίψα για νόημα, ειρήνη, μυστήριο και αλήθεια⁴⁴.

Η πνευματικότητα περιλαμβάνει την αναγνώριση ενός συναισθήματος ή αίσθησης ή πεποίθησης στο ότι υπάρχει κάτι μεγαλύτερο από τον εαυτό μας, κάτι περισσότερο από την αισθητηριακή διάσταση του να είμαστε άνθρωποι και η αίσθηση πως είμαστε μέρος της θεϊκής φύσης⁴⁵.

Πνευματικότητα σημαίνει να γνωρίζουμε ότι η ζωή μας έχει σημασία σε ένα πλαίσιο πέρα από την κοσμική καθημερινή ύπαρξη στο επίπεδο των βιολογικών αναγκών που οδηγούν στον εγωισμό και την επιθετικότητα. Σημαίνει να γνωρίζουμε ότι είμαστε ένα σημαντικό μέρος του σύμπαντος⁴⁶.

Η πνευματικότητα περιλαμβάνει την εξερεύνηση ορισμένων παγκόσμιων θεμάτων, όπως η αγάπη, η συμπόνια, ο αλτρουισμός, η ζωή μετά θάνατον, η σοφία και η αλήθεια, με τη γνώση ότι κάποιοι άνθρωποι όπως οι άγιοι ή τα φωτισμένα άτομα

⁴⁴ Δημητρόπουλος Χ, Ντάγανου Μ. & Αλεξιάς Γ. (2018). Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη. *Respiratory & Internal medicine*. 2018; 49: 31-41

⁴⁵ Παπαγιάννης Α. (2013). Μιλώντας με τον άρρωστο. Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία. Θεσσαλονίκη, University Studio Press; 2013

⁴⁶ Κοτρώτσιου Ε. & Τζούνης Ε. (2018). Η επίδραση της πνευματικής ζωής στην υγεία του ανθρώπου. Ειδικό άρθρο. *Νοσηλευτική*. 2018;47(4):433–441

έχουν επιτύχει και εκδηλώσει υψηλότερα επίπεδα ανάπτυξης από τον απλό άνθρωπο⁴⁷.

Οι στοχαστικές πρακτικές όπως η προσευχή και ο διαλογισμός είναι κοινός παρονομαστής πολλών θρησκειών και θεμέλιο της πνευματικότητας. Χωρίς αυτά η προσωπική ανάπτυξη είναι πολύ πιο αργή και τυχαία. Ένας δάσκαλος ή ένας μέντορας συνήθως συνιστάται ως συνοδοιπόρος στην πορεία προς την κατάκτηση της πνευματικότητας. Η πνευματική ανάπτυξη συχνά περιλαμβάνει αυθόρμητα γεγονότα που δεν μπορούν να εξηγηθούν επιστημονικά και, έτσι, αποδίδονται σε εξωτερικές δυνάμεις όπως οι αγγελικές ή οι θεϊκές παρεμβάσεις⁴⁸.

Η πνευματική ανάπτυξη μπορεί να μην είναι απαραίτητα ένα στιγμιαίο γεγονός, αλλά μπορεί να συμβεί σταδιακά, περνώντας από μια εμπειρία σοβαρής ασθένειας ή μια οριστική διάγνωση, όταν η ευθραυστότητα της ζωής αποκαλύπτεται και ένα άτομο επαναξιολογεί το νόημα της ζωής του. Το αν υπάρχει κάποια αντικειμενική πραγματικότητα στις πεποιθήσεις των ανθρώπων με πνευματική κλίση είναι μια περιοχή συζήτησης και διαμάχης, που προσελκύει το ενδιαφέρον των φιλοσοφικών κύκλων.

2.2. Τύποι Πνευματικότητας

2.2.1. Μυστική Πνευματικότητα

Αυτός ο τύπος πνευματικότητας επικεντρώνεται στο διαισθητικό μέρος της ψυχής. Οι άνθρωποι που έχουν μυστικιστική πνευματικότητα πιστεύουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη ενότητα σε κάθε εμπειρία στη ζωή.

Κάθε εμπειρία υπερβαίνει τον υλικό ή φυσικό κόσμο και όλα μπορούν να ενωθούν σε μια μεγαλύτερη ενότητα. Για παράδειγμα, άτομα με αυτόν τον τύπο πνευματικότητας μπορεί να υποστηρίζουν την ιδέα ότι όλα συμβαίνουν για κάποιο λόγο. Υπάρχει μια

⁴⁷ Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη.

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(3), 263-271

⁴⁸ Κοτρώτσιου Ε. & Τζούνης Ε. (2018). Η επίδραση της πνευματικής ζωής στην υγεία του ανθρώπου. Ειδικό άρθρο. Νοσηλευτική. 2018;47(4):433–441

μεγαλύτερη εξήγηση πίσω από όλα και αυτό θα ήταν που ενώνει όλες τις διαφορετικές εμπειρίες⁴⁹.

2.2.2. Αυταρχική Πνευματικότητα

Αυτός ο τύπος πνευματικότητας είναι η πίστη σε μια ιεραρχική δομή των πραγμάτων ή στην εξουσία. Οι άνθρωποι ορίζουν την πνευματικότητά τους ακολουθώντας ένα σύνολο κανόνων και ορισμένους περιορισμούς.

Συχνά, αυτός ο τύπος πνευματικότητας συνδέεται με θρησκευτικές πεποιθήσεις. Υπάρχουν περιπτώσεις που η μη τήρηση των πνευματικών κανόνων της θρησκείας μπορεί να προκαλέσει συγκρούσεις. Τα άτομα με αυταρχική πνευματικότητα μπορούν να αναπτύξουν μια μορφή φονταμενταλιστικής θρησκείας.

Οι φονταμενταλιστές πιστεύουν ότι η θρησκεία τους είναι η πιο αληθινή. Τείνουν να αποκλείουν κάθε άλλη θρησκεία που, δυστυχώς, μπορεί να είναι η αιτία για ριζοσπαστική θρησκευτική τρομοκρατία⁵⁰.

2.2.3. Διανοητική Πνευματικότητα

Η βασική πεποίθηση πίσω από αυτό το είδος πνευματικότητας είναι η γνώση. Οι πνευματικά πνευματικοί άνθρωποι είναι επιρρεπείς στο να αποκτήσουν γνώση πνευματικών θεωριών και να αναλύσουν τις πληροφορίες που παίρνουν στα χέρια τους.

Μια μορφή αυτού του πνευματικού ταξιδιού είναι η μελέτη της θεολογίας, για παράδειγμα. Ωστόσο, αυτός ο τύπος πνευματικότητας δεν σχετίζεται μόνο με τη μελέτη της θρησκείας. Οποιαδήποτε γνώση που βοηθά τους ανθρώπους να βελτιώσουν την πνευματικότητά τους είναι μια μορφή πνευματικής πνευματικότητας⁵¹.

⁴⁹ Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(3), 263-271

⁵⁰ Κοτρώτσιου Ε. & Τζούνης Ε. (2018). Η επίδραση της πνευματικής ζωής στην υγεία του ανθρώπου. Ειδικό άρθρο. Νοσηλευτική. 2018;47(4):433-441

⁵¹ Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(3), 263-271

2.2.4. Υπηρεσιακή πνευματικότητα

Αυτός είναι ένας από τους πιο συνηθισμένους τύπους πνευματικότητας. Είναι επειδή οι άνθρωποι βιώνουν πνευματική γαλήνη όταν υπηρετούν τους άλλους. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να επιτευχθεί αυτή η πνευματικότητα, αλλά ο πυρήνας της είναι να βοηθάς τους άλλους χωρίς να περιμένεις τίποτα σε αντάλλαγμα. Το να κάνεις κάτι που θα ωφελήσει κάποιον χωρίς να πάρεις κάτι πίσω είναι ένας κοινός τρόπος για να έρθουν οι άνθρωποι σε επαφή με τον πνευματικό τους εαυτό⁵².

2.2.5. Κοινωνική Πνευματικότητα

Το να βιώνεις πνευματική αφύπνιση όταν περιτριγυρίζεσαι από άλλους ανθρώπους εξηγεί αυτό το είδος πνευματικότητας. Πολλοί άνθρωποι εξασκούνται να βρίσκονται κοντά σε άλλους ανθρώπους όταν αναζητούν μεγαλύτερο πνευματικό σκοπό στη ζωή. Το να είσαι σε θρησκευτικές ομάδες είναι ένας τρόπος να βιώσεις αυτή την πνευματικότητα. Ωστόσο, αυτό μπορεί επίσης να επιτευχθεί με οποιαδήποτε άλλη μορφή ομάδας – άσκηση, δραστηριότητες που σχετίζονται με τη φύση, διαλογισμός κ.λπ⁵³.

2.3. Πνευματικές πρακτικές

Εφόσον υπάρχουν πολλοί τύποι πνευματικότητας, υπάρχουν επίσης διάφοροι τρόποι πνευματικών πρακτικών

2.3.1. Το Μονοπάτι της Γνώσης

Η κύρια ιδέα πίσω από αυτή την πρακτική είναι η δύναμη που δίνει η γνώση στους ανθρώπους. Αυτή η πρακτική περιστρέφεται γύρω από την ιδέα ότι η τελική απελευθέρωση μπορεί να συμβεί με την απόκτηση γνώσης. Αυτό δεν αφορά μόνο την εκμάθηση νέων πραγμάτων για τον κόσμο, αλλά το πιο σημαντικό, τη γνώση για τον εαυτό σας.

Ο αυτοστοχασμός, ποιος είσαι, γιατί κάνεις τα πράγματα με τον τρόπο που κάνεις είναι οι κύριες αρχές αυτής της πνευματικής πρακτικής⁵⁴. Για να επιτευχθεί αυτό, οι

⁵² Κοτρώτσιου Ε. & Τζούνης Ε. (2018). Η επίδραση της πνευματικής ζωής στην υγεία του ανθρώπου. Ειδικό άρθρο. Νοσηλευτική. 2018;47(4):433–441

⁵³ Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(3), 263-271

⁵⁴ Κοτρώτσιου Ε. & Τζούνης Ε. (2018). Η επίδραση της πνευματικής ζωής στην υγεία του ανθρώπου. Ειδικό άρθρο. Νοσηλευτική. 2018;47(4):433–441

άνθρωποι χρησιμοποιούν μεθόδους όπως η μελέτη, ο διαλογισμός και ο στοχασμός. Μερικές από τις πιο διάσημες προσεγγίσεις είναι ο Βουδισμός, η Jnana Yoga, η Kabbalah⁵⁵.

2.3.2. Το Μονοπάτι της Αφοσίωσης

Αυτή η πνευματική πρακτική έχει ως βασικό της στοιχείο την απελευθέρωση από το εγώ σας. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο ότι πολλοί άνθρωποι που θεωρούν τους εαυτούς τους θρησκευόμενους θα χρησιμοποιήσουν μερικές από αυτές τις μεθόδους για να εκφράσουν την πνευματικότητά τους. Ωστόσο, δεν συνδέεται πάντα με τη θρησκεία.

Οι άνθρωποι αφοσιώνονται επίσης σε μια ανώτερη πηγή δύναμης ή στη συνείδησή τους για να βιώσουν την πνευματική ελευθερία. Μερικές από αυτές τις μεθόδους είναι η ψαλμωδία, η προσευχή, τα μάντρα και η πίστη να αποκτήσετε μεγαλύτερη πνευματική επίγνωση⁵⁶.

2.3.3. Το Μονοπάτι του Διαλογισμού

Ο διαλογισμός είναι μια από τις πιο κοινές μεθόδους που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να έρθουν σε καλύτερη επαφή με το αληθινό τους πνεύμα. Μαζί με τον διαλογισμό είναι οι τεχνικές αναπνοής, ο ασκητισμός και η σχέση δασκάλου.

Η βάση αυτής της πνευματικής πρακτικής είναι η ηρεμία. Οι άνθρωποι πιστεύουν ότι οτιδήποτε συσσωρεύουν στη ζωή τους μπορεί να διοχετευθεί μέσω αυτών των μεθόδων. Με αυτόν τον τρόπο, η αντιμετώπιση των προκλήσεων της καθημερινής ζωής γίνεται ευκολότερη, επειδή υπάρχει τρόπος να αφήσετε όλες τις αρνητικές σκέψεις⁵⁷. Η Ράτζα Γιόγκα, η Νάντα Γιόγκα και ο Βουδισμός είναι μερικά παραδείγματα αυτής της πνευματικής πρακτικής.

⁵⁵ Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(3), 263-271

⁵⁶ Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(3), 263-271

⁵⁷ Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(3), 263-271

2.3.4. Η Διαδρομή της Υπηρεσίας

Παρόμοια με τον τύπο υπηρεσίας της πνευματικότητας, αυτή η πνευματική πρακτική αφορά την ενεργητική ανιδιοτέλεια. Η απόλυτη απελευθέρωση μπορεί να συμβεί όταν βοηθάς και δεν περιμένεις τίποτα σε αντάλλαγμα. Αυτοί οι άνθρωποι είναι απελευθερωμένοι από οποιουδήποτε κανόνες και βασίζονται μόνο στο να δίνουν παρά να λαμβάνουν.

Γι' αυτούς, αυτός είναι ο μόνος τρόπος να λυτρωθούν από οποιαδήποτε πρόκληση ή αρνητική κατάσταση στη ζωή⁵⁸. Εθελοντισμός, βοήθεια στον Ερυθρό Σταυρό, βοήθεια σε άτομα που έχουν ανάγκη, εργασία με άτομα ή παιδιά με αναπηρίες – κάθε είδους ανιδιοτελής πράξη εμπίπτει σε αυτήν την κατηγορία.

2.3.5. Το Μονοπάτι της Ενέργειας

Περισσότερο από έναν συνδυασμό διαφορετικών μεθόδων και βασικών στοιχείων, αυτή η πρακτική περιστρέφεται γύρω από την ιδέα του καθαρισμού του σώματος και του μυαλού σας. Υπάρχουν όλων των ειδών οι μέθοδοι, όπως ο διαλογισμός, η αναπνοή, οι σωματικές τεχνικές και η σχέση δασκάλου. Ένα άτομο μπορεί να επιτύχει πνευματική καθοδήγηση σε αυτή την πρακτική με πολλούς τρόπους. Μερικοί άνθρωποι χρησιμοποιούν τελετουργική συμπεριφορά ή δραστηριότητα για να το πετύχουν, άλλοι μπορεί να επικεντρωθούν αποκλειστικά στη βελτίωση της σωματικής τους υγείας. Όποια και αν είναι η δράση, ο στόχος είναι να επιτύχετε εξαγνισμένο σώμα και μυαλό, απελευθερωμένο από τα τοξικά στοιχεία που συναντάτε στην καθημερινή ζωή⁵⁹.

2.4. Η Πνευματικότητα πέρα από την Πίστη

Αν και μπορεί να υπάρχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των πνευματικών ανθρώπων και των θρησκευόμενων, παρακάτω είναι μερικά βασικά σημεία που θα βοηθήσουν στη διαφοροποίηση της πνευματικότητας από τη θρησκεία.

⁵⁸ Κοτρώτσιου Ε. & Τζούνης Ε. (2018). Η επίδραση της πνευματικής ζωής στην υγεία του ανθρώπου. Ειδικό άρθρο. Νοσηλευτική. 2018;47(4):433–441

⁵⁹ Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(3), 263-271

Πνευματικότητα	Θρησκεία
Μπορεί να εξασκηθεί μεμονωμένα	Συχνά ασκείται σε μια κοινότητα
Δεν χρειάζεται να τηρείται ένα συγκεκριμένο σύνολο κανόνων	Συνήθως βασίζεται σε ένα συγκεκριμένο σύνολο κανόνων και εθίμων
Συχνά επικεντρώνεται σε ένα προσωπικό ταξίδι ανακάλυψης τι έχει νόημα στη ζωή	Συχνά επικεντρώνεται στην πίστη σε θεότητες ή θεούς, θρησκευτικά κείμενα και παράδοση

2.5.Επίδραση της Πνευματικότητας

Ενώ οι συγκεκριμένες πνευματικές απόψεις είναι θέμα πίστης, η έρευνα έχει δείξει μερικά από τα οφέλη της πνευματικότητας και της πνευματικής δραστηριότητας. Τα αποτελέσματα μπορεί να εκπλήξουν κανέναν που έχει βρει παρηγοριά στις θρησκευτικές ή πνευματικές του απόψεις, αλλά είναι σίγουρα αξιοσημείωτα καθώς αποδεικνύουν με επιστημονικό τρόπο ότι αυτές οι δραστηριότητες έχουν πράγματι οφέλη για πολλούς ανθρώπους⁶⁰.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις του καθημερινού στρες. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι καθημερινές πνευματικές εμπειρίες βοήθησαν τους ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα αρνητικά συναισθήματα και ενίσχυσαν τα θετικά συναισθήματα⁶¹. Η έρευνα δείχνει ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι πιο ευγνώμονες στον Θεό από τους ηλικιωμένους άντρες και λαμβάνουν μεγαλύτερες επιδράσεις στην υγεία που ρυθμίζουν το άγχος λόγω αυτής της ευγνωμοσύνης⁶².

Σύμφωνα με έρευνες, όσοι είχαν εγγενή θρησκευτικό προσανατολισμό, ανεξαρτήτως φύλου, εμφάνισαν λιγότερη φυσιολογική αντιδραστικότητα στο στρες από εκείνους με εξωτερικό θρησκευτικό προσανατολισμό.

Οι προσανατολισμένοι χρησιμοποιούσαν τη θρησκεία για εξωτερικούς σκοπούς, όπως το να κάνουν φίλους ή να αυξήσουν την κοινωνική θέση της κοινότητας. Αυτό,

⁶⁰ Akbari M. & Hossaini SM. (2018). The relationship of spiritual health with quality of life, mental health, and burnout: The mediating role of emotional regulation. *Iran J Psychiatry*. 2018;13(1):22-31.

⁶¹ Whitehead BR. & Bergeman CS. (2012). Coping with daily stress: Differential role of spiritual experience on daily positive and negative affect. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67(4):456-459.

⁶² Manning LK. (2012). Spirituality as a lived experience: Exploring the essence of spirituality for women in late life. *Int J Aging Hum Dev*. 2012;75(2):95-113. doi:10.2190/AG.75.2.a

μαζί με άλλες έρευνες, καταδεικνύει ότι μπορεί να υπάρχουν απτά και διαρκή οφέλη από τη διατήρηση της εμπλοκής με μια πνευματική κοινότητα. Αυτή η εμπλοκή, μαζί με την ευγνωμοσύνη που μπορεί να συνοδεύει την πνευματικότητα, μπορεί να είναι ρυθμιστικό έναντι του στρες και συνδέεται με μεγαλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας⁶³. Οι άνθρωποι που αισθάνονται άνετα και ανακουφίζονται χρησιμοποιώντας την πνευματικότητα ως μηχανισμό αντιμετώπισης του στρες, μπορούν να είναι σίγουροι ότι υπάρχουν ακόμη περισσότερες ενδείξεις ότι αυτή είναι μια καλή ιδέα για αυτούς. Η προσευχή λειτουργεί τόσο για μικρούς όσο και για μεγάλους. Η προσευχή και η πνευματικότητα έχουν συνδεθεί με καλύτερη υγεία, μεγαλύτερη ψυχολογική ευεξία, λιγότερη κατάθλιψη, λιγότερη υπέρταση, λιγότερο άγχος, ακόμα και σε δύσκολες στιγμές, περισσότερα θετικά συναισθήματα και αυξημένη ικανότητα χειρισμού του στρες⁶⁴.

2.6. Πνευματικότητα και Επαγγελματίες Υγείας

Η πνευματικότητα είναι μια ευρεία και σύνθετη έννοια που διαφοροποιεί την κατανόησή της ανάλογα με διαφορετικά πολιτιστικά, θρησκευτικά και ακαδημαϊκά υπόβαθρα δηλαδή, θρησκευόμενα άτομα, επιστήμονες ή λαϊκά πρόσωπα⁶⁵. Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχει μια αξιοσημείωτη συζήτηση σχετικά με το πιο ακριβές νόημα και σχετικά με τη δυνατότητα ύπαρξης ενός ενιαίου καθολικού συναινετικού ορισμού για αυτήν την έννοια⁶⁶. Ορισμένα ζητήματα προκύπτουν από το γεγονός ότι η πνευματικότητα συχνά συνδέεται και επικαλύπτει άλλες σημαντικές έννοιες, όπως η θρησκεία/θρησκευτικότητα και η ευημερία/θετικά συναισθήματα⁶⁷.

Ιστορικά, ο όρος πνευματικότητα χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τις πρακτικές ανθρώπων που αφιέρωσαν τη ζωή τους σε θρησκευτικές υπηρεσίες ή παραδειγματίζουν τις διδασκαλίες των θρησκευτικών τους παραδόσεων. Μόνο τις

⁶³ McMahon, BT. & Biggs HC. (2012). Examining spirituality and intrinsic religious orientation as a means of coping with exam anxiety. *Society, Health & Vulnerability*. 2012;3(1).

⁶⁴ Johnson KA. (2018). Prayer: A helpful aid in recovery from depression. *J Relig Health*. 2018;57(6):2290-2300. doi:10.1007/s10943-018-0564-8

⁶⁵ Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring spirituality in research. *J. Nerv. Ment. Dis.* 196, 349–355

⁶⁶ Peng-Keller, S. (2019). Genealogies of spirituality: an historical analysis of a travelling term. *J. Study Spiritual*. 9, 86–98

⁶⁷ Hill, P. C., and Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Am. Psychol.* 58, 64–74.

τελευταίες δεκαετίες, η πνευματικότητα έχει αποσπαστεί από τη θρησκευτικότητα ως ξεχωριστό κατασκεύασμα, παρόλο που η επιστημονική κοινότητα εξακολουθεί να αναφέρεται σε αυτό το ερευνητικό πεδίο χρησιμοποιώντας τον «διπλό» όρο θρησκευτικότητα/πνευματικότητα⁶⁸.

Η έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί σημαντικά στον τομέα της «Πνευματικότητας και Υγείας», δείχνοντας σημαντική επιρροή των πνευματικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων στα αποτελέσματα τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής υγείας⁶⁹. Επιπλέον, η πνευματική διάσταση έχει προταθεί να συμπεριληφθεί στην πολυδιάστατη έννοια της «υγείας», όπως φαίνεται από συζητήσεις στο πεδίο εφαρμογής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος αναφέρεται στην «συμπερίληψη μιας μη υλικής ή πνευματικής διάστασης της υγείας, κάνοντας την έννοια να θεωρείται ως μια δυναμική κατάσταση υγείας - σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική συμπεριφορά»⁷⁰.

Αυτή η συζήτηση υποστηρίζεται από ένα ισχυρό σύνολο στοιχείων που υποδηλώνουν σημαντική επίδραση στη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία⁷¹. Η πνευματικότητα σχετίζεται γενικά με μειωμένο αριθμό χρήσης ουσιών, απόπειρες αυτοκτονίας και επικράτηση κατάθλιψης, λιγότερη νοσηλεία, καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου, καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας⁷². Εκτός από την κλινική σημασία που παρατηρείται, οι ασθενείς θέλουν οι γιατροί τους να ασχοληθούν με την πνευματικότητα και οι περισσότεροι γιατροί και νοσηλευτές θεωρούν σημαντικό να ενσωματώσουν αυτή την πτυχή στην πρακτική τους⁷³.

Ωστόσο, αρκετά εμπόδια περιορίζουν την αντιμετώπιση της έλλειψης πνευματικότητας, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης εκπαίδευσης από

⁶⁸ Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., et al. (1997). Religion and spirituality: unfuzzifying the fuzzy. *J. Sci. Study Relig.* 36, 549

⁶⁹ Damiano, R. F., Costa, L. A., Viana, M. T. S. A., Moreira-Almeida, A., Lucchetti, A. L. G., and Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on spirituality, Religion and Health. *Arch. Clin. Psychiatry* 43, 11–16

⁷⁰ Toniol, R. (2017). Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico*, 267–299

⁷¹ Mishra, S. K., Togneri, E., Tripathi, B., and Trikamji, B. (2017). Spirituality and religiosity and its role in health and diseases. *J. Relig. Health* 56, 1282–1301

⁷² Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., and Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in medical education: global reality? *J. Relig. Health* 51, 3–19

⁷³ Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., and Marcoux, G. (2004). Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Can. J. Psychiatry*. 49, 265–271.

επαγγελματίες υγείας και της έλλειψης σαφών καθορισμένων εννοιών⁷⁴. Σε αυτό το πλαίσιο, η κατανόηση της Πνευματικότητας γίνεται σημαντικό ζήτημα για την έρευνα, την κλινική πρακτική και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας⁷⁵.

Παρά την αυξανόμενη χρήση της έννοιας της πνευματικότητας μεταξύ των ερευνητών υγείας, δεν υπάρχει σαφής συναίνεση σχετικά με τον ορισμό της⁷⁶. Η έλλειψη τυποποιημένου ορισμού αυξάνει τις δυνατότητες για μη τυποποιημένες κατασκευές, δημιουργώντας παγίδες ενώ συγκρίνονται μελέτες που χρησιμοποιούν διαφορετικά κριτήρια και εργαλεία, ειδικά σε έρευνες που σχετίζονται με την υγεία. Ενώ για τις κοινωνικές επιστήμες δεν υπάρχουν μεγάλες ανησυχίες για την έλλειψη ενός καθολικού ορισμού της πνευματικότητας, οι ιατρικές επιστήμες και οι σχετικές με την υγεία επιστήμες χρειάζονται μια δομή και σχετική συναίνεση, καθώς τα περισσότερα όργανα προσπαθούν να ποσοτικοποιήσουν την άυλη δομή της προκειμένου να αξιολογήσουν τον αντίκτυπό της και να προτείνουν παρεμβάσεις που σχετίζονται με την υγεία⁷⁷.

2.7. Πνευματικότητα και άνοια

Η άνοια είναι μια ολοένα και πιο διαδεδομένη ανίατη ασθένεια που δεν μπορεί να προληφθεί ή να θεραπευτεί. Εκτιμάται ότι θα φτάσει τα 152 εκατομμύρια άτομα έως το 2050, αποτελεί προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία με τεράστιο οικονομικό κόστος, οι Ηνωμένες Πολιτείες ξόδεψαν >800 δισεκατομμύρια δολάρια για τη φροντίδα της άνοιας παγκοσμίως το 2025, και ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί⁷⁸. Η άνοια αφήνει πολλούς ανθρώπους ανίκανους να φροντίσουν για τον εαυτό τους, γεγονός που επηρεάζει όχι μόνο τους ηλικιωμένους με άνοια, αλλά και τους φροντιστές της άνοιας. Τα άτομα που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με άνοια

⁷⁴ Menegatti-Chequini, M. C., Maraldi, E. D. O., Peres, M. F. P., Leão, F. C., and Vallada, H. (2019). How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 41, 58–65

⁷⁵ Attard, D. J., Ross, D. L., and Weeks, K. (2019). Developing a spiritual care competency framework for pre-registration nurses and midwives. *Nurse Educ. Pract.* 40:102604

⁷⁶ Gall, T. L., Malette, J., and Guirguis-Younger, M. (2011). Spirituality and religiousness: a diversity of definitions. *J. Spiritual. Ment. Heal.* 13, 158–181

⁷⁷ Hill, P. C., and Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Psycholog. Relig. Spiritual.*, 3–17

⁷⁸ World Health Organization. Dementia: number of people affected to triple in next 30 years. December 7, 2017. Ανακτήθηκε 02.05.2023 από: <https://www.who.int/news/item/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years>

μπορεί να βιώσουν μια σειρά από συναισθηματικές αντιδράσεις όπως σοκ, αγωνία, φόβο, άγχος, κατάθλιψη, θυμό και απελπισία⁷⁹.

Όταν τα άτομα αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα της προχωρημένης, καταληκτικής ασθένειας, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της άνοιας, μπορεί να στραφούν στη θρησκεία ή την πνευματικότητα για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα με σεβασμό στον εαυτό, τη στιγμή, τους άλλους, τη φύση και τον Θεό⁸⁰, ενώ η θρησκεία αντιπροσωπεύει συστηματικούς τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι διεξάγουν την αναζήτησή τους, που περιλαμβάνουν πεποιθήσεις, τελετουργίες και πρακτικές που σχετίζονται με το ιερό, που συχνά πηγάζουν από καθιερωμένη παράδοση⁸¹.

Όταν οι θρησκευτικές ή πνευματικές τους ανάγκες δεν ικανοποιούνται, οι ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για πνευματική δυσφορία, η οποία έχει συσχετιστεί με χειρότερα αποτελέσματα: κατάθλιψη⁸², μειωμένη ποιότητα ζωής (QOL)⁸³, αυξημένο άγχος και μεγαλύτερος σωματικός πόνος⁸⁴ και μειωμένη συναισθηματική ευεξία⁸⁵. Ωστόσο, η έρευνα για το θέμα της θρησκείας και της πνευματικότητας είναι περιορισμένη σε σχέση με άτομα που ζουν με άνοια. Λόγω της μειωμένης γνωστικής τους ικανότητας, τα άτομα με άνοια συχνά βασίζονται σε άλλους για να

⁷⁹ Alzheimer's Society. The psychological and emotional impact of dementia. 2022. Ανακτήθηκε 02.05.2023 από: <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/help-dementia-care/understanding-supporting-person-dementia-psychological-emotional-impact>

⁸⁰ Puchalski C, Ferrell B & Virani R. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med.* 2009; 12(10): 885- 90

⁸¹ Koenig HG, King DE. & Carson VB. (2012). *Handbook of Religion and Health*. 2nd ed. Oxford University Press; 2012

⁸² Puchalski CM (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol.* 2012; 23(suppl 3): iii49- iii55

⁸³ Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H. & Loghmani A. (2013). Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Support Care Cancer.* 2013; 21(5): 1219- 1225

⁸⁴ Delgado-Guay MO, Chisholm G, Williams J, Frisbee-Hume S, Ferguson AO. & Bruera E. (2016). Frequency, intensity, and correlates of spiritual pain in advanced cancer patients assessed in a supportive/palliative care clinic. *Palliat Support Care.* 2016; 14(4): 341- 348.

⁸⁵ Salsman JM, Pustejovsky JE. & Jim HSL (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer.* 2015; 121(21): 3769- 3778.

υποστηρίζουν την ταυτότητά τους (προσωπικότητα) και την πνευματική τους ευημερία⁸⁶.

Η διαχείριση της δυσφορίας σε αυτόν τον πληθυσμό είναι σημαντική. Ωστόσο, τα ευρήματα υποδεικνύουν απουσία (ή ελάχιστη παρουσία) πνευματικής φροντίδας στην κλινική πρακτική, κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα της άνοιας⁸⁷ και έλλειψη θρησκευτικής και πνευματικής υποστήριξης στο τέλος της ζωής⁸⁸, έτσι ώστε τα άτομα με άνοια να κινδυνεύουν να μην έχουν τις θρησκευτικές τους και τις πνευματικές τους ανάγκες καλυμμένες⁸⁹.

⁸⁶ Daly L, McCarron M, Higgins A. & McCallion P. (2013). «Sustaining place»—a grounded theory of how informal carers of people with dementia manage alterations to relationships within their social worlds. *J Clin Nurs*. 2013; 22(3-4): 501- 512.

⁸⁷ Durepos P, Wickson-Griffiths A. & Hazzan AA (2017). Assessing palliative care content in dementia care guidelines: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 53(4): 804-813.

⁸⁸ Gijsberts MJ, van der Steen JT, Muller MT, Hertogh CM. & Deliëns L. (2013). Spiritual end-of-life care in Dutch nursing homes: an ethnographic study. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(9): 679- 684

⁸⁹ Daly L. & Fahey-McCarthy E. (2014). Attending to the spiritual in dementia care nursing. *Br J Nurs*. 2014; 23(14): 787- 791.

3. Ο ρόλος της πνευματικότητας και η σχέση της με την επιβάρυνση των συγγενών ασθενών με άνοια

Η φροντίδα ενός μέλους της οικογένειας με ασθένεια άνοιας είναι ένα δύσκολο και αγχωτικό έργο. Η άνοια τύπου Alzheimer, η πιο συχνή κατάσταση άνοιας, είναι μια προοδευτική, θανατηφόρα ασθένεια που επηρεάζει περισσότερα από 10 εκατομμύρια ανθρώπους του δυτικού κόσμου⁹⁰ και επηρεάζει τους φροντιστές σε τουλάχιστον 5 εκατομμύρια νοικοκυριά⁹¹.

Οι ευθύνες φροντίδας περιλαμβάνουν βαρύ κόστος τόσο για τις οικογένειες όσο και για την κοινωνία. Σε σύγκριση με φροντιστές ατόμων που έχουν άλλες ανιάτες ασθένειες και όχι άνοια, οι φροντιστές ανθρώπων με άνοια έχουν διπλάσιες πιθανότητες να παρέχουν περισσότερες από 40 ώρες εβδομαδιαίας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων περισσότερων ευθυνών στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την φροντίδα της υγιεινής και στη διαχείριση των φαρμάκων. Με την αύξηση του προσδόκιμου της ζωής του πληθυσμού στον δυτικό κόσμο, υπολογίζεται ότι περίπου 18 εκατομμύρια άνθρωποι θα έχουν άνοια μέχρι τα τέλη του αιώνα⁹².

Για να βοηθήσουν τις οικογένειες να αντιμετωπίσουν το βάρος της φροντίδας, οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει διάφορες στρατηγικές παρέμβασης δοκιμάζοντας τα αποτελέσματά τους σχετικά με τις κοινωνικές, συναισθηματικές και σωματικές συνέπειες της φροντίδας⁹³. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, οι ερευνητές έχουν αναφέρει αντικρουόμενες επιπτώσεις όσον αφορά στο άγχος, την κατάθλιψη και την ανάγκη υποστήριξης των φροντιστών ασθενών με άνοια⁹⁴. Σε αντίθεση με αυτά τα ευρήματα, ωστόσο, οι φροντιστές αναφέρουν συχνά υψηλά επίπεδα ικανοποίησης με διάφορες στρατηγικές παρέμβασης όπως, για παράδειγμα, η εκπαίδευση/υποστήριξη ή συμβουλευτική. Σε ορισμένες περιπτώσεις, φροντιστές αναφέρουν ότι οι

⁹⁰ Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (2015). Profiles in caregiving: The unexpected career. San Diego, CA: Academic Press.

⁹¹ Acton, G. J., & Winter, M. A. (2022). Interventions for family members caring for an elder with dementia. In J. J. Fitzpatrick, P. G. Archbold, B. J. Stewart, & K. S. Lyons (Eds.), Annual review of nursing research (pp. 149-179). New York: Springer.

⁹² National Alzheimer's and Related Disorders Association. (2018). Caregiver profile. Chicago: National Alzheimer's and Related Disorders Association.

⁹³ Acton, G. J., & Winter, M. A. (2022). Interventions for family members caring for an elder with dementia. In J. J. Fitzpatrick, P. G. Archbold, B. J. Stewart, & K. S. Lyons (Eds.), Annual review of nursing research (pp. 149-179). New York: Springer.

⁹⁴ Acton, G. J., & Kang, J. (2021). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. Research in Nursing & Health, 24, 349-360

παρεμβάσεις έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στο να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες της φροντίδας των συγγενών τους με άνοια.

Η προοδευτική φύση της άνοιας οδηγεί σε συνεχείς αλλαγές στις ανάγκες των ανθρώπων που νοσούν. Οι αλλαγές αυτές περιλαμβάνουν διαταραχές ύπνου, ακράτεια, αποπροσανατολισμό, παράνοια, καταστροφικές αντιδράσεις και σημαντικές αλλαγές στη διάθεση και τις συμπεριφορές⁹⁵. Οι ασθενείς με άνοια σταδιακά χάνουν την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να επικοινωνούν, ενώ οι ουσιαστικές τους σχέσεις, όπως η οικειότητα και η στοργή, με τους φροντιστές τους αλλάζουν για πάντα. Αυτές οι αλλαγές και η συνοδευτική ανάγκη για συνεχή φροντίδα μπορεί να είναι συντριπτική για τους οικογενειακούς φροντιστές.

Ο Reed περιέγραψε την πνευματικότητα ως την αίσθηση ότι κάποιος συνδέεται με κάτι μεγαλύτερο από τον εαυτό, αυτή η σύνδεση εκδηλώνεται με την ικανότητα να δίνει νόημα σε μια συγκεκριμένη ή φαινομενικά απελπιστική κατάσταση⁹⁶. Υποστήριξε επίσης ότι η ικανότητα της κατανόησης μιας κατάστασης μέσω της πνευματικότητας ενδυναμώνει τα άτομα προς τη βέλτιστη ευημερία⁹⁷. Η πνευματικότητα ορίζεται με διάφορους τρόπους ανάλογα με την προσωπική άποψη του κάθε ερευνητή. Ο Lane περιέγραψε την πνευματικότητα ως την ανθρώπινη ικανότητα να αναπτυσσόμαστε ώστε να πετύχουμε τον τελικό σκοπό μας⁹⁸. Οι Stuart, Deckro και Mandle δήλωσαν ότι η πνευματικότητα είναι μια διαδικασία κατά την οποία το άτομο έρχεται σε επαφή με την πραγματικότητα⁹⁹, και ο Goddard όρισε την πνευματικότητα ως ενσωματωτική ενέργεια¹⁰⁰.

Λίγοι ερευνητές έχουν μελετήσει την πνευματικότητα σε οικογενειακούς φροντιστές ατόμων με άνοια. Οι Kaye και Robinson βρήκαν ότι οι φροντιστές ενηλίκων με άνοια δήλωσαν ότι η πνευματικότητα τους βοήθησε στην αναζήτηση του νοήματος της

⁹⁵ Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (2015). Profiles in caregiving: The unexpected career. San Diego, CA: Academic Press.

⁹⁶ Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health*, 10, 335-344.

⁹⁷ Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, 15, 349-357.

⁹⁸ Lane, J. A. (1987). The care of the human spirit. *Journal of Professional Nursing*, 3, 332-336

⁹⁹ Stuart, E. M., Deckro, J. P., & Mandle, C. L. (1989). Spirituality in health and healing: A clinical program. *Holistic Nursing Practice*, 3(3), 35-46

¹⁰⁰ Goddard, N. C. (2005). "Spirituality as integrative energy": A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 808-815

ζωής που οδηγεί σε αυξημένη ευημερία¹⁰¹. Ο Miller βρήκε επίσης στοιχεία πνευματικότητας στους φροντιστές που συμμετείχαν σε ομάδες παρέμβασης και υποστήριξης ατόμων με άνοια¹⁰². Οι Baldree, Murphy και Powers πρότειναν ότι η πνευματικότητα μπορεί να είναι μια μέθοδος αντιμετώπισης που χρησιμοποιείται από φροντιστές ατόμων με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες¹⁰³ και ο Reed υποστήριξε ότι η πνευματικότητα μπορεί να είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης του χρόνιου άγχους και του χρόνιου αισθήματος στενοχώριας των φροντιστών ασθενών με άνοια¹⁰⁴. Οι Kaye και Robinson σημείωσαν ότι η πνευματικότητα μπορεί να βοηθήσει στη φροντίδα ατόμων με άνοια για να αντιμετωπίσουν την έλλειψη υποστήριξης που εμφανίζεται συχνά σε καταστάσεις φροντίδας¹⁰⁵.

3.1.Θρησκεία και Ιατρική

Οι ιστορίες της ιατρικής και της θρησκείας είναι συνυφασμένες για αιώνες. Θρησκευτικές κοινότητες, οργανισμοί και φορείς με έδρα ίδρυσαν νοσοκομεία και ξενώνες ως μέρος της διακονίας τους. Στη σύγχρονη εποχή, ωστόσο, τα δύο άρχισαν να διαχωρίζονται όλο και περισσότερο καθώς η ιατρική έγινε πιο επιστημονική, αναπτύσσοντας αυτό που έγινε γνωστό ως το βιοϊατρικό μοντέλο στα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Κατά την περίοδο αυτή της εκκοσμίκευσης της ιατρικής, ορισμένα θρησκευτικά νοσοκομεία παρέμειναν πιστά στην θρησκευτική αποστολή τους, ενώ πολλοί διατήρησαν τη θρησκευτική τους ταυτότητα μόνο κατ' όνομα.

Το 1977, ο George Engel, καθηγητής ψυχιατρικής, έγραψε ένα κλασικό άρθρο στο οποίο προέτρεπε ιατρούς εκπαιδευτικούς, ερευνητές και επαγγελματίες να εγκαταλείψουν το μειωτικό βιοϊατρικό μοντέλο της νόσου και να υιοθετήσουν μια ευρύτερη προοπτική που θα μπορούσε να ενσωματώσει τις κοινωνικές, τις ψυχολογικές και τις συμπεριφορικές διαστάσεις της ασθένειας¹⁰⁶. Ονόμασε την

¹⁰¹ Kaye, J. & Robinson, K. M. (2014). Spirituality among caregivers. *Image*, 26(3), 218-221

¹⁰² Miller, E. W. (2015). Strength in the whirlwind. *Journal of Christian Nursing*, 12(4), 7-12

¹⁰³ Baldree, K. S., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (2002). Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research*, 31, 109-111.

¹⁰⁴ Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health*, 10, 335-344.

¹⁰⁵ Kaye, J. & Robinson, K. M. (2014). Spirituality among caregivers. *Image*, 26(3), 218-221

¹⁰⁶ Engel GL. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):130.

πρότασή του «βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο». Αυτό το νέο μοντέλο υιοθετήθηκε μάλλον ευρέως στη δυτική ιατρική για την επόμενη γενιά.

Παρά αυτή την ευρύτερη βιοψυχοκοινωνική προοπτική, ή ίσως εξαιτίας αυτής, το όριο που χωρίζει την πρακτική της σύγχρονης δυτικής ιατρικής από τη θρησκεία οριοθετήθηκε πιο έντονα. Όταν ένας ασθενής ή ακόμα και ένας κλινικός ιατρός εγείρει ένα δόγμα της θρησκευτικής πίστης, ενώ συζητάμε για την υγειονομική περίθαλψη, ακούγεται συχνά η απάντηση πως η ιατρική είναι κοσμική, ενώ η θρησκεία είναι ιερή και ιδιωτική. Αυτή η απάντηση υπονοεί ότι η ιατρική υιοθετεί μόνο τρεις διαστάσεις, τη βιολογική, την ψυχολογική και την κοινωνική, αποκλείοντας, συγκεκριμένα την διάσταση που ανήκει σε έναν ιερό χώρο για τον οποίο δεν χρειάζεται να μιλήσει ένας ασθενής και αυτό δεν χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη στην αντίληψη του κλινικού γιατρού για τη φροντίδα των ατόμων. Αυτή η διάκριση αποδεικνύεται από το γεγονός ότι, αν και σχεδόν όλα τα νοσοκομεία προσφέρουν υπηρεσίες ιερέα, στις περισσότερες περιπτώσεις, ο ιερέας δεν θεωρείται ως μέρος της κλινικής ομάδας αλλά ως βοηθητικός σύμβουλος¹⁰⁷.

3.2.Θρησκεία και Ιατρική Ηθική

Καθώς η ιατρική τεχνολογία άρχισε να επεκτείνεται γρήγορα στις δεκαετίες του 1960 και του 1970, προσφέροντας μέσα αύξησης του προσδόκιμου ορίου ζωής ανθρώπων με ανίατες ασθένειες, πολλοί ήταν εκείνοι που άρχισαν να αναζητούν την απάντηση στη θρησκεία και όχι στην πρακτική ιατρική.

Η ιδέα ότι η ιατρική είναι εγγενώς ηθική επιχείρηση—ότι η πρακτική της ιατρικής περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεων μεταξύ των σωστών και λάθος, καλό και κακό—μπήκε η συζήτησή μας αυτή τη στιγμή της τεχνολογικής ανάπτυξης¹⁰⁸. Όταν εκφράστηκαν για πρώτη φορά ερωτήματα για το σωστό και το λάθος στην ιατρική, ήταν συχνά από ανθρώπους της πίστης που αναγνώρισαν ότι οι θρησκευτικές παραδόσεις αντιμετώπιζαν αυτές τις αξίες. Πράγματι, οι πρώτοι ιατροί ηθικοί ήταν κυρίως θεολόγοι που προέρχονταν από τις Ρωμαιοκαθολικές, Προτεσταντικές και

¹⁰⁷ Verhey A & Lammers SE, eds. (2021). *Theological Voices in Medical Ethics*. Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans Publishing Company; 2021

¹⁰⁸ Pellegrino ED. (1979). The anatomy of clinical judgments: some notes on right reason and right action. In: Engelhardt HT Jr, Spicker SF, Towers B, eds. *Clinical Judgment: A Critical Appraisal*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Company; 1979:169-194.

εβραϊκές παραδόσεις¹⁰⁹. Αν και η πειθαρχία έχει σε μεγάλο βαθμό αναληφθεί από φιλοσόφους, κλινικούς γιατρούς, δικαστήρια και υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για την υγεία, οι ρίζες της ιατρικής ηθικής βασίζονται ξεκάθαρα στην πίστη. Είναι σημαντικό να μην ξεχνάμε πως όσοι ασχολούνται με την ιατρική, είτε είναι ασθενείς, είτε είναι ιατρικό προσωπικό, είτε είναι στο συγγενικό και το φιλικό περιβάλλον του ασθενούς, είναι πάνω από όλα άνθρωποι με αξίες, οι οποίες, πολλές φορές, βασίζονται στην πίστη.

Οι κοσμικές αρχές της ιατρικής ηθικής είναι γνωστές και έχουν συζητηθεί εκτενώς σε πολλές ρυθμίσεις¹¹⁰. Οι τέσσερις θεμελιώδεις αρχές είναι:

- i. Μη κακόβουλη συμπεριφορά (πρώτα απ' όλα, μην κάνετε κακό)
- ii. Ευεργεσία (να αναζητάτε πάντα το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς)
- iii. Σεβασμός της αυτονομίας (ο ασθενής έχει δικαίωμα αυτοδιάθεσης),
- iv. Δικαιοσύνη (θα πρέπει να συμπεριφερόμαστε όπως οι ασθενείς, χωρίς διακρίσεις).

Στο σύγχρονο δυτικό πολιτισμό, ο σεβασμός της αυτονομίας έχει γίνει η «πρώτη» αρχή «μεταξύ ίσων». Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις σχετικά με την ιατρική περίθαλψη. Αυτή η αρχή εκφράζεται συχνά ως σεβασμός προς τα πρόσωπα. Και, φυσικά, οι ασθενείς είναι άτομα πλήρη, με αξίες, μερικές από τις οποίες βασίζονται στην πίστη. Οι θεολόγοι που πρωτοστάτησαν στη σύγχρονη ιατρική ηθική έχτισαν τα θεμέλιά της ιατρικής ηθικής στις αρχές αυτές.

3.3.Η Πνευματικότητα και οι Προσωπικές Αξίες του Ασθενούς

Οι αξίες που χρησιμοποιούνται από τα άτομα στη λήψη δύσκολων ιατρικών αποφάσεων μπορεί να είναι πολύ προσωπικές. Ορισμένες προσωπικές αξίες βασίζονται κυρίως στις θρησκευτικές πεποιθήσεις κάποιου. Κάποιες βασίζονται ευρύτερα για την κοσμοθεωρία ή τη φιλοσοφία ζωής ενός ατόμου. Οι επαγγελματίες

¹⁰⁹ Verhey A & Lammers SE, eds. (2021). *Theological Voices in Medical Ethics*. Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans Publishing Company; 2021

¹¹⁰ Beauchamp TL, & Childress JF. (2018). *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2018.

υγείας και οι συγγενείς των ατόμων με ανίατες ασθένειες θα πρέπει να επιβεβαιώνουν ότι οι αποφάσεις που λαμβάνουν οι ασθενείς προσδιορίζονται και από τα ιατρικά δεδομένα και όχι μόνο από τις πνευματικές του προτιμήσεις.

Οι αξίες που κατέχουν τα άτομα καθορίζουν τι είναι σημαντικό για αυτά στη ζωή¹¹¹. Στη θεωρία του για την πνευματικότητα που ορίζει τις ανθρώπινες αξίες, ο Schwartz¹¹² προσδιόρισε δέκα βασικές αξίες που εκφράζουν διακριτούς στόχους που παρακινούν τη δράση. Για να απεικονίσει τις σχέσεις μεταξύ των τιμών, τις τακτοποίησε σε ένα κυκλικό μοντέλο χωρισμένο κατά δύο διαστάσεις ανώτερης τάξης. Η πρώτη διάσταση αντιπαραβάλλει το «άνοιγμα στην αλλαγή» με τις αξίες «συντήρησης»: Οι αξίες που ανήκουν στον πρώτο τύπο στοχεύουν στην ανεξαρτησία σκέψης και δράσης, καθώς και στην ετοιμότητα για αλλαγή, ενώ οι αξίες του τελευταίου τύπου κατευθύνονται κατά τάξη, αυτοπεριορισμός, και είναι ανθεκτικά στις αλλαγές. Η δεύτερη διάσταση αντιπροσωπεύει μια σύγκρουση μεταξύ των αξιών «αυτοενίσχυσης», που τονίζουν την επιδίωξη των δικών του συμφερόντων και κυριαρχίας, και των αξιών «αυτο-υπέρβασης», που τονίζουν το ενδιαφέρον για την ευημερία και την επιτυχία των άλλων. Τα περιεχόμενα των δέκα αξιών μπορούν να περιγραφούν περαιτέρω από τα συμφέροντα που εξυπηρετούν: Ενώ ορισμένες ρυθμίζουν την έκφραση των δικών τους συμφερόντων (προσωπική εστίαση), άλλες εστιάζουν στη σχέση και την επιρροή τους σε άλλους (κοινωνική εστίαση). Επιπλέον, οι αξίες μπορούν να διακριθούν από τη σχέση τους με το άγχος: Ορισμένες αξίες προσπαθούν για αυτοπροστασία (με βάση το άγχος), ενώ άλλες προσπαθούν για ανάπτυξη ή αυτο-επέκταση (χωρίς άγχος).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Schwartz, τα άτομα αποδίδουν μια συγκεκριμένη σημασία σε κάθε αξία σε σχέση με τις άλλες αξίες. Για παράδειγμα, ένα άτομο που αγωνίζεται για δύναμη θα αποδώσει υψηλή σημασία και στις γειτονικές του αξίες μέσα στον κύκλο αξιών, αλλά μικρή σημασία σε αντίθετες αξίες. Το προκύπτον ατομικό προφίλ προτεραιοτήτων αξίας καθοδηγεί τη δράση και χρησιμεύει ως μεταβατικό σύστημα αναφοράς για την αξιολόγηση της πραγματικότητάς κάποιου.

¹¹¹ Schwartz SH. (2022). An overview of the Schwartz theory of basic values. Online Read Psychol Cult. 2022

¹¹² Schwartz SH. (2001). Universals in the content and structure of values: theory and empirical tests in 20 countries. In: Zanna M, editor. Advances in experimental social psychology. New York: Academic Press; 2001. pp. 1–65

Ένα άλλο ερμηνευτικό πλαίσιο για την εύρεση του σκοπού στη ζωή και την «κατανόηση των εννοιών του εαυτού και του κόσμου κατά τη διάρκεια της ζωής του» είναι η πνευματικότητα¹¹³. Δεν συνδέεται απαραίτητα με τη θρησκεία, αλλά περιλαμβάνει την πίστη σε κάτι μεγαλύτερο από τον εαυτό μας. Η πνευματικότητα μπορεί να συνίσταται σε ένα αίσθημα σύνδεσης με άλλα ανθρώπινα όντα (διαπροσωπική σύνδεση), το μη ανθρώπινο περιβάλλον (περιβαλλοντική σύνδεση) ή με τον Θεό ή μια ανώτερη δύναμη (υπερβατική σύνδεση). Επιπλέον, η ευρωπαϊκή ποιοτική έρευνα έδειξε ότι η πνευματικότητα, ειδικά στην κατανόηση των ηλικιωμένων, περιλαμβάνει μια θρησκευτική συμπεριφορά ζωής (*vita spiritualis*), η οποία εκφράζεται στη συμμετοχή σε κοινότητες πίστης ή θρησκευτικές πρακτικές¹¹⁴. Ωστόσο, αν και τα άτομα σε μεγάλη ηλικία δείχνουν μια ισχυρότερη παραδοσιακή θρησκευτικότητα σε σύγκριση με τις νεότερες γενιές, υπάρχουν επίσης υποδείξεις για μείωση της τυπικής θρησκευτικότητας και αύξηση της ιδιωτικής πνευματικότητας σε μεγαλύτερη ηλικία: Ενώ οι λειτουργικές αναπηρίες εμποδίζουν τη συμμετοχή σε επίσημες θρησκευτικές πρακτικές (π.χ.), δεν περιορίζουν την υπαρξιακή ενασχόληση με τον εαυτό και τον κόσμο.

¹¹³ Janhsen A, Golla H, Mantell P, Woopen C. (2019). Transforming spirituality through aging: coping and distress in the search for meaning in very old age. *J Relig Spiritual Aging*. 2019

¹¹⁴ Janhsen A & Woopen C. (2019). Spiritualität und Alter – Spiritualität im Alter. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S, editors. *Handbuch Alternsforschung*. Baden-Baden: Nomos; 2019. pp. 605–630

4. Μεθοδολογία

4.1.Σκοπός εργασίας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου που έχει η πνευματικότητα στους ασθενείς με άνοια, και η σχέση που έχει με την επιβάρυνση που υφίστανται οι συγγενείς των ασθενών αυτών. Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι να διαπιστωθεί αν οι πνευματικές ανάγκες των φροντιστών αλλά και των ίδιων των ασθενών με άνοια ικανοποιούνται.

4.2.Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποια έννοια δίνουν οι ασθενείς και οι φροντιστές των ασθενών με άνοια στον όρο πνευματικότητα;
- Ποιες πνευματικές ανάγκες έχουν οι ασθενείς με άνοια και οι φροντιστές τους;
- Ικανοποιούνται οι πνευματικές ανάγκες των ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους;
- Ποια είναι η επίδραση της πνευματικότητας στους ασθενείς με άνοια και στους φροντιστές τους

4.3.Δείγμα έρευνας

Το δείγμα της έρευνας είναι συγγενείς ασθενών με άνοια. Αναφορικά με τη μέθοδο δειγματοληψίας, χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα και συγκεκριμένα η βολική δειγματοληψία. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση την προθυμία τους και την διαθεσιμότητά τους^{115, 116}. Συλλέχθηκε δείγμα 173 ατόμων.

4.4.Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικό εργαλείο

Η συλλογή των στοιχείων για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της μελέτης βασίστηκε σε πρωτογενή στοιχεία με χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο το συμπλήρωσαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες μόνοι τους.

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της παρούσας έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Αποτελείται από τέσσερις ενότητες. Η πρώτη ενότητα σχετίζεται με κοινωνικό

¹¹⁵ Cohen, L., Manion, L., & Morrison K., (2008). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Αθήνα: Μεταίχμιο. (Πρωτότυπη δημοσίευση, 2007)

¹¹⁶ Creswell, J. (2011). Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας. Αθήνα Έλλην.

δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος καταγωγής, η ύπαρξη αδελφών, παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση, η διάρκεια φροντίδας του συγγενή (μήνες), οι ώρες καθημερινής φροντίδας συγγενή. Επίσης διερευνώνται η ευγνωμοσύνη που νιώθουν τα άτομα που φροντίζουν οι ερωτώμενοι, η αναγνώριση του κόπου και η αισιοδοξία των φροντιστών.

Το δεύτερο μέρος σχετίζεται με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που απαρτίζουν τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις της υγείας. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH)¹¹⁷. Η βαθμολόγηση της κάθε επιμέρους διάστασης υπολογίζεται μετά από κωδικοποίηση και άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων και στη συνέχεια με αναγωγή της βαθμολογίας αυτής σε μια κλίμακα από 0-100, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία της κλίμακας¹¹⁸. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων γίνεται με βάση τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις, όπου υψηλές τιμές δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, ενώ χαμηλές τιμές δείχνουν χαμηλότερο επίπεδο ΠΖ¹¹⁹

Το τρίτο μέρος σχετίζεται με κλίμακα επιβάρυνσης «The Burden Interview. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις και αξιολογεί 4 παράγοντες επιβάρυνσης: την προσωπική ένταση (ερωτήσεις 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22), την ένταση του ρόλου (ερωτήσεις 1, 4, 5, 6, 7, 13, 19), την αποστέρηση του ρόλου (ερωτήσεις 2, 3, 11, 12) και τη διαχείριση φροντίδας (ερωτήσεις 20 και 21). Οι συμμετέχοντες, για κάθε ερώτηση, καλούνται να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, που κυμαίνεται από το 0 (ποτέ) έως 4 (σχεδόν πάντα). Η βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 88, όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία της κλίμακας, τόσο μεγαλύτερη επιβάρυνση βιώνει ο φροντιστής¹²⁰. Η κλίμακα μέτρησης

¹¹⁷ Ware JE, Kosinski M, Keller SK. 1994, "Physical and mental health summary scales: A user's manual". Boston, The health Institute

¹¹⁸ Ware JE, Sheibourne CD. 1992, "The MOS 36 item short form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection". Med Care 30: 473-83.

¹¹⁹ Ware JE, Kosinski M, Keller SK. 1994, "Physical and mental health summary scales: A user's manual". Boston, The health Institute

¹²⁰ Παπασταύρου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αλεβιζόπουλος, Γ., Παπακώστας, Σ., Τσαγκάρη, Χ., & Σουρτζή, Π. (2006). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας της επιβάρυνσης (Zarit burden interview) σε Ελληνοκυπρίους φροντιστές ασθενών με άνοια. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 45 (4), 439-449.δ γ

επιβάρυνσης μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε σε ελληνικό πληθυσμό από την Παπασταύρου και συν. (2006). Αξίζει να σημειωθεί ότι βαθμολογίες από 0 έως 21 αντιστοιχούν σε ελάχιστη ή καμία επιβάρυνση, από 21 έως 40 σε ήπια με μέτρια επιβάρυνση, από 41 έως 60 σε μέτρια με σοβαρή επιβάρυνση και βαθμολογία > 60 σε πολύ σοβαρή επιβάρυνση¹²¹.

Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου σχετίζεται με την κλίμακα πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15). Το ερωτηματολόγιο διερευνά τον βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 15 ερωτήσεων. Οι συμμετέχοντες, για κάθε ερώτηση, καλούνται να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, που κυμαίνεται από το 1 (δεν ισχύει καθόλου) έως το 5 (ισχύει απόλυτα). Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις: Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {for Support /Access}), (ερωτήσεις 2,3,4,5,6). Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό} (Trust {in Higher Guidance / Source}) (ερωτήσεις 1,7,13,14,15), και Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας} (Reflection {Positive Interpretation of Disease}) (ερωτήσεις 8,9,10,11,12). Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού από τους¹²²

4.5. Ζητήματα ηθικής

Σύμφωνα με τους Creswell & Creswell¹²³, η ενημέρωση των συμμετεχόντων για το σκοπό της έρευνας θέτει τα θεμέλια για την προώθηση της εμπιστοσύνης. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται ότι οι συμμετέχοντες θα έχουν την ευκαιρία να συναινέσουν, και να συμμετάσχουν στην έρευνα. Τα ηθικά ζητήματα σχετίζονται με την ανωνυμία, την εχεμύθεια, την εμπιστευτικότητα και το κλίμα εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντα. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων διασφαλίζεται με το να μη ζητηθεί σε κανένα σημείο του ερωτηματολογίου να συμπληρωθεί κάποιο προσωπικό στοιχείο αυτών

¹²¹ Hébert R. et al, Bravo G. & Prévaille M. (2000). Reliability, Validity and Reference Values of the Zarit Burden Interview for Assessing Informal Caregivers of Community Dwelling Older Persons with Dementia*. Canadian Journal on Aging /

¹²² Gouva M, Zagorgianakou R, Dragioti E, Paschou A, Kotrotsiou E. (2023). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK. Interscientific Health Care

¹²³ Creswell, J. (2011). Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας. Αθήνα Έλλην.

4.6. Μέθοδος στατιστικής επεξεργασίας

Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων είναι το πρόγραμμα IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) και πιο συγκεκριμένα η έκδοση 25. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με περιγραφική στατιστική η οποία σχετίζεται με χρήση πινάκων με συχνότητες και ποσοστά. Επίσης χρησιμοποιήθηκε και η επαγωγική στατιστική που είναι ένα σύστημα λογικών και υπολογιστικών μεθόδων, προκειμένου να γίνουν γενικεύσεις και να εξαχθούν συμπεράσματα από ένα δείγμα για μεγαλύτερο πληθυσμό υποκειμένων ή καταστάσεων, τα οποία πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει το δείγμα (Μερκούρης 2008). Οι κατηγορικές μεταβλητές της έρευνας παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση.

Για την εφαρμογή παραμετρικών ή μη δοκιμασιών ελέγχθηκε η κανονικότητα των διαστάσεων των τριών ερευνητικών εργαλείων. Στην περίπτωση μη κανονικής κατανομής χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis και η συσχέτιση spearman. Η Πιο συγκεκριμένα η δοκιμασία Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων ομάδων, η δοκιμασία Kruskal-Wallis H, για σύγκριση των μέσων τιμών διάταξης τριών ή περισσότερων ανεξάρτητων ομάδων. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 5% ($\alpha=0,05$).

4.7. Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Σύμφωνα με τον Creswell¹²⁴ ένας από τους στόχους μιας καλής έρευνας αποτελούν οι αξιόπιστες και έγκυρες μετρήσεις. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, ελέγχεται η σταθερότητα και η συνέπεια των τιμών, και χρησιμοποιείται ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας alpha (α) του Cronbach. Σύμφωνα με τους Babbie, Wagner, & Zaino¹²⁵, οι τιμές εγκυρότητας που είναι μεγαλύτερες της τιμής 0,70 ή κοντά σε αυτή την τιμή θεωρούνται αποδεκτές. Όπως φαίνεται από τους κάτωθι πίνακες, υπολογίστηκε ιδιαίτερα υψηλή αξιοπιστία για όλες

¹²⁴ Creswell, J. (2011). Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας. Αθήνα Έλλην.

¹²⁵ Babbie, E., Wagner III, W.E. and Zaino, J., (2018) Adventures in social research: Data analysis using IBM® SPSS® Statistics. Sage Publications

τις εξεταζόμενες κλίμακες. Ο δείκτης βρέθηκε υψηλός για όλες τις διαστάσεις και των τριών ερευνητικών εργαλείων.

Πίνακας 1: Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's Alpha του ερωτηματολογίου της επισκόπησης υγείας (sf36)

Ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας sf36	Δείκτης Cronbach a
Φυσική λειτουργία	0.907
Περιορισμός ρόλου λόγω φυσικής λειτουργίας	0.853
Περιορισμός ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων	0.812
Ζωτικότητα	0,717
Ψυχική υγεία	0.702
Κοινωνική λειτουργία	0.706
Πόνος	0.852
Γενική υγεία	0.702

Πίνακας 2: Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's Alpha του ερωτηματολογίου πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας

Ερωτηματολόγιο πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας	Δείκτης Cronbach a
Αναζήτηση για υποστήριξη	0,826
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό	0,768
Αντανάκλαση	0,794
Πνευματικότητα και θρησκευτικότητα	0,895

Πίνακας 3: Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's Alpha του ερωτηματολογίου επιβάρυνσης

Ερωτηματολόγιο Επιβάρυνσης	Δείκτης Cronbach a
Προσωπική ένταση	0,887
Ένταση ρόλου	0,736
Αποστέρηση ρόλου	0,886
Διαχείριση φροντίδας	0,822
Επιβάρυνση	0,937

4.8. Συμμετέχοντες

Σχετικά με το φύλο, το 23% είναι άνδρες και το 67% είναι γυναίκες, το 32% διαμένουν σε χωριό-κωμόπολη, το 59% μένουν σε πόλη με λιγότερο από 150000 κατοίκους και το 9% σε πόλη με περισσότερους από 150000 κατοίκους. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 24% είναι άγαμοι, το 69% έγγαμοι, το 6% είναι διαζευγμένοι και το 1% είναι χήροι.

Αδέρφια έχουν το 95% των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται πως έχουν από 1 έως 7 αδέρφια, και οι περισσότεροι έχουν 1 και 2 αδέρφια. Σχετικά με τη σειρά γέννησης, οι περισσότεροι γεννήθηκαν δεύτεροι, και ακολουθούν αυτοί που γεννήθηκαν πρώτοι. Παιδιά έχουν το 79%, και σχετικά με τον αριθμό των παιδιών, έχουν από 1 έως 4, οι περισσότεροι έχουν δύο παιδιά (57%) και ακολουθούν αυτοί που έχουν τρία παιδιά (24%).

Φυσιογνωμικά, το 31% μοιάζουν στον πατέρα, το 61% στη μητέρα, το 4% στη γιαγιά και το 4% δεν γνωρίζουν. Ως προς τον χαρακτήρα, το 53% μοιάζουν στον πατέρα, το 43% στη μητέρα, και το 4% απαντούν πως δεν γνωρίζουν.

Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το 6% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, το 3% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 31% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ, το 35% είναι φοιτητές, το 5% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού και το 20% είναι κάτοχοι διδακτορικού. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, το 3,5% είναι άνεργοι, το 7% ασχολούνται με τα οικιακά, το 4% είναι αυτοαπασχολούμενοι, το 24% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 50% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 6% είναι συνταξιούχοι και το 5% είναι φοιτητές. Το 32% των ερωτηθέντων φροντίζουν τον πατέρα, την 28% την μητέρα, το 10% τον παπού, το 13% φροντίζουν τη γιαγιά, και το 17% φροντίζουν τον πεθερό-πεθερά θείο-θεία ή αδέρφια. Ο μέσος όρος φροντίδας είναι 30 μήνες, ο μέσος όρος των ημερήσιων ωρών φροντίδας είναι 8 και ο μέσος όρος ημερών φροντίδας εβδομαδιαίως είναι 6 ημέρες. Το 78 % απαντούν πως μοιράζονται με κάποιον τη φροντίδα. Το 66% απαντούν πως μοιράζονται τη φροντίδα με την οικογένεια και το 34% με φροντιστή. Το 96% απαντούν πως ο ασθενής μιλάει, το 86% δηλώνουν πως περπατάει, το 70% απαντούν πως αυτοεξυπηρετείται, το 80% δηλώνουν πως αισθάνεται ευγνωμοσύνη για τη φροντίδα που παρέχουν στον ασθενή, και το 75% δηλώνουν πως ο ασθενής είναι σε θέση να καταλαβαίνει τον κόπο που κάνεις ο φροντιστής για αυτόν, τέλος, το 44% αισθάνονται αισιοδοξία για το μέλλον, το 25% δεν νοιώθουν και το 39% απαντούν πως δεν γνωρίζουν.

Πίνακας 4: Κοινωνικό δημογραφικά στοιχεία

Μορφωτικό επίπεδο	N	%
Απόφοιτους γυμνασίου	10	5.8
Απόφοιτος λυκείου	5	2.9
Απόφοιτος ΑΕΠ	54	31.2
Φοιτητής (τρια)	60	34.7
Μεταπτυχιακά	9	5.2
Διδακτορικό	35	20.2
Επαγγελματική κατάσταση	35	20.2
Άνεργος	6	3.5
Οικιακά	12	6.9
αυτοαπασχολούμενος	7	4
Ιδιωτικός υπάλληλος	41	23.7
Δημόσιος υπάλληλος	87	50.3
Συνταξιούχος	11	6.4
Φοιτητής(τρια)	9	5.2

Φύλο	N	%
Άνδρας	40	23.1
Γυναίκα	133	76.9
Τόπος καταγωγής		
Χωριό κωμόπολη	55	31.8
Πόλη< 15000 κατοίκους	102	59
Πόλη> 15000 κατοίκους	16	9.2
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	41	23.7
Έγγαμος/η	119	68.8
Διαζευγμένος/η	11	6.4
Χήρος/α	2	1.2
Έχετε αδέρφια		
Ναι	165	95.4
Όχι	8	4.6
Πόσα		
Σειρά γέννησης		
Έχετε παιδιά		
ΝΑΙ	136	78.6
Όχι	37	21.4
Σε ποιον μοιάζετε φυσιολογικά		
Πατέρα	55	31.8
Μητέρα	106	61.3
Γιαγιά	6	3.5
Δεν ξέρω	6	3.5
Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα		
Πατέρα	92	53,2
Μητέρα	75	43,4
Δεν ξέρω	6	3,5

Πίνακας 5: Κοινωνικό δημογραφικά στοιχεία

	N	%
Ποιον συγγενή σας χρειάζεται να φροντίζετε		
Πατέρα	56	32.4
Μητέρα	48	27.7
Παππού	17	9.8
Γιαγιά	22	12.7
Θείο-θεία-πεθερό-πεθερά-αδέρφια		17.3
	Μέσος όρος	
Πόσο καιρό φροντίζετε το συγγενή σας (μήνες)	30	
Πόσες ώρες καθημερινά φροντίζετε το συγγενή σας;	8.05	
Πόσες ημέρες εβδομαδιαίως φροντίζετε το συγγενή σας	5.65	
Μοιράζεστε με κάποιον αυτή τη φροντίδα	N	%
Ναι	134	77.5
όχι	39	22.5
Αν ναι με ποιον		
Οικογένεια	89	65.7
Φροντιστή	46	34.3
Ο συγγενής που φροντίζετε μιλάει?		
ναι	167	96.5
όχι	6	3.5
Ο συγγενής που φροντίζετε περπατάει?		
ναι	148	85.5
όχι	25	14.5
Ο συγγενής που φροντίζετε αυτοεξυπηρετείται?		
ναι	120	69.4
όχι	53	30.6
Ο συγγενής που φροντίζετε αισθάνεται ευγνωμοσύνη για τη φροντίδα σας?		
ναι	137	79.2
όχι	4	2.3
δεν είναι σε θέση	32	18.5
Ο συγγενής που φροντίζετε είναι σε θέση να καταλαβαίνει τον κόπο σας?		
ναι	129	74.8
όχι	44	25.4
Αισθάνεστε αισιόδοξος για το μέλλον?		
ναι	76	43.9
όχι	42	24.3
Δεν ξέρω	55	31.8

5. Αποτελέσματα - Ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας sf36- κατανομή απαντήσεων

Διάσταση γενικής υγείας

Παρακάτω παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των διαστάσεων που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας. Το 45% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η υγεία τους είναι εξαιρετική, το 8% δήλωσαν πως είναι μέτρια, το 24% δήλωσαν πως είναι πολύ καλή, και το 24% πως είναι καλή. Το 55% δηλώνουν πως είναι αληθές πως αρρωσταίνουν λίγο ευκολότερα από άλλους.

Πίνακας 6: Κατανομή απαντήσεων για τη γενική υγεία

	N	%
Εξαιρετική	77	44.5
Πολύ καλή υγεία	41	23.7
Καλή	41	23.7
Μέτρια	14	8.1

Πίνακας 7: Κατανομή απαντήσεων για τη γενική υγεία

Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
	%	%	%	%	%
Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	35.3	20.2	14.5	23.1	6.9
Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	16.2	42.2	14.5	23.7	3.5
Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	17.3	24.9	20.8	23.1	13.9
Η υγεία σας είναι εξαιρετική	27.7	41.6	14.5	13.3	2.9

Διάσταση σωματικής λειτουργικότητας

Για το τρέξιμο σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε δυναμικά σπορ, το 23% δηλώνουν πως τους περιορίζει πολύ, ενώ για τη μετακίνηση ενός τραπεζιού ή σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, περίπατος στην εξοχή, μόλις το 7% απαντούν πως τους περιορίζει πολύ. Το 12% απαντούν πως τους περιορίζει πολύ το γονάτισμα ή το σκύψιμο, το 11% τους περιορίζει πολύ όταν περπατάνε ένα οικοδομικό τετράγωνο, και μόλις το 4% απαντούν πως τους περιορίζει πολύ η διαδικασία του μπάνιου ή του ντυσίματος.

Πίνακας 8: Κατανομή απαντήσεων για τη σωματική λειτουργικότητα

	Με περιορίζει πολύ	Με περιορίζει λίγο	Δεν με περιορίζει καθόλου
	%	%	%
Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	22.5	40.5	37
Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	6.9	26	67.1
Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	5.8	30.6	63.6
Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	15.6	35.8	48.6
Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	6.9	22.5	70.5
Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	12.1	34.7	53.2
Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο	11	29.5	59.5
Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	9.2	19.1	71.7
Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	7.5	13.3	79.2
Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	3.5	10.4	86.1

Διάσταση Σωματικού ρόλου

Διαπιστώνεται πως σε υψηλά ποσοστά οι ερωτηθέντες δεν μείωσαν τον χρόνο που συνήθως ξοδεύουν στη δουλειά, δεν επιτέλεσαν λιγότερα από όσα θέλανε, δεν περιορίσανε τη δουλειά ή τα είδη δραστηριοτήτων και δεν δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν τη δουλειά τους ή άλλα είδη δραστηριοτήτων.

Πίνακας 9: Κατανομή απαντήσεων για τον σωματικό ρόλο

	Ναι	Όχι
	%	%
Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	30.6	69.4
Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε;	46.2	53.8
Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	36.4	63.6
Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	31.8	68.2

Διάσταση Συναισθηματικού ρόλου

Από τον πίνακα 11, φαίνεται ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δεν δυσκολεύτηκαν στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων.

Πίνακας 10: Κατανομή απαντήσεων για τον συναισθηματικό ρόλο

	Ναι	Όχι
	%	%
Μειώσατε τον χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	35.3	64.7
Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	45.7	54.3
Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	44.5	55.5

Διάσταση κοινωνικού ρόλου

Προκύπτει πως στους περισσότερους δεν επηρεάστηκαν οι κοινωνικές τους δραστηριότητες.

Πίνακας 11: Κατανομή απαντήσεων για τον κοινωνικό ρόλο

	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
	%	%	%	%	%
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 γείτονες σας κλπ	64.2	17.9	9.2	8.1	0.6
	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά
	%	%	%	%	%
Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων για πόσο καιρό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους)	2,3	13,3	37,6	30,1	16,8

Διάσταση σωματικού πόνου

Προκύπτει πως οι περισσότεροι δεν επηρεάστηκαν από τον σωματικό πόνο. Μόλις το 14% νιώσανε σε μεγάλο βαθμό σωματικό πόνο, και μόλις το 4% νιώσανε πάρα πολύ πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως ο πόνος επηρέασε πάρα πολύ τις δραστηριότητες τους και το 17% δήλωσαν πως τους περιόρισε αρκετά.

Πίνακας 12: Κατανομή απαντήσεων για τον σωματικό πόνο

	Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ήπιο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο
	%	%	%	%	%	%
Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων;	20.2	24.9	17.9	23.1	11.6	2.3
	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ	
	%	%	%	%	%	
Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού)	38.2	27.7	13.3	16.8	4	

Διάσταση ζωτικότητας

Σχετικά με τη ζωτικότητα, τις τελευταίες 4 εβδομάδες το 32% νιώθανε συνεχώς ζωντάνια, το 19% νιώθανε συχνά μεγάλη ενεργητικότητα, το 17% νιώθανε σε μικρό βαθμό εξάντληση και το 14% νιώθανε σε μικρό βαθμό κούραση

Πίνακας 13: Κατανομή απαντήσεων για τη ζωτικότητα

	Συνεχώς	Μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
	%	%	%	%	%	%
Είχατε ζωντάνια;	11.6	19.7	27.7	27.2	11	2.9
Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	4.6	24.3	28.3	27.7	11	4
Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	4.6	16.8	12.1	49.1	13.3	4
Νοιώσατε κουρασμένος/η;	4.6	22	15	44.5	10.4	3.5

Διάσταση ψυχικής υγείας

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, πολύ εκνευρισμό μόλις το 8% νιώθανε συνεχώς, το 5% νιώθανε πολύ πεσμένοι συνεχώς, το 20% νιώθανε συνεχώς αποκαρδιωμένοι. Ευτυχισμένοι νιώθανε συνεχώς το 27% και ηρεμία και γαλήνη νιώθανε συνεχώς το 10% των ερωτηθέντων.

Πίνακας 14: Κατανομή απαντήσεων για την ψυχική υγεία

	Συνεχώς	Μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
	%	%	%	%	%	%
Ήσασταν ένα πολύ νευρικό άτομο;	8.1	11.6	13.9	21.4	35.8	9.2
Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	5.2	15.6	10.4	10.4	39.9	18.5
Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος;	10.4	22.5	17.9	19.7	9.2	20.2
Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	20.2	12.1	19.7	15	19.1	13
Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	27.2	27.2	6.9	22	15	1.7

Κλίμακα επιβάρυνσης - κατανομή απαντήσεων

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων της κλίμακας επιβάρυνσης. Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «σχεδόν πάντα» είναι οι εξής: Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς; (15,6%), Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/τη συγγενή σας (12,7) Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς (13,3%).

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «ποτέ» είναι οι εξής: Νιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας (48,6%), 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 (43,9%) Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/τη συγγενή σας (43,9%), νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του συγγενή σας (61,8%)

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «αρκετά συχνά» είναι οι εξής: Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/τη συγγενή σας (37,6%), νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς; (28,9%), δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας (22,5%).

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «λίγο» είναι οι εξής: Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/τη συγγενή σας (27,2%), νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς (27,2%), Νιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας;(25,4%)

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων «μερικές φορές» είναι οι εξής: Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ό,τι χρειάζεται (39,2%), δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας (33,5%), πιστεύετε, επειδή δαπανάτε αρκετό χρόνο με τον/τη συγγενή σας, ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας (32,9%).

Πίνακας 15: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την επιβάρυνση

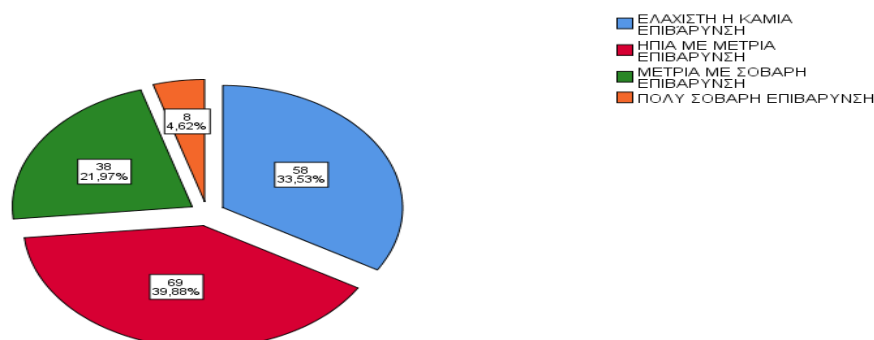
	Ποτέ	Λίγο	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
	%	%	%	%	%
Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ό,τι χρειάζεται	19,1	20,8	39,3	12,7	8,1
Πιστεύετε, επειδή δαπανάτε αρκετό χρόνο με τον/τη συγγενή σας, ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας	19,1	24,3	32,9	17,3	6,4
Δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας	19,7	20,2	33,5	22,5	4
Νιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της/του συγγενή σας	30,6	21,4	26,6	18,5	2,9
Νιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας	48,6	20,2	22	5,8	3,5
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	43,9	23,1	17,9	11	4
Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/τη συγγενή σας	7,5	15	27,2	37,6	12,7
Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;	11,6	21,4	22,5	28,9	15,6
Νιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας;	34,7	25,4	23,1	9,8	6,9
Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/τη συγγενή σας	43,9	27,2	19,7	8,1	1,2
Νιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/ του συγγενή σας;	32,9	23,1	26	13,3	4,6
Νιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για τον/τη συγγενή σας;	36,4	23,1	26	13,3	4,6
Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του συγγενή σας	61,8	13,9	15,6	6,9	1,7
Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς	20,2	27,2	18,5	20,8	13,3
Νιώθετε ότι, επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδά σας, δεν έχετε αρκετά χρήματα για τη φροντίδα της/του συγγενή σας	37,6	26	16,2	15	5,2
Νιώθετε ότι είσαστε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε τον/τη συγγενή σας;	45,1	24,3	18,5	8,7	3,5
Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η συγγενής σας	41	27,2	17,3	7,5	6,9
Θα ευχόσαστε, έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενή σας σε κάποιον άλλο	49,7	20,2	20,2	6,4	3,5
Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάμετε για τον/τη συγγενή σας	29,5	28,9	24,9	11,6	5,2
Νιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον/τη συγγενή σας	16,2	24,9	36,4	14,5	8,1

Νιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της/ του συγγενή σας	17,9	28,9	32,9	15,6	4,6
Γενικά, πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνμένος/η με τη φροντίδα του συγγενή σας	26	28,9	23,1	15,6	6,4

Πίνακας 16: Μέση τιμή, τυπική απόκλιση διαστάσεων επιβάρυνσης

Διαστάσεις επιβάρυνσης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Προσωπική ένταση	11,58	7,85	0	34
Ένταση ρόλου	9,54	5,34	0	25
Αποστέρηση ρόλου	5,98	4,06	0	16
Διαχείριση φροντίδας	3,33	2,05	0	8
Επιβάρυνση	30,84	16,91	0	80

Γράφημα 1: Κατηγοριοποίηση επιβάρυνσης



Κλίμακα πνευματικότητας και θρησκευτικότητας-κατανομή απαντήσεων

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων δεν ισχύει καθόλου είναι οι εξής: Η ασθένεια με οδηγεί σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα (30,6%), η ασθένεια με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι (31,8%), αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους (29,5%).

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων νομίζω δεν ισχύει είναι οι εξής: κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ιδιότητες (39,1%), η

ασθένεια με οδηγεί σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα (30,1%), αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους (27,2%).

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων δεν ξέρω είναι οι εξής: η ασθένεια είναι μια ευκαιρία για ανάπτυξη/εξέλιξη (26,6%), είμαι πεπεισμένος ότι μια ασθένεια έχει κάποιο νόημα (24,9%), είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος (40,5%).

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων ισχύει ικανοποιητικά είναι οι εξής: κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο (51,4%), η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου (50,9%), όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου (47,4%).

Οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων ισχύει απόλυτα είναι οι εξής: Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί (26,6%), κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο (22%), εξαιτίας μιας ασθένειας μπορεί κάποιος να επικεντρωθεί πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή του (16,2%)

Πίνακας 17: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την πνευματικότητα και θρησκευτικότητα

	Δεν ισχύει καθόλου	Νομίζω δεν ισχύει	Δεν ξέρω	Ισχύει ικανοποι ητικά	Ισχύει απόλυτα
	%	%	%	%	%
Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο	6.9	9.8	9.8	51.4	22
Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ιδιότητες	22	39.9	16.8	16.8	4.6
Η ασθένεια με οδηγεί σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα	30.6	30.1	17.3	19.7	2.3
Πιστεύω ότι βρίσκοντας ένα πνευματικό δρόμο αυτό θα επιδράσει θετικά σε μια ασθένεια	13.9	16.8	19.7	38.2	11.6
Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους	29.5	27.2	19.1	21.4	2.9
Η ασθένεια με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι	31.8	24.3	13.3	26	4.6
Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί	8.1	14.5	19.1	31.8	26.6
Όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου	8.1	15	17.6	47.4	11.6

Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου	9.8	16.8	15.6	50.9	6.9
Είμαι πεπεισμένος ότι μια ασθένεια έχει κάποιο νόημα	17.3	23.7	24.9	27.7	6.4
Η ασθένεια είναι μια ευκαιρία για ανάπτυξη/εξέλιξη	17.3	24.9	26.6	27.2	4
Εξαιτίας μιας ασθένειας μπορεί κάποιος να επικεντρωθεί πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή του	6.4	13.9	17.9	45.7	16.2
Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου	39.9	25.4	23.7	8.7	2.3
Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη	28.9	24.9	21.4	15	9.8
Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος	12.1	6.4	40.5	23.1	17.9

Πίνακας 18: Μέση τιμή τυπική απόκλιση πνευματικότητας και θρησκευτικότητας

Διαστάσεις πνευματικότητας και θρησκευτικότητας	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Πνευματικότητα και θρησκευτικότητα	43,71	11,30
Αναζήτηση για υποστήριξη	12,80	4,65
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό	15,14	4,31
Αντανάκλαση	15,76	4,23

Επαγωγική στατιστική

Διερεύνηση διαφοροποίησης στην κλίμακα επιβάρυνσης σχετικά με την ύπαρξη παιδιών

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της προσωπικής έντασης σχετικά με την ύπαρξη παιδιών. Τα άτομα που έχουν παιδιά σημειώνουν υψηλότερες μέσες τιμές προσωπικής έντασης (12,54) από τα άτομα που δεν έχουν παιδιά (9,91).

Πίνακας 19: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της ύπαρξης παιδιών και της κλίμακας επιβάρυνσης

Διαστάσεις επιβάρυνσης	Ύπαρξη παιδιών	Μέση τιμή	Διάμεσος	Z	P
Προσωπική ένταση	Ύπαρξη παιδιών	12.54	12.5	-2.025	0,043
	Μη ύπαρξη παιδιών	9,91	8		

Διερεύνηση διαφοροποίησης στην κλίμακα επιβάρυνσης σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της προσωπικής έντασης ($p=0.008$) όπου οι απόφοιτοι λυκείου σημειώνουν τις υψηλότερες μέσες τιμές και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι απόφοιτοι γυμνασίου οι κάτοχοι διδακτορικού και οι φοιτητές.

Επίσης παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της επιβάρυνσης ($p=0.043$) όπου οι απόφοιτοι λυκείου σημειώνουν τις υψηλότερες μέσες τιμές και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι απόφοιτοι γυμνασίου οι κάτοχοι διδακτορικού και οι φοιτητές.

Πίνακας 20: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της κλίμακας επιβάρυνση

Διαστάσεις επιβάρυνσης	Μορφωτικό επίπεδο	Μέση τιμή	Διάμεσος	X ²	p
Προσωπική ένταση	Απόφοιτος γυμνασίου	12.6	11.5	15.599	0.008
	Απόφοιτος λυκείου	18,2	19		
	Απόφοιτος ΑΕΙ	14.29	14		
	Φοιτητής	10.06	8		
	Μεταπτυχιακό	8.55	7		
	Διδακτορικό	11.51	12		
Επιβάρυνση	Απόφοιτος γυμνασίου	32.10	30	11.440	0.043
	Απόφοιτος λυκείου	43.2	51		
	Απόφοιτος ΑΕΙ	34.87	35.5		
	Φοιτητής	27.65	25		
	Μεταπτυχιακό	23.7	18		
	Διδακτορικό	29.82	30		

Διερεύνηση διαφοροποίησης στην κλίμακα επιβάρυνσης σχετικά με την αισιοδοξία για το μέλλον

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο τις μέσες τιμές της επιβάρυνσης όσο και στις μέσες τιμές των διαστάσεων της επιβάρυνσης σχετικά με την αισιοδοξία για το μέλλον. Τα άτομα που δεν βλέπουν με αισιοδοξία το μέλλον σημειώνουν στατιστικά σημαντικές υψηλότερες μέσες τιμές προσωπικής έντασης, έντασης ρόλου, αποστέρησης ρόλου διαχείριση φροντίδας και επιβάρυνσης σε σχέση με τα άτομα που βλέπουν με αισιοδοξία το μέλλον

Πίνακας 21: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης στις διαστάσεις της κλίμακας επιβάρυνσης σχετικά με την αισιοδοξία για το μέλλον

Διαστάσεις επιβάρυνσης	Αισθάνεστε αισιοδοξία για το μέλλον	Μέση τιμή	Διάμεσος	X ²	P
Προσωπική ένταση	Ναι	9.61	7.5	17.742	0,000
	όχι	15.64	14.5		
	Δεν ξέρω	12.45	12		
Ένταση ρόλου	Ναι	8.21	8	10.267	0,003
	όχι	11.47	10.5		
	Δεν ξέρω	9.97	9		
Αποστέρηση ρόλου	Ναι	4.77	4	12.430	0,001
	όχι	7.47	8		
	Δεν ξέρω	6.5	6		
Διαχείριση φροντίδας	Ναι	3.13	3	7.513	0,020
	όχι	4.11	4		
	Δεν ξέρω	3.01	3		
Επιβάρυνση	Ναι	25.73	22	16.435	0,000
	όχι	38.71	38		
	Δεν ξέρω	30.84	29		

Διερεύνηση διαφοροποίησης στην κλίμακα επισκόπησης υγείας σχετικά με τον τόπο διαμονής

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της φυσικής λειτουργικότητας (p=0.024), του σωματικού ρόλου(p=0.031), του συναισθηματικού ρόλου (p=0.022) και της ψυχικής υγείας σχετικά με τον τόπο διαμονής (p=0.002).

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της φυσικής λειτουργικότητας (p=0.024) σε σχέση με τον τόπο διαμονής. Τα άτομα που

διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους παρουσιάζουν τις υψηλότερες μέσες τιμές ακολουθούν τα άτομα που διαμένουν σε χωριό και τα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κάτοικους. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε πόλη<150000 κατοίκους και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη>150000 κατοίκους, και ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε χωριό κωμόπολη και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές του σωματικού ρόλου ($p=0.031$), όπου τα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους παρουσιάζουν τις υψηλότερες μέσες τιμές, ακολουθούν τα άτομα που διαμένουν σε χωριό και τα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κάτοικους. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε πόλη<150000 κατοίκους και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη>150000 κατοίκους.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές του συναισθηματικού ρόλου ($p=0.002$), όπου τα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους παρουσιάζουν τις υψηλότερες τιμές μέσης διάταξης ακολουθούν τα άτομα που διαμένουν σε χωριό και τα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κάτοικους. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε πόλη<150000 κατοίκους και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη>150000 κατοίκους, και ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε χωριό κωμόπολη και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους.

Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές διάταξης γενικής υγείας ($p=0.022$), όπου τα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους παρουσιάζουν τις υψηλότερες τιμές μέσης διάταξης ακολουθούν τα άτομα που διαμένουν σε χωριό και τα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κάτοικους. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε πόλη<150000 κατοίκους και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη>150000 κατοίκους, και ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε χωριό κωμόπολη και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κατοίκους.

Πίνακας 22: Διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας σχετικά με τον τόπο διαμονής

	Τόπος διαμονής	Μέση τιμή	Διάμεσος	X ²	p
Φυσική λειτουργικότητα	Χωριό/κωμόπολη	71	80	7.438	0.024
	Πόλη<150000 κατοίκους	80.98	90		
	Πόλη>150000 κατοίκους	69.68	70		
Σωματικός ρόλος	Χωριό/κωμόπολη	59.09	75	6.935	0.031
	Πόλη<150000 κατοίκους	69.36	100		
	Πόλη>150000 κατοίκους	43.75	25		
Συναισθηματικός ρόλος	Χωριό/κωμόπολη	50.9	33.33	12.363	0.002
	Πόλη<150000 κατοίκους	66.33	100		
	Πόλη>150000 κατοίκους	31.25	33.33		
Γενική υγεία	Χωριό/κωμόπολη	60.18	60	7.582	0.022
	Πόλη<150000 κατοίκους	58.48	60		
	Πόλη>150000 κατοίκους	49.68	50		

Διερεύνηση ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της φυσικής λειτουργικότητας ($p=0.025$), όπου υψηλότερες μέσες τιμές σημειώνουν οι άγαμοι, ακολουθούν οι έγγαμοι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι. Συγκεκριμένα οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στους χήρους και τους άγαμους και ανάμεσα στους διαζευγμένους και τους αγάμους.

Πίνακας 23: Διερεύνηση ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή κατάσταση	Μέση τιμή	Διάμεσος	X ²	p
Φυσική λειτουργικότητα	Άγαμος	83.04	90	9.345	0.025
	Έγγαμος	76.21	80		
	Διαζευγμένος	63.63	65		
	Χήρος	52.5	62.5		

Διερεύνηση ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της φυσικής λειτουργικότητας ($p=0.025$) σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο. Υψηλότερες μέσες τιμές σημειώνουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού, ακολουθούν οι κάτοχοι διδακτορικού, ακολουθούν οι φοιτητές, οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι απόφοιτοι λυκείου και οι απόφοιτοι γυμνασίου. Πιο συγκεκριμένα οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στους απόφοιτους γυμνασίου και στους φοιτητές, ανάμεσα στους απόφοιτους γυμνασίου και στους κατόχους διδακτορικού, ανάμεσα στους απόφοιτου γυμνασίου και στους κατόχους μεταπτυχιακού.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές του πόνου ($p=0.018$) σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο. Υψηλότερες μέσες τιμές σημειώνουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού, ακολουθούν οι φοιτητές, οι κάτοχοι διδακτορικού, ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι απόφοιτοι γυμνασίου και οι απόφοιτοι λυκείου. Πιο συγκεκριμένα οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στους απόφοιτους λυκείου και στους κατόχους μεταπτυχιακού

Πίνακας 24: Διερεύνηση ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο

Διαστάσεις sf36	Μορφωτικό επίπεδο	Μέση τιμή	Διάμεσος	χ^2	p
Φυσική λειτουργικότητα	Απόφοιτος γυμνασίου	51.5	50	17.128	0.004
	Απόφοιτος λυκείου	76	85		
	Απόφοιτος ΑΕΙ	71.29	75		
	Φοιτητής	81.16	90		
	Μεταπτυχιακό	82.77	85		
	Διδακτορικό	83.42	85		
Σωματικός Πόνος	Απόφοιτος γυμνασίου	53.75	45	13.633	0.018
	Απόφοιτος λυκείου	46.5	32.5		
	Απόφοιτος ΑΕΙ	62.4	57.5		
	Φοιτητής	68.75	77.5		
	Μεταπτυχιακό	90.55	90		
	Διδακτορικό	67.35	77.5		

Συσχέτιση πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και επιβάρυνσης

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.225$) μεταξύ της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας της προσωπικής έντασης και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.362$) μεταξύ της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας της έντασης ρόλου και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.219$) μεταξύ της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας της αποστέρησης ρόλου και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.205$) μεταξύ της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας της διαχείρισης φροντίδας και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.190$) μεταξύ της αναζήτησης για υποστήριξη της και της προσωπικής έντασης και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.05.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.314$) μεταξύ της αναζήτησης για υποστήριξη και της έντασης ρόλου και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.207$) μεταξύ της αναζήτησης για υποστήριξη και της αποστέρησης ρόλου και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.233$) μεταξύ της αναζήτησης για υποστήριξη και της διαχείρισης φροντίδας και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.226$) μεταξύ της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της προσωπικής έντασης και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.05.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.358$) μεταξύ της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της έντασης ρόλου και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.200$) μεταξύ της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της αποστέρησης ρόλου και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.139$) μεταξύ της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της διαχείρισης φροντίδας και στατιστικά μη σημαντική.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.161$) μεταξύ της αντανάκλασης και της προσωπικής έντασης και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.05.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.256$) μεταξύ της αντανάκλασης και της έντασης ρόλου και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.154$) μεταξύ της αντανάκλασης και της αποστέρησης ρόλου και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.151$) μεταξύ της αντανάκλασης και της διαχείρισης φροντίδας και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Μεταξύ της επιβάρυνσης και της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.226$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της επιβάρυνσης και της αναζήτησης για υποστήριξη παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.265$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της επιβάρυνσης και εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.283$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της επιβάρυνσης και της αντανάκλασης παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.211$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Πίνακας 25: Συσχέτιση πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και επιβάρυνσης

			Διαστάσεις επιβάρυνσης			
Διαστάσεις πνευματικότητας και θρησκευτικότητας	Spearman's/rho P value	Προσωπική ένταση	Ένταση ρόλου	Αποστέρηση ρόλου	Διαχείριση φροντίδας	Επιβάρυνση
Πνευματικότητα και θρησκευτικότητα	Rho pvalue	0.225 0.003	0.362 0.000	0.219 0.004	0.205 0.007	0,296 0,000
Αναζήτηση για υποστήριξη	Rho pvalue	0.190 0.012	0.314 0.000	0.207 0.006	0.233 0.002	0,265 0,000
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό	Rho pvalue	0.226 0.003	0.358 0.000	0.200 0.008	0.139 0,069	0,283 0,000
Αντανάκλαση	Rho pvalue	0.161 0.034	0.256 0.001	0.154 0.043	0.151 0.047	0,211 0,000

Συσχέτιση ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας sf 36 και επιβάρυνσης

Μεταξύ της φυσικής λειτουργικότητας και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.231$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01

Μεταξύ του σωματικού ρόλου και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.383$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.295$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01

Μεταξύ της πνευματικής ψυχικής υγείας και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.223$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του πόνου και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.370$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της γενικής υγείας και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.370$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01

Μεταξύ της φυσικής λειτουργικότητας και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.208$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του σωματικού ρόλου και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.340$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.308$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της πνευματικής ψυχικής υγείας και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.210$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του πόνου και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.303$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της γενικής υγείας και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.319$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της φυσικής λειτουργικότητας και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.155$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του σωματικού ρόλου και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.366$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.270$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της πνευματικής ψυχικής υγείας και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.210$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του πόνου και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.311$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01

Μεταξύ της γενικής υγείας και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.280$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της διαχείρισης φροντίδας παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.160$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

Μεταξύ του πόνου και της διαχείρισης φροντίδας παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.187$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της γενικής υγείας και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.280$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της φυσικής λειτουργικότητας και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.215$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του σωματικού ρόλου και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.388$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.319$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της πνευματικής ψυχικής υγείας και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.236$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του πόνου και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.365$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01

Μεταξύ της γενικής υγείας και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση ($r=-0.294$) και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,0

Πίνακας 26: Συσχέτιση ερωτηματολογίου περισκόπησης υγείας sf 36 και επιβάρυνσης

Διαστάσεις sf36	Διαστάσεις επιβάρυνσης					
	Spearman's/rho P value	Προσωπική ένταση	Ένταση ρόλου	Αποστέρηση ρόλου	Διαχείριση φροντίδας	Επιβάρυνση
Φυσική λειτουργικότητα	Rho pvalue	-0.231 0.002	-0.208 0.006	-0.155 0.042	-0.041 0.591	-0.215 0.004
Σωματικός ρόλος	Rho pvalue	-0.383 0.000	-0.340 0.000	-0.366 0.000	-0.124 0.105	-0.388 0.000
Συναισθηματικός ρόλος	Rho pvalue	-0.295 0.000	-0.308 0.000	-0.270 0.000	-0.160 0.035	-0.319 0.000
Ζωτικότητα	Rho pvalue	-0.041 0.592	-0.062 0.418	0.020 0.793	0.053 0.489	-0.021 0.721
Πνευματική ψυχική υγεία	Rho pvalue	-0.223 0.003	-0.210 0.006	-0.210 0.016	-0.125 0.102	-0.236 0.002
Σωματικός πόνος	Rho pvalue	-0.370 0.000	-0.303 0.000	0.311 0.000	-0.187 0.014	-0.365 0.000
Γενική υγεία	Rho pvalue	-0.248 0.001	-0.319 0.000	-0.280 0.000	-0.088 0.249	-0.294 0.000
Κοινωνική λειτουργικότητα	Rho pvalue	-0.066 0.389	-0.082 0.285	-0.110 0.148	0.023 0.762	-0.080 0.295

6. Συμπεράσματα

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της προσωπικής έντασης σχετικά με την ύπαρξη παιδιών. Τα άτομα που έχουν παιδιά σημειώνουν υψηλότερες μέσες τιμές προσωπικής έντασης από τα άτομα που δεν έχουν παιδιά

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της προσωπικής έντασης όπου οι απόφοιτοι λυκείου σημειώνουν τις υψηλότερες μέσες τιμές και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι απόφοιτοι γυμνασίου οι κάτοχοι διδακτορικού και οι φοιτητές.

Επίσης παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της επιβάρυνσης όπου οι απόφοιτοι λυκείου σημειώνουν τις υψηλότερες μέσες τιμές και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι απόφοιτοι γυμνασίου οι κάτοχοι διδακτορικού και οι φοιτητές.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο τις μέσες τιμές της επιβάρυνσης όσο και στις μέσες τιμές των διαστάσεων της επιβάρυνσης σχετικά με την αισιοδοξία για το μέλλον. Τα άτομα που δεν βλέπουν με αισιοδοξία το μέλλον σημειώνουν στατιστικά σημαντικές υψηλότερες μέσες τιμές προσωπικής έντασης, έντασης ρόλου, αποστέρησης ρόλου διαχείριση φροντίδας και επιβάρυνσης σε σχέση με τα άτομα που βλέπουν με αισιοδοξία το μέλλον

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της φυσικής λειτουργικότητας του σωματικού ρόλου του συναισθηματικού ρόλου και της ψυχικής υγείας σχετικά με τον τόπο διαμονής

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της φυσικής λειτουργικότητας σε σχέση με τον τόπο διαμονής. Τα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους παρουσιάζουν τις υψηλότερες μέσες τιμές ακολουθούν τα άτομα που διαμένουν σε χωριό και τα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κατοίκους. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε πόλη<150000 κατοίκους και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη>150000 κατοίκους, και ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε χωριό κωμόπολη και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές του σωματικού ρόλου όπου τα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους παρουσιάζουν τις υψηλότερες μέσες τιμές, ακολουθούν τα άτομα που διαμένουν σε χωριό και τα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κάτοικους. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε πόλη<150000 κατοίκους και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη>150000 κατοίκους.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές του συναισθηματικού ρόλου όπου τα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους παρουσιάζουν τις υψηλότερες τιμές μέσης διάταξης ακολουθούν τα άτομα που διαμένουν σε χωριό και τα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κάτοικους. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε πόλη<150000 κατοίκους και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη>150000 κατοίκους, και ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε χωριό κωμόπολη και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους.

Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές διάταξης γενικής υγείας όπου τα άτομα που διαμένουν σε πόλη <150000 κατοίκους παρουσιάζουν τις υψηλότερες τιμές μέσης διάταξης ακολουθούν τα άτομα που διαμένουν σε χωριό και τα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κάτοικους. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε πόλη<150000 κατοίκους και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη>150000 κατοίκους, και ανάμεσα στα άτομα που διαμένουν σε χωριό κωμόπολη και στα άτομα που διαμένουν σε πόλη >150000 κατοίκους.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της φυσικής λειτουργικότητας όπου υψηλότερες μέσες τιμές σημειώνουν οι άγαμοι, ακολουθούν οι έγγαμοι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι. Συγκεκριμένα οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στους χήρους και τους άγαμους και ανάμεσα στους διαζευγμένους και τους αγάμους.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της φυσικής λειτουργικότητας σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο. Υψηλότερες μέσες τιμές σημειώνουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού, ακολουθούν οι κάτοχοι διδακτορικού, ακολουθούν οι φοιτητές, οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι απόφοιτοι λυκείου και οι απόφοιτοι

γυμνασίου. Πιο συγκεκριμένα οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στους απόφοιτους γυμνασίου και στους φοιτητές, ανάμεσα στους απόφοιτους γυμνασίου και στους κατόχους διδακτορικού, ανάμεσα στους απόφοιτου γυμνασίου και στους κατόχους μεταπτυχιακού.

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές του πόνου ($p=0.018$) σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο. Υψηλότερες μέσες τιμές σημειώνουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού, ακολουθούν οι φοιτητές, οι κάτοχοι διδακτορικού, ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ, οι απόφοιτοι γυμνασίου και οι απόφοιτοι λυκείου. Πιο συγκεκριμένα οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται ανάμεσα στους απόφοιτους λυκείου και στους κατόχους μεταπτυχιακού

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας της προσωπικής έντασης και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας της έντασης ρόλου και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας της αποστέρησης ρόλου και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας της διαχείρισης φροντίδας και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αναζήτησης για υποστήριξη της και της προσωπικής έντασης και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αναζήτησης για υποστήριξη και της έντασης ρόλου και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αναζήτησης για υποστήριξη και της αποστέρησης ρόλου και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αναζήτησης για υποστήριξη και της διαχείρισης φροντίδας και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της προσωπικής έντασης και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της έντασης ρόλου και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της αποστέρησης ρόλου και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση ($r=0.139$) μεταξύ της εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό και της διαχείρισης φροντίδας και στατιστικά μη σημαντική.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αντανάκλασης και της προσωπικής έντασης και στατιστικά σημαντική.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αντανάκλασης και της έντασης ρόλου και στατιστικά σημαντική

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αντανάκλασης και της αποστέρησης ρόλου και στατιστικά σημαντική.

Παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αντανάκλασης και της διαχείρισης φροντίδας και στατιστικά σημαντική.

Μεταξύ της επιβάρυνσης και της πνευματικότητας και θρησκευτικότητας παρατηρείται θετική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της επιβάρυνσης και της αναζήτησης για υποστήριξη παρατηρείται θετική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική.

Μεταξύ της επιβάρυνσης και εμπιστοσύνης σε έναν ανώτερο προσανατολισμό παρατηρείται θετική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της επιβάρυνσης και της αντανάκλασης παρατηρείται θετική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική.

Μεταξύ της φυσικής λειτουργικότητας και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του σωματικού ρόλου και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της πνευματικής ψυχικής υγείας και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του πόνου και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ της γενικής υγείας και της προσωπικής έντασης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της φυσικής λειτουργικότητας και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του σωματικού ρόλου και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική.

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική.

Μεταξύ της πνευματικής ψυχικής υγείας και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του σωματικού πόνου και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση (και στατιστικά σημαντική).

Μεταξύ της γενικής υγείας και της έντασης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο

Μεταξύ της φυσικής λειτουργικότητας και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του σωματικού ρόλου και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική.

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της πνευματικής ψυχικής υγείας και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του πόνου και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της γενικής υγείας και της αποστέρησης ρόλου παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική.

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της διαχείρισης φροντίδας παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του πόνου και της διαχείρισης φροντίδας παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της γενικής υγείας και της διαχείρισης φροντίδας παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της φυσικής λειτουργικότητας και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του σωματικού ρόλου και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01.

Μεταξύ του συναισθηματικού ρόλου και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της πνευματικής ψυχικής υγείας και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ του πόνου και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

Μεταξύ της γενικής υγείας και της επιβάρυνσης παρουσιάζεται αρνητική συσχέτιση και στατιστικά σημαντική

7. Συζήτηση

Όπως αναδείχθηκε μέσα από την παρούσα μελέτη αλλά και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προγενέστερων μελετών η ποιότητα ζωής στην άνοια είναι πολύπλοκη και ότι η απλή αντικατάσταση της γνωστικής λειτουργίας ή της λειτουργίας είναι πιθανό να χάσει σημαντικούς παράγοντες. Το NPI μπορεί να είναι καλύτερος δείκτης για την ποιότητα ζωής από τη γνωστική λειτουργία, αλλά εξακολουθεί να μην αποτελεί μέτρο της ποιότητας ζωής στην άνοια και ακόμη και με όλα τα άλλα μέτρα σε αυτή τη μελέτη αφήνει το 65% της ποιότητας ζωής στην άνοια να εξηγηθεί. Αυτά τα δεδομένα υποστηρίζουν την ανάγκη για δοκιμές θεραπειών στην άνοια να περιλαμβάνουν μέτρα ποιότητας ζωής καθώς και μέτρα διακριτών λειτουργιών όπως η γνώση, η λειτουργία και η συμπεριφορά. Δεδομένα σχετικά με τις επιπτώσεις της άνοιας στην ποιότητα ζωής απλώς δεν είναι διαθέσιμα προς το παρόν και αυτό καθιστά οποιαδήποτε αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των θεραπειών για την άνοια, όπως αυτή που προτείνει η NICE¹²⁶, τουλάχιστον πολύ εικαστική.

Σε άλλες ασθένειες, μπορεί να υπάρχει μια απλή συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και μιας εύκολα μετρήσιμης κλινικής μεταβλητής, όπως ο πόνος ή ο περιορισμός της δραστηριότητας, αλλά αυτό δεν συμβαίνει στην περίπτωση της άνοιας. Η αποτυχία αξιολόγησης της άνοιας με τη χρήση ευρέων μετρήσεων έκβασης, όπως η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, και η εξάρτηση σε μέτρα διακριτών λειτουργιών όπως η γνωστική λειτουργία, θα μπορούσε να οδηγήσει στο να παραλειφθούν τα θετικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων ή να παραλειφθούν πιθανές αρνητικές επιπτώσεις της παρέμβασης.

Περίπου 35,6 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως¹²⁷ συμπεριλαμβανομένων πάνω από 300.000 Αυστραλοί ζουν με άνοια¹²⁸. Παράλληλα με τη γήρανση του πληθυσμού

¹²⁶ National Institute for Clinical Excellence Appraisal consultation document: donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for the treatment of Alzheimer's Disease. NICE: London, 2005

¹²⁷ World Health Organisation. Dementia: a public health priority. Switzerland: World Health Organisation; 2012

¹²⁸ Australian Institute of Health and Welfare. Dementia in Australia. Cat no. AGE 70, Canberra; 2012

αναμένεται ότι ο αριθμός αυτός θα διπλασιάζεται κάθε 2 χρόνια¹²⁹. Τα άτομα με άνοια ζουν στην κοινότητα έως ότου η μείωση της γνωστικής τους ικανότητας, η ταυτόχρονη σωματική έκπτωση και οι αλλαγές στη συμπεριφορά με την πάροδο του χρόνου συχνά σημαίνουν ότι μπορεί να χρειάζονται περισσότερη φροντίδα από ό,τι είναι δυνατόν στο σπίτι και αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να εισέλθουν σε μόνιμη μακροχρόνια φροντίδα.

Αυτή η αναμενόμενη αύξηση στον αριθμό των ατόμων που ζουν με άνοια θα οδηγήσει σε υψηλότερο ποσοστό ατόμων με άνοια που θα ζουν σε μακροχρόνια φροντίδα (LTC) τα επόμενα χρόνια. Υπολογίζεται ότι επί του παρόντος πάνω από το 50% των συμμετεχόντων LTC στην Αυστραλία έχουν άνοια¹³⁰.

Το περιβάλλον LTC της Αυστραλίας έχει βελτιωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες, καθώς οι οίκοι φροντίδας πρέπει να είναι διαπιστευμένοι για να λαμβάνουν επιδοτήσεις της Αυστραλιανής Κυβέρνησης¹³¹ και οι πάροχοι φροντίδας έχουν επίσης ενθαρρυνθεί να εφαρμόζουν προσωποκεντρικές προσεγγίσεις φροντίδας που αντικατοπτρίζουν τη σημασία του σεβασμού της αξιοπρέπειας, την αξία και τα ανθρώπινα δικαιώματα¹³². Παράλληλα με αυτές τις βελτιώσεις στην Αυστραλία, υπήρξε μια παγκόσμια κίνηση προς την κατανόηση της επίδρασης της παροχής περίθαλψης στα άτομα που ζουν με άνοια και την επίδραση της φροντίδας στην ποιότητα ζωής αυτού του πληθυσμού (QOL)¹³³. Η διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής αυτού του πληθυσμού θα πρέπει να είναι επιτακτική ανάγκη, καθώς δεν υπάρχει επί του παρόντος θεραπεία για την άνοια. Αν και οι ορισμοί της ποιότητας ζωής ποικίλλουν, είναι ευρέως αποδεκτό ότι το άτομο με άνοια μπορεί να είναι ο καλύτερος πληροφορητής όταν πρόκειται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής του¹³⁴.

¹²⁹ World Health Organisation. Dementia: a public health priority. Switzerland: World Health Organisation; 2012

¹³⁰ Australian Institute of Health and Welfare. Dementia among aged care residents: first information from the aged care funding instrument. Cat. No. AGE 63, Canberra; 2011.

¹³¹ Australian Government. Aged care act 1997. Canberra; 2014

¹³² Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centred care on resident and staff in aged-care facilities: a systematic review. Clin Ints in Aging. 2012;8:1–10

¹³³ Moyle W, Murfield J, Griffiths S, Venturato L. Assessing quality of life of older people with dementia: a comparison of quantitative self-report and proxy accounts. J Adv Nrs. 2012;68:2237–46

¹³⁴ Moyle W, Gracia N, Murfield J, Griffiths S, Venturato L. Assessing quality of life of older people with dementia in long-term care: a comparison of two self-report and proxy accounts. J Clin Nrs. 2012;21:1632–40

Η ποιότητα ζωής είναι κάτι που έχει ή κατέχει κάποιος και στην περίπτωση παροχής φροντίδας μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ποιότητα ζωής ως σημείο αναφοράς για τη φροντίδα. Η κατανόηση της ποιότητας ζωής από την οπτική γωνία του ατόμου με άνοια μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση του σεβασμού για το άτομο και στη βελτίωση της παροχής φροντίδας.

Η ερευνητική βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι δύσκολη, ιδιαίτερα στα μεταγενέστερα στάδια της άνοιας¹³⁵. Η γνωστική εξασθένηση που επηρεάζει τη μνήμη, την προσοχή, τη γλώσσα και τη διορατικότητα επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να κατανοήσει και να επικοινωνήσει την υποκειμενική του άποψη για την ποιότητα ζωής¹³⁶. Ωστόσο, υπάρχουν πολλά παραδείγματα όπου άτομα με ήπια έως μέτρια άνοια¹³⁷ και ορισμένα με σοβαρή άνοια¹³⁸ μπόρεσαν να δώσουν ουσιαστικές εκτιμήσεις για την ποιότητα ζωής τους. Γνωρίζουμε επίσης ότι τα άτομα με άνοια βαθμολογούν την ποιότητα ζωής τους υψηλότερα από τις αναφορές μεσολάβησης¹³⁹. Η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ του πληρεξούσιου και του ατόμου με άνοια και η αντιληπτή εξάρτηση και ανικανότητα του ατόμου με άνοια είναι παράγοντες που έχουν εντοπιστεί ότι συμβάλλουν στις διαφορές στις αξιολογήσεις μεταξύ πληρεξουσίων και κατοίκων¹⁴⁰. Επιπλέον, πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής περιλαμβάνουν τις σχέσεις, το αίσθημα αξίας στην κοινωνία και τον έλεγχο των πραγμάτων στη ζωή¹⁴¹. Δεν γνωρίζουμε, ωστόσο, τι θα ήθελαν να βελτιώσουν τα άτομα με άνοια στη ζωή τους, ιδιαίτερα όταν ζουν σε LTC. Ούτε γνωρίζουμε για τις

¹³⁵ Moyle W, Murfield J. Health related quality of life in older people with severe dementia: challenges for measurement and management. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2013;13:109–22

¹³⁶ Rabins P, Black B. Measuring quality of life in dementia: purposes, goals, challenges and progress. *Int Psychogeriatr.* 2007;19:401–7.

¹³⁷ Arlt S, Hornung J, Eichenlaub M, Jahn H, Bullinger M, Petersen C. The patient with dementia, the caregiver and the doctor; cognition, depression and quality of life from three perspectives. *Int J of Geriatr Psych.* 2008;23:604–10.

¹³⁸ Hunt CS, Bhattacharyya S, Burns A, Camus V, Liperoti R, Marriott A, et al. Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. *Dem Geriatr Cog Dis.* 2008;26:138–46

¹³⁹ Banerjee S, Samsi K, Petrie CD, Alvir J, Treglia M, Schwam EM, et al. What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on predictive and explanatory value of disease specific measures on health related quality of life in people with dementia. *Int J Geriatr Psych.* 2009;24:15–24.

¹⁴⁰ von Essen L. Proxy ratings of patient quality of life—factors related to patient-proxy agreement. *Acta Oncologica.* 2004;43:229–34

¹⁴¹ Moyle W, Venturato L, Griffiths S, Grimbeek P, McAllister M, Oxlade D, et al. Factors influencing quality of life for people with dementia: a qualitative approach. *Age Ment Hlth.* 2011;15:970–7

στρατηγικές που πρέπει να εφαρμοστούν στο LTC για να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με άνοια μπορούν να βιώσουν τα πράγματα που αντιλαμβάνονται ότι θα κάνουν τη ζωή τους να αξίζει τη ζωή. Ως εκ τούτου, ο στόχος αυτής της εργασίας είναι να κατανοήσει την αντίληψη για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που ζουν με άνοια σε μακροχρόνια φροντίδα και το πιο σημαντικό, τις επιρροές στην ποιότητα ζωής τους και τις στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Επίλογος

Η φροντίδα της πνευματικής μας υγείας είναι εξίσου σημαντική με τη σωματική μας υγεία. Η αντιμετώπιση των καθημερινών προκλήσεων γίνεται ευκολότερη όταν έχουμε μια αποδεδειγμένη πνευματική μέθοδο για να απελευθερωθούμε από τις τοξίνες. Γι' αυτό υπάρχουν διαφορετικοί τύποι πνευματικότητας, ώστε ο καθένας να μπορεί να βρει αυτό που του ταιριάζει καλύτερα. Υπάρχουν επίσης διαφορετικές μέθοδοι για την επίτευξη πνευματικής γαλήνης.

Η πνευματική φροντίδα επιδιώκει να υποστηρίξει την πνευματική ευημερία ατόμων και για την αντιμετώπιση πνευματικών ανησυχιών όπως η απώλεια. Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ο ρόλος της πνευματικής φροντίδας ενισχύεται από την ένταξη στην ανακουφιστική φροντίδα για άτομα με σοβαρή ασθένεια.

Πνευματική φροντίδα στο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να παρέχεται από ιερείς και τυπικά, με πιο περιορισμένους τρόπους, από τους ίδιους τους φροντιστές των ασθενών και μπορεί να διευκολυνθεί από θρησκευτικούς οργανισμούς και το δίκτυο υποστήριξης της οικογένειας. Η πνευματική φροντίδα καλύπτει τις πνευματικές ανάγκες μέσω προσεγγίσεων όπως ενεργητική ακρόαση, παρουσία, προσφορά πυξίδας, τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και την κοινή χρήση προσευχής και διαλογισμού.

Οι πνευματικές ανάγκες για ενήλικες με σοβαρή ασθένεια μπορεί να περιλαμβάνουν την ανάγκη για αίσθηση νοήματος στη ζωή και αίσθηση γαλήνης η οποία διευκολύνεται από την εξωπροσωπική σύνδεση καθώς και από την αίσθηση της πίστης. Οι πνευματικές και οι συναισθηματικές ανάγκες μπορούν να είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Τα άτομα που πάσχουν από ανίατες ασθένειες, όπως η άνοια, είναι πολύ πιθανό να βιώσουν πνευματική δυσφορία που εκδηλώνεται με τα συναισθήματα της καθημερινής θλίψης, του φόβου και της απελπισίας. Η πνευματική δυσφορία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε κακή ψυχική υγεία, μειωμένη ποιότητα ζωής και υψηλότερο κίνδυνο θανάτου. Αυτά τα καταστροφικά αποτελέσματα πιστοποιούν την ανάγκη για καλά ανεπτυγμένες και δοκιμασμένες πνευματικές παρεμβάσεις φροντίδας και η ένταξή τους στα μοντέλα φροντίδας για όσους ζουν με άνοια.

Πολλά άτομα με άνοια θα μπορούσαν να επηρεαστούν από αρνητικά αποτελέσματα ανεκπλήρωτης πνευματικής ανάγκης. Η πρόληψη της πνευματικής δυσφορίας μέσω

παρέμβασης έχει σχέση με τη γνωστική εξασθένηση των ατόμων με άνοια. Η πνευματικότητα δεν έχει τις ρίζες της μόνο στη γνώση αλλά και στο συναίσθημα, τις αισθήσεις, και τη φαντασία, που όλα αυτά διατηρούνται στην άνοια.

Η πνευματικότητα έχει βρεθεί ότι χρησιμεύει ως ένας σημαντικός πόρος για την αντιμετώπιση της άνοιας όπως άλλων σοβαρών ασθενειών. Ως πηγή αντιμετώπισης, η πνευματικότητα μπορεί να υποστηρίξει τα άτομα που ζουν με άνοια να αντλούν δύναμη, να έχουν ελπίδα και να βρίσκουν παρηγοριά.

Βιβλιογραφία

Acton, G. J., & Kang, J. (2021). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 24, 349-360

Acton, G. J., & Winter, M. A. (2022). Interventions for family members caring for an elder with dementia. In J. J. Fitzpatrick, P. G. Archbold, B. J. Stewart, & K. S. Lyons (Eds.), *Annual review of nursing research* (pp. 149-179). New York: Springer.

Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. (2022). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2022;344(7851):1–14.

Akbari M. & Hossaini SM. (2018). The relationship of spiritual health with quality of life, mental health, and burnout: The mediating role of emotional regulation. *Iran J Psychiatry*. 2018;13(1):22-31.

Alzheimer's Association Alzheimer's & Dementia. Disease facts and figures. 4–21, 2012.

Alzheimer's Society. The psychological and emotional impact of dementia. 2022. Ανακτήθηκε 02.05.2023 από: <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/help-dementia-care/understanding-supporting-person-dementia-psychological-emotional-impact>

Andrade C. The prevention and treatment of cognitive decline and dementia: An overview of recent research on experimental treatments. *Indian J Psychiatry* 51: 12–25, 2009.

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (2015). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press.

Arlt S, Hornung J, Eichenlaub M, Jahn H, Bullinger M, Petersen C. The patient with dementia, the caregiver and the doctor; cognition, depression and quality of life from three perspectives. *Int J of Geriatr Psych*. 2008;23:604–10.

Attard, D. J., Ross, D. L., and Weeks, K. (2019). Developing a spiritual care competency framework for pre-registration nurses and midwives. *Nurse Educ. Pract*. 40:102604

Australian Government. Aged care act 1997. Canberra; 2014

Australian Institute of Health and Welfare. Dementia in Australia. Cat no. AGE 70, Canberra; 2012

Baars L, Bleijerveld J, Datawyse B. Predictive value of mild cognitive impairment for dementia. The influence of case definition and age. *Dement Geriatr Cogn Disord* 27: 173–181, 2009

Babbie, E., Wagner III, W.E. and Zaino, J., (2018) *Adventures in social research: Data analysis using IBM® SPSS® Statistics*. Sage Publications.

- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., and Marcoux, G. (2004). Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Can. J. Psychiatry*. 49, 265–271.
- Baldree, K. S., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (2002). Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research*, 31, 109-111.
- Banerjee S, Samsi K, Petrie CD, Alvir J, Treglia M, Schwam EM, et al. What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on predictive and explanatory value of disease specific measures on health related quality of life in people with dementia. *Int J Geriatr Psych*. 2009;24:15–24.
- Beauchamp TL, & Childress JF. (2018). *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2018.
- Beuscher L. & Grando VT. (2009). Using Spirituality to Cope With Early-Stage Alzheimer’s Disease. *West J Nurs Res*. 2009;31(5):583–98.
- Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr K. Screening for dementia, systematic evidence review. *Ann Intern Med* 138: 927–937, 2003.
- Brayne C, Dufouil C, Kurth T, Matthews F, Stephan B. Dementia risk prediction in the population: Are screening models accurate? *Nat Rev Neurol* 6: 318–326, 2010.
- Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centred care on resident and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Ints in Aging*. 2012;8:1–10
- Burns J, Cronk B, Anderson H, Donnelly J, Thomas G, Harsha A, Brooks W, Swerdlow R. Cardiorespiratory fitness and brain atrophy in early Alzheimer disease. *Neurology* 71: 210–216, 2008.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison K., (2008). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο. (Πρωτότυπη δημοσίευση, 2007)
- Collier A, De Bellis A, Hosie A, Dadich A, Symonds T, Prendergast J, et al. (2020). Fundamental care for people with cognitive impairment in the hospital setting: A study combining positive organisational scholarship and video-reflexive ethnography. *J Clin Nurs*. 2020
- Creswell, J. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας*. Αθήνα Έλλην.
- Daly L, McCarron M, Higgins A. & McCallion P. (2013). «Sustaining place»—a grounded theory of how informal carers of people with dementia manage alterations to relationships within their social worlds. *J Clin Nurs*. 2013; 22(3-4): 501- 512.
- Daly L. & Fahey-McCarthy E. (2014). Attending to the spiritual in dementia care nursing. *Br J Nurs*. 2014; 23(14): 787- 791.
- Damiano, R. F., Costa, L. A., Viana, M. T. S. A., Moreira-Almeida, A., Lucchetti, A. L. G., and Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on spirituality, Religion and Health. *Arch. Clin. Psychiatry* 43, 11–16

- Delgado-Guay MO, Chisholm G, Williams J, Frisbee-Hume S, Ferguson AO. & Bruera E. (2016). Frequency, intensity, and correlates of spiritual pain in advanced cancer patients assessed in a supportive/palliative care clinic. *Palliat Support Care*. 2016; 14(4): 341- 348.
- Dilworth-Anderson P, Hendrie H, Manly J, Khachaturian A, Fazio S. Diagnosis and assessment of Alzheimer's disease in diverse populations. *Alzheimers Dement* 4: 305–309, 2008.
- Durepos P, Wickson-Griffiths A. & Hazzan AA (2017). Assessing palliative care content in dementia care guidelines: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 53(4): 804- 813.
- Engel GL. (1997). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*.1977;196(4286):130.
- Forlenza O V. & Vallada H. (2018). Spirituality, health and well-being in the elderly. *Int Psychogeriatrics*. 2018;30(12):1741–2.
- Forsyth E, Ritzline P. An overview of the etiology, diagnosis, and treatment of Alzheimer disease. *Phys Ther* 78: 1325–1331, 1998.
- Gall, T. L., Malette, J., and Guirguis-Younger, M. (2011). Spirituality and religiousness: a diversity of definitions. *J. Spiritual. Ment. Heal*. 13, 158–181
- Gijsberts MJ, van der Steen JT, Muller MT, Hertogh CM. & Deliëns L. (2013). Spiritual end-of-life care in Dutch nursing homes: an ethnographic study. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(9): 679- 684
- Goddard, N. C. (2005). “Spirituality as integrative energy”: A philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 808-815
- Gouva M, Zagorgianakou R, Dragioti E, Paschou A, Kotrotsiou E. (2023). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK. *Interscientific Health Care* (Accepted).
- Grand J, Caspar S, MacDonald S. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *J Multidiscip Healthc* 11: 125–147, 2011.
- Hébert R. et al, Bravo G. & Prévile M. (2000). Reliability, Validity and Reference Values of the Zarit Burden Interview for Assessing Informal Caregivers of Community Dwelling Older Persons with Dementia*. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 19(4), 494–507.
<https://doi.org/10.1017/S0714980800012484>
- Hill, P. C., and Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Am. Psychol*. 58, 64–74.

- Hill, P. C., and Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Psycholog. Relig. Spiritual.*, 3–17
- Hunt CS, Bhattacharyya S, Burns A, Camus V, Liperoti R, Marriott A, et al. Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. *Dem Geriat Cog Dis.* 2008;26:138–46
- Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H. & Loghmani A. (2013). Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Support Care Cancer.* 2013; 21(5): 1219- 1225
- Janhsen A & Woopen C. (2019). Spiritualität und Alter – Spiritualität im Alter. In: Hank K, Schulz-Nieswandt F, Wagner M, Zank S, editors. *Handbuch Alternsforschung.* Baden-Baden: Nomos; 2019. pp. 605–630
- Janhsen A, Golla H, Mantell P, Woopen C. (2019). Transforming spirituality through aging: coping and distress in the search for meaning in very old age. *J Relig Spiritual Aging.* 2019
- Johnson KA. (2018). Prayer: A helpful aid in recovery from depression. *J Relig Health.* 2018;57(6):2290-2300.
- Kaye, J. & Robinson, K. M. (2014). Spirituality among caregivers. *Image,* 26(3), 218-221
- Kita M. & Ito K. (2013). The caregiving process of the family unit caring for a frail older family member at home: A grounded theory study. *Int J Older People Nurs.* 2013;8(2):149–58.
- Koenig HG, King DE. & Carson VB. (2012). *Handbook of Religion and Health.* 2nd ed. Oxford University Press; 2012
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring spirituality in research. *J. Nerv. Ment. Dis.* 196, 349–355
- Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Achaso RH, Cachero GS. & Mohammad MRA. (2016). Filipino Nurses Spirituality and Provision of Spiritual Nursing Care. *Clin Nurs Res.* 2016;25(6):607–25
- Lane, J. A. (1987). The care of the human spirit. *Journal of Professional Nursing,* 3, 332-336
- Lindsay J, Laurin D, Verreault R, Hebert R, Helliwell B, Hill G, McDowell I. Risk factors for Alzheimer's disease: A prospective analysis from the Canadian study of health and aging. *Am J Epidemiol* 156: 445–453, 2002.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., and Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in medical education: global reality? *J. Relig. Health* 51, 3–19
- Manning LK. (2012). Spirituality as a lived experience: Exploring the essence of spirituality for women in late life. *Int J Aging Hum Dev.* 2012;75(2):95-113.

- McCarten J. Recognizing dementia in the clinic: Whom to suspect, whom to test. *Geriatrics* 52: s17–s21, 1997.
- McCullagh C, Craig D, McIlroy S, Passmore A. Risk factors for dementia. *Adv Psychiatr Treat* 7: 24–31, 2001.
- McMahon, BT. & Biggs HC. (2012). Examining spirituality and intrinsic religious orientation as a means of coping with exam anxiety. *Society, Health & Vulnerability*. 2012;3(1).
- Menegatti-Chequini, M. C., Maraldi, E. D. O., Peres, M. F. P., Leão, F. C., and Vallada, H. (2019). How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 41, 58–65
- Miller, E. W. (2015). Strength in the whirlwind. *Journal of Christian Nursing*, 12(4), 7-12
- Mishra, S. K., Togneri, E., Tripathi, B., and Trikamji, B. (2017). Spirituality and religiosity and its role in health and diseases. *J. Relig. Health* 56, 1282–1301
- Moyle W, Gracia N, Murfield J, Griffiths S, Venturato L. Assessing quality of life of older people with dementia in long-term care: a comparison of two self-report and proxy accounts. *J Clin Nrs.* 2012;21:1632–40
- Moyle W, Murfield J, Griffiths S, Venturato L. Assessing quality of life of older people with dementia: a comparison of quantitative self-report and proxy accounts. *J Adv Nrs.* 2012;68:2237–46
- Moyle W, Murfield J. Health related quality of life in older people with severe dementia: challenges for measurement and management. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2013;13:109–22
- Moyle W, Venturato L, Griffiths S, Grimbeek P, McAllister M, Oxlade D, et al. Factors influencing quality of life for people with dementia: a qualitative approach. *Age Ment Hlth.* 2011;15:970–7
- National Alzheimer's and Related Disorders Association. (2018). Caregiver profile. Chicago: National Alzheimer's and Related Disorders Association.
- National Institute for Clinical Excellence Appraisal consultation document: donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for the treatment of Alzheimer's Disease. NICE: London, 2005
- Palmer K, Berger A, Monastero R, Winblad B, Backman L, Fratiglioni L. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology* 68: 1596–1602, 2007.
- Pellegrino ED. (1979). The anatomy of clinical judgments: some notes on right reason and right action. In: Engelhardt HT Jr, Spicker SF, Towers B, eds. *Clinical Judgment: A Critical Appraisal*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Company; 1979:169-194.

- Peng-Keller, S. (2019). Genealogies of spirituality: an historical analysis of a travelling term. *J. Study Spiritual.* 9, 86–98
- Puchalski C, Ferrell B. & Virani R. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med.* 2009; 12(10): 885- 90
- Puchalski CM (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol.* 2012; 23(suppl 3): iii49- iii55
- Rabins P, Black B. Measuring quality of life in dementia: purposes, goals, challenges and progress. *Int Psychogeriatr.* 2007;19:401–7.
- Rathnayake S, Jones C, Calleja P. & Moyle W.(2019). Family carers' perspectives of managing activities of daily living and use of mHealth applications in dementia care: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2019;28(23– 24):4460–70.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health,* 10, 335-344.
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health,* 15, 349-357.
- Richardson S, Hendrie H. Diagnosis, management, and treatment of Alzheimer disease: A guide for the internist. *Arch Intern Med* 159: 789–798, 1999.
- Ritchie K, Ledesert B, Touchon J. Subclinical cognitive impairment: Epidemiology and clinical characteristics. *Compr Psychiatry* 41(Suppl): 61–65, 2000
- Rognstad MK, Nåden D, Ulstein I, Kvaal K, Langhammer B. & Sagbakken M. (2020). Behavioural disturbances in patients with frontotemporal lobe degeneration focusing on caregiver burden at home and in nursing homes. *J Clin Nurs.* 2020;29(9–10):1733–43.
- Salsman JM, Pustejovsky JE. & Jim HSL (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer.* 2015; 121(21): 3769- 3778.
- Salsman JM, Pustejovsky JE. & Jim HSL (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer.* 2015; 121(21): 3769- 3778.
- Scerri A, Innes A. & Scerri C (2015). Discovering what works well: Exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach. *J Clin Nurs.* 2015;24(13–14):1916–25.
- Schwartz SH. (2001). Universals in the content and structure of values: theory and empirical tests in 20 countries. In: Zanna M, editor. *Advances in experimental social psychology.* New York: Academic Press; 2001. pp. 1–65
- Schwartz SH. (2022). An overview of the Schwartz theory of basic values. *Online Read Psychol Cult.* 2022

- Stuart, E. M., Deckro, J. P., & Mandle, C. L. (1989). Spirituality in health and healing: A clinical program. *Holistic Nursing Practice*, 3(3), 35-46
- Toniol, R. (2017). Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico*, 267–299
- Verhey A & Lammers SE, eds. (2021). *Theological Voices in Medical Ethics*. Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans Publishing Company; 2021
- Vinkers D, Stek M, van der Mast R, de Craen A, Le Cessie S, Jolles J, Westendorp R, Gussekloo J. Generalized atherosclerosis, cognitive decline, and depressive symptoms in old age. *Neurology* 65: 107–112, 2005
- von Essen L. Proxy ratings of patient quality of life—factors related to patient-proxy agreement. *Acta Oncologica*. 2004;43:229–34
- Ware JE, Kosinski M, Keller SK. 1994, “Physical and mental health summary scales: A user’s manual”. Boston, The health Institute
- Ware JE, Sheibourne CD. 1992, “The MOS 36 item short form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection”. *Med Care* 30: 473-83.
- Whitehead BR. & Bergeman CS. (2012). Coping with daily stress: Differential role of spiritual experience on daily positive and negative affect. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67(4):456-459.
- Whitehouse P. Genesis of Alzheimer’s disease. *Neurology* 48(Suppl): 2–7, 1997.
- World Health Organisation. *Dementia: a public health priority*. Switzerland: World Health Organisation; 2012
- World Health Organization. *Dementia: number of people affected to triple in next 30 years*. December 7, 2017. Ανακτήθηκε 02.05.2023 από: <https://www.who.int/news/item/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years>
- Wright S, Persad C. Distinguishing between depression and dementia in older adults: Neuropsychological and neuropathological correlates. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 20: 189–198, 2007
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., et al. (1997). Religion and spirituality: unfuzzifying the fuzzy. *J. Sci. Study Relig*. 36, 549
- Δημητρόπουλος X, Ντάγανου Μ. & Αλεξιάς Γ. (2018). Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη. *Respiratory & Internal medicine*. 2018; 49: 31-41
- Κιούλος, Κ.Θ. & Μπεργιαννάκη, Ι.Δ., (2014). Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2014, 31(3), 263-271
- Κοτρώτσιου Ε. & Τζούνης Ε. (2018). Η επίδραση της πνευματικής ζωής στην υγεία του ανθρώπου. *Ειδικό άρθρο. Νοσηλευτική*. 2018;47(4):433–441

Λιόντος Α., Λιάμης Γ. (2014) Η αγγειακή άνοια σε διαβητολογικά θέματα. Ελληνικά διαβητολογικά χρονικά, 4: 221-226.

Μερκούρης ΑΒ. 2008, “Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας”. 1η Έκδοση. Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» - Γ.ΠΑΡΙΚΟΣ & ΣΙΑ Ε.Ε. Αθήνα.

Μούγιας, Α. (2011). Άνοια και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία (Doctoral dissertation), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Ιατρικής. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων)

Παπαγιάννης Α. (2013). Μιλώντας με τον άρρωστο. Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία. Θεσσαλονίκη, University Studio Press; 2013

Παπασταύρου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αλεβιζόπουλος, Γ., Παπακόστας, Σ., Τσαγκάρη, Χ., & Σουρτζή, Π. (2006). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας της επιβάρυνσης (Zarit burden interview) σε Ελληνοκυπρίους φροντιστές ασθενών με άνοια. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 45 (4), 439-449.

Τσολάκη, Μ., & Κάζης, Α. (2005). Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση. University City Press

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Σύμπραξη Τμημάτων
Ιατρικής & Νοσηλευτικής

Ιωάννινα, 22/02/2023

ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Προς Παν Ενδιαφερόμενο,

Στην υπ' αριθ. 3^η Συνέλευση της Επιτροπής Προγράμματος Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων που συνεδρίασε στις 22/02/2023 **ενέκρινε** το Πρωτόκολλο Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας της φοιτήτριας **ΓΚΑΜΠΡΑΝΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ** με τίτλο **«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ»** και με Επιβλέπων Καθηγητή την κ. ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ.

Εκ μέρους της Επιτροπής
Προγράμματος Σπουδών
του (Δ)Π.Μ.Σ.

Νοσηλευτική Φροντίδα

Δρ. Στέφανος
Μαντζούκας Αν
Καθηγητής



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ	ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΓΚΑΜΠΡΑΝΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ	ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ

1. Ενδεικτικός Τίτλος:

«Ο ρόλος της πνευματικότητας και η σχέση της με την επιβάρυνση των συγγενών ασθενών με άνοια».

1. Σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Η πνευματικότητα αποτελεί έναν όρο ευρύ και πολυδιάστατο. Η κατανόησή της ως όρου εξαρτάται από το ποιος την ερευνά και το υπόβαθρο που αυτός έχει. Πολύ συχνά συγχέεται με την έννοια της θρησκευτικότητας αλλά και με την έννοια της ευεξίας και των θετικών συναισθημάτων γενικότερα. Τις τελευταίες δεκαετίες, όμως έχει γίνει συνειδητή προσπάθεια να αποκοπεί ο όρος και η σημασία του από αυτήν της θρησκευτικότητας και πλέον μπορεί να ειπωθεί ότι η πνευματικότητα αντιμετωπίζεται ως κάτι διακριτό από την θρησκευτικότητα. Παρόλα αυτά, αρκετοί ερευνητές εξακολουθούν να χρησιμοποιούν τους δύο όρους ως συνώνυμους αν και δεν είναι (deBritoSenaetal., 2021; Giannouli&Giannoulis, 2020).

Ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός της πνευματικότητας δεν έχει καταστεί δυνατό να

διατυπωθεί μέχρι σήμερα. Οι σχετικοί ορισμοί συνήθως περιλαμβάνουν διάφορα χαρακτηριστικά της (όπως η αξία, η σύνδεση με τον εαυτό αλλά και με τους υπόλοιπους ανθρώπους, το Θεό ή γενικά μία ανώτερη δύναμη· η υπέρβαση· το γίνεσθαι, που σχετίζεται με την πρόοδο στη ζωή) και διάφορες διαστάσεις της (όπως η ερμηνεία της ζωής, η σύνδεση, τα πιστεύω και οι εμπειρίες του ατόμου, οι πνευματικές αισθήσεις κ.α.) (deBritoSenaetal., 2021; Ghaderietal., 2018).

Η πνευματικότητα που διαθέτουν οι ασθενείς φαίνεται να σχετίζεται με ένα πλήθος θετικών συνεπειών για τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται ότι συνδέεται με καλύτερη σωματική, ψυχική υγεία και κοινωνική υγεία, με μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, με μειωμένη ανησυχία, άγχος και επικράτηση της κατάθλιψης αλλά και του αυτοκτονικού ιδεασμού, με μειωμένο χρόνο νοσηλείας, με αυξημένη συμμόρφωση στη θεραπεία και γενικά με καλύτερη διαχείριση της νόσου (deBritoSenaetal., 2021; McCordetal., 2004; Seid&Eneyew, 2022).

Η άνοια είναι μία νόσος τα ποσοστά της οποίας αυξάνονται συνεχώς και η οποία δεν μπορεί ούτε να προληφθεί ούτε να θεραπευθεί. Αποτελεί προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία καθώς αναμένεται μέχρι το 2050 να υπάρχουν 152 εκατομμύρια άνθρωποι που θα υποφέρουν από αυτή. Η διάγνωση της άνοιας συνήθως προκαλεί στους ασθενείς μία ευρεία γκάμα συναισθηματικών αντιδράσεων που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων το θυμό, την κατάθλιψη, το φόβο, το άγχος, την απελπισία κ.α. (Brittetal., 2022).

Η νόσος συνήθως δεν διαγιγνώσκεται εύκολα στα πρώιμα στάδια. Ακόμα και όταν διαγνωστεί όμως είναι πιθανό η οικογένεια να μην είναι έτοιμη να συζητήσει για παρηγορητική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της πνευματικής φροντίδας (Baumgardner&Mayo, 2021). Η άνοια βλάπτει σταδιακά το γνωστικό και λειτουργικό επίπεδο του ατόμου. Αυτή η μείωση της γνωστικής ικανότητας καθιστά συχνά απαραίτητοι ασθενείς να εξαρτώνται από άλλους προκειμένου να υποστηριχθεί η ταυτότητά τους και η πνευματική τους ευεξία. Αυτοί που παρέχουν φροντίδα είναι συνήθως τα μέλη της οικογένειας και η παροχή αυτή επηρεάζει σημαντικά την σωματική και πνευματική τους υγεία. Στα τελευταία μάλιστα στάδια της νόσου η επίδραση αυτή γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη (Baumgardner&Mayo, 2021; Brittetal., 2022).

Αν και τα μέλη της οικογένειας συνήθως επιλέγουν για διάφορους λόγους να φροντίσουν οι ίδιοι ένα αγαπημένο τους πρόσωπο με άνοια, γεγονός παραμένει ότι συχνά δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένα για το βαρύ φορτίο που συνεπάγεται αυτή τους η απόφαση. Τα

άτομα αυτά συνήθως αναφέρουν αυξημένο φόρτο, απομόνωση από τα συστήματα υποστήριξης, κατάθλιψη, αίσθημα μοναξιάς, αίσθημα ότι η φροντίδα τους αποσπά κάθε ώρα της ημέρας και τους απομονώνει από την υπόλοιπη οικογένεια και το φιλικό τους περιβάλλον. Η διαχείριση του στρες λοιπόν είναι εξαιρετικά σημαντική για αυτήν την ομάδα του πληθυσμού. Είναι συνεπώς επιτακτική ανάγκη να κατανοηθεί καλύτερα η εμπειρία που βιώνει η συγκεκριμένη ομάδα ατόμων προκειμένου να καταστεί εφικτό να υποστηριχθούν με το σωστό τρόπο (Baumgardner&Mayo, 2021; Britttetal., 2022).

Η πνευματικότητα φαίνεται ότι μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εμπειρία που έχουν οι φροντιστές αλλά και στην υποστήριξη των προσπάθειών που κάνουν για τη φροντίδα των αγαπημένων τους καθώς και στην αποτελεσματικότητα που έχουν οι ενέργειές τους. Οι φροντιστές μπορεί συχνά να βρεθούν σε μία κατάσταση συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ η πνευματικότητα τους βοηθά συνήθως να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις (Giannouli&Giannoulis, 2020).

2. Σκοπός και Στόχοι:

Γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο ρόλος που έχει η πνευματικότητα στους ασθενείς με άνοια, και η σχέση που έχει με την επιβάρυνση που υφίστανται οι συγγενείς των ασθενών αυτών. Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι να διαπιστωθεί αν οι πνευματικές ανάγκες των φροντιστών αλλά και των ίδιων των ασθενών με άνοια ικανοποιούνται. Τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν τα εξής:

- Ποια έννοια δίνουν οι ασθενείς και οι φροντιστές των ασθενών με άνοια στον όρο πνευματικότητα;
- Ποιες πνευματικές ανάγκες έχουν οι ασθενείς με άνοια και οι φροντιστές τους;
- Ικανοποιούνται οι πνευματικές ανάγκες των ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους;
- Ποια είναι η επίδραση της πνευματικότητας στους ασθενείς με άνοια και στους φροντιστές τους;

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός:

Η παρούσα ερευνητική μελέτη θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» και θα διαρκέσει από τον Ιανουάριο

του 2023 έως τον Ιούνιο του 2023.

Το δείγμα της έρευνας θα είναι συγγενείς ασθενών με άνοια. Οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν για τους στόχους και το σκοπό της μελέτης και θα τους δοθούν οι απαραίτητες διαβεβαιώσεις για την τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων τους.

Οι συμμετέχοντες θα κληθούν να συμπληρώσουν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αυτού θα συλλέγει κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία, δηλαδή ηλικία, επάγγελμα, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο κτλ. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου θα περιέχει ερωτήσεις σχετιζόμενες με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την πνευματικότητα, τις πνευματικές ανάγκες των ιδίων αλλά και των αγαπημένων τους προσώπων που φροντίζουν, με το αν οι ανάγκες τους αυτές ικανοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό και με την επίδραση που έχει η ικανοποίηση ή μη αυτών των αναγκών.

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτημένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

2.Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) (Ware 1992).

3.Κλίμακα Μέτρησης Επιβάρυνσης (TheZaritBurdenInterview)

Η κλίμακα της επιβάρυνσης (ΚΕ) αποτελείται από 22 ερωτήσεις, 22 σημεία/δηλώσεις που αντανακλούν τα συναισθήματα των ατόμων τα οποία φροντίζουν ηλικιωμένους με

άνοια. Η επιβάρυνση αποτελείται από τέσσερις διαστάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν όλες τις ερωτήσεις: Την ένταση του ρόλου, την προσωπική ένταση, την αποστέρηση σχέσεων και τη διαχείριση της φροντίδας. Η κλίμακα μέτρησης επιβάρυνσης μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε

σε ελληνικό πληθυσμό από την Παπασταύρου και συν. (2006).

4. Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με την κλίμακα SpREUK-sf-10 του Bussing. Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις : α) Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {for Support /Access}), β) Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό}(Trust {in Higher Guidance / Source}) και γ) Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας} (Reflection {Positive Interpretation of Disease}). Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού από τους Gounaetal. (2017).

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα:

Η συγκεκριμένη μελέτη αναμένεται να ρίξει φως στην επίδραση που έχει η πνευματικότητα στους φροντιστές ασθενών με άνοια, ένα ζήτημα που δεν έχει ερευνηθεί ιδιαίτερα ικανοποιητικά. Επιπλέον, αναμένεται να δείξει την ύπαρξη ή την ανυπαρξία πνευματικής φροντίδας σε αυτό το ευαίσθητο τμήμα του πληθυσμού στα πλαίσια ενός ελληνικού ιδρύματος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

5. Χρονοδιάγραμμα:

Ιανουάριος 2023 – Φεβρουάριος 2023: Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και συγγραφή του θεωρητικού μέρους της μελέτης.

Φεβρουάριος 2023: Συλλογή ερωτηματολογίων.

Μάρτιος 2023: Στατιστική επεξεργασία δεδομένων ερωτηματολογίων.

Απρίλιος 2023 – Μάιος 2023: Συγγραφή του ερευνητικού μέρους της μελέτης.

Ιούνιος 2023: Ολοκλήρωση της μελέτης και δημιουργία παρουσίασης.

6. Κόστος συμμετοχής:

Οι συμμετέχοντες δεν θα λάβουν καμία αμοιβή για τη συμμετοχή τους.

Δεν υφίσταται κάποια σύγκρουση συμφερόντων.

7. Βιβλιογραφικές Αναφορές:

1. Britt, K.C., Kwak, J., Acton, G., Richards, K.C., Hamilton, J. & Radhakrishnan, K. (2022). Measures of religion and spirituality in dementia: An integrative review. *Alzheimer's & Dementia*, 8(1), e12352. <https://doi.org/10.1002/trc2.12352>
2. Baumgardner, M.L. & Mayo, A.M. (2021). The lived experience of spiritual well being amongst family caregivers of persons with dementia on palliative care. *Geriatric Nursing*, 42(1), 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.11.005>
3. de Brito Sena, M.A., Damiano, R.F., Lucchetti, G. & Peres, M.F.P., (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers of Psychology*, 12:756080. doi: 10.3389/fpsyg.2021.756080.
4. Ghaderi, A., Tabatabaei, S.M., Nedjat, S., Javadi, M. & Larijani, B., (2018). Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 11:3. eCollection
5. Giannouli, V. & Giannoulis, K. (2020). Gazing at Medusa: Alzheimer's dementia through the lenses of spirituality and religion. *Health Psychology Research*, 8(1), 8833. doi: [10.4081/hpr.2020.8833](https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8833)
6. Gouva M, Zagorgianakou R, Dragioti E, Paschou A, Kotrotsiou E. (2023). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK. *Interscientific Health Care* (Accepted).
7. McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, K.E., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, D.O., Weldy, D.L., Amorn, M., Carter, M.A., Deak, A.J., Hefzy, H. & Srivastava, M., (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine*, 2(4), pp. 356-361.
8. Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of advanced nursing*, 58(5), 446-457.
9. Seid, K. & Eneyew, M., (2022). Nurse's spiritual care perception in Ethiopia: A multicenter cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*, 10:20503121221104436. doi: 10.1177/20503121221104436.
10. Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 20(6), 649-655.
11. Zarit, S., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease:*

Families under stress. NYU Press.

12. Παπασταύρου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αλεβιζόπουλος, Γ., Παπακώστας, Σ., Τσαγκάρη, Χ., & Σουρτζή, Π. (2006). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας της επιβάρυνσης (Zaritburdeninterview) σε Ελληνοκυπρίους φροντιστές ασθενών με άνοια. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 45 (4), 439-449.

Υπογραφή φοιτήτριας

Υπογραφή επιβλέπουσας

Ημερομηνία: 12/1/2023



ΕΝΗΜΕΡΗΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΓΙΑΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλοςτηςέρευνας: Ο Ρόλος της Πνευματικότητας και η σχέση της με την επιβάρυνση των συγγενών των ασθενών με άνοια.

**Παρακαλώ
σημαδέψτε**

ΌνομαΜεταπτυχιακήςΦοιτήτριας-ερευνήτριας: Αθανασία Γκαμπράνη

1. Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις γραπτές πληροφορίες αναφορικά με την παραπάνω έρευνα που μου έδωσε ο παραπάνω ερευνητής. Επίσης, βεβαιώνω ότι είχα την ευκαιρία να μελετήσω αυτές τις πληροφορίες, να ρωτήσω οποιαδήποτε απορία είχα και όλες οι απορίες μου έχουν επαρκώς απαντηθεί.

2. Κατανώ ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω από αυτή οποιαδήποτε στιγμή, δίχως να λογοδοτήσω και δίχως να έχω καμία συνέπεια στα δικαιώματά μου.

3. Κατανώ ότι μπορώ σε οποιαδήποτε στιγμή να ζητήσω να έχω πρόσβαση σε όποιες πληροφορίες παράσχω και μπορώ να απαιτήσω την καταστροφή των πληροφοριών που έχω παράσχει αν το επιθυμώ.

4. Κατανώ ότι η ταυτότητα μου δεν θα γίνει φανερή ή δεν θα είμαι αναγνωρίσιμος/η σε κανένα κείμενο που θα προκύψει από την παραπάνω έρευνα και θα παραχθεί από τον παραπάνω ερευνητή.

5. Αποδέχομαι ότι η συμμετοχή μου στην παραπάνω έρευνα είναι εθελούσια και βεβαιώνω ότι οποιοδήποτε ρίσκο το οποίο συνδέεται με την παραπάνω έρευνα έχω πλήρως εξηγηθεί σε μένα.

6. Συμφωνώ να συμμετέχω στην παραπάνω έρευνα.

7. Συμφωνώ να καταγραφούν οι απαντήσεις μου και να χρησιμοποιηθούν στην παραπάνω έρευνα.

Όνοματεπώνυμο Συμμετέχοντα στην έρευνα: Ανώνυμο

Ημ/νια:

Υπογραφή: _____

Όνοματεπώνυμο Ερευνητή: Αθανασία Γκαμπράνη Ημ/νια: _____

Υπογραφή: _____

Ενημερωτικό Υπόμνημα για Συμμετοχή σε Έρευνα

Γενικές Πληροφορίες

1. **Τίτλος εργασίας:** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ.....
2. **Πρόσκληση:** Με το παρόν έγγραφο προσκαλείστε να συμμετάσχετε σε ερευνητική εργασία ως συμμετέχοντες. Πριν αποφασίσετε τη συμμετοχή σας είναι σημαντικό να έχετε κατανοήσει για ποιο λόγο διεξάγεται η παρούσα εργασία και τι διαδικασίες εμπереύχει και σας αφορούν. Παρακαλώ διαβάσετε τις παρακάτω πληροφορίες με προσοχή και παρακαλώ μη διστάσετε να με ρωτήσετε αν χρειάζεστε περισσότερες λεπτομέρειες ή αν τυχόν δεν κατανοείτε οτιδήποτε. Παρακαλώ επιτρέψτε μας να κάνουμε απόλυτα σαφές ότι δεν είστε υποχρεωμένοι να συμμετάσχετε στην προτεινόμενη έρευνα και σας προτρέπουμε να συμφωνήσετε να συμμετάσχετε, μόνο αν το επιθυμείτε.
3. **Ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας:** Γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο ρόλος που έχει η πνευματικότητα στους ασθενείς με άνοια, και η σχέση που έχει με την επιβάρυνση που υφίστανται οι συγγενείς των ασθενών αυτών. Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι να διαπιστωθεί αν οι πνευματικές ανάγκες των φροντιστών αλλά και των ίδιων των ασθενών με άνοια ικανοποιούνται.
4. **Γιατί επιλεχθήκατε εσείς να συμμετάσχετε στην έρευνα:** Ο λόγος που κληθήκατε να συμμετέχετε στην έρευνα είναι γιατί φροντίζετε ασθενή με άνοια και δεν είστε μόνον εσείς, απευθύνθηκα και σε άλλους σαν κι εσάς να συμμετέχουν στην έρευνα.
5. **Είμαι υποχρεωμένος/η να συμμετέχω στην έρευνα:** Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελούσια και όχι υποχρεωτική, μπορείτε να αποσυρθείτε από τη συμμετοχή σας στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή και δίχως καμία συνέπεια και ότι η εθελούσια συμμετοχή σας, θα δώσει σημαντικές πληροφορίες που θα βοηθήσουν στη βελτίωση του ζητήματος που ερευνώ.
6. **Τι θα συμβεί, αν συμμετάσχω στην έρευνα:** Θα σας δοθεί να συμπληρώσετε, ένα ερωτηματολόγιο, θα περιλαμβάνει ερωτήσεις και εσείς θα επιλέγετε τις απαντήσεις που σας αφορούν. Αυτό γίνεται στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας, του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών, που φέρει τον τίτλο Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων. Θα χρειαστούμε λιγότερο από μια ώρα για όλη την διαδικασία και να σας ενημερώσω πως δεν φέρετε καμία ευθύνη για το αποτέλεσμα.
7. **Θα πληρωθώ:** Δεν υπάρχει αμοιβή.
8. **Υπάρχει κάποιος κίνδυνος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα:** Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος, αφού είναι απλή ανταλλαγή απόψεων και ότι σε περίπτωση που κάποια στιγμή νοιώσετε άβολα λόγω της συνέντευξης θα διακοπεί άμεσα η ερευνητική διαδικασία, δίχως καμία συνέπεια για τον συμμετέχοντα.
9. **Ποιο το όφελος από τη συμμετοχή μου στην έρευνα:** Το όφελος είναι η ευκαιρία να μοιραστείτε την εμπειρία σας, ώστε να προταθούν βελτιώσεις, ότι θα συμμετέχετε σε μια ερευνητική διαδικασία και θα αποκτήσετε την αντίληψη πως διενεργείται μια έρευνα ... και ότι άλλο εσείς μπορεί να θεωρήσετε όφελος.
10. **Αν επιθυμώ να κάνω παράπονα για δυσάρεστο γεγονός κατά την ερευνητική διαδικασία:** Μπορείτε να εκφράσετε οτιδήποτε παράπονο ή επίσημη κατηγορία στον ίδιο τον ερευνητή, αν αυτό δεν σας ικανοποιήσει μπορείτε να απευθυνθείτε στον Επόπτη Καθηγητή του μεταπτυχιακού ερευνητή (Δρ. Στέφανος Μαντζούκας, τηλ. 2651050787, email: smantzoukas@uoi.gr), αν και αυτό δεν σας ικανοποιήσει, μπορείτε να απευθυνθείτε στη Διοίκηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος .

- 11 Θα υπάρξει εμπιστευτικότητα και ανωνυμία:** Όλα θα είναι ανώνυμα, ότι οι μόνοι που θα έχουν πρόσβαση στα δεδομένα είστε εσείς, ο επόπτης καθηγητής και η επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημίου, αν χρειαστεί. Τα δεδομένα μετά το πέρας μιας 5ετίας θα καταστραφούν. Τα δεδομένα που θα μου δώσετε στην έρευνα δεν θα χρησιμοποιηθούν για άλλο σκοπό παρά μόνο για αυτόν που αναφέρονται στο παρόν ενημερωτικό υπόμνημα. Τέλος, σε περίπτωση που διαπιστωθούν ποινικά κολάσιμες πράξεις κατά τη συλλογή των δεδομένων, μόνο τότε θα αρθεί η ανωνυμία
- 12 Τι θα συμβεί στα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τα συλλεχθέντα δεδομένα:** Τα αποτελέσματα από τα συλλεχθέντα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν για να συγγραφεί η Διπλωματική Μεταπτυχιακή εργασία μου, ότι δυνητικά μπορούν να δημοσιευθούν σε Εθνικά και Διεθνή επιστημονικά περιοδικά και ότι μπορεί να παρουσιασθούν σε επιστημονικά Συνέδρια.
- 13 Τι θα συμβεί αν διακόψω τη συμμετοχή σε κάποιο σημείο της έρευνας:** Μπορείτε να διακόψετε σε οποιοδήποτε σημείο της ερευνητικής διαδικασίας, χωρίς να λογοδοτήσετε και δίχως να έχετε καμία συνέπεια. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέχρι το σημείο αποχώρησης αν συμφωνείτε, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάλυση της έρευνας, αν δεν το επιθυμείτε θα καταστραφούν και δεν θα χρησιμοποιηθούν
- 14 Με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω αν χρειάζομαι περισσότερες πληροφορίες:** Μπορείτε να επικοινωνήσετε για περισσότερες πληροφορίες με τον ίδιο τον ερευνητή (Αθανασία Γκαμπράνη), τηλ: 6971894989, email: soulagabrani1973@gmail.com), αν σε εκείνη την εξαιρετική περίπτωση δεν ικανοποιηθείτε από τον ίδιο τον ερευνητή μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Επόπτη Καθηγητή του μεταπτυχιακού ερευνητή (Δρ. Στέφανος Μαντζούκας, τηλ. 2651050787, email: smantzoukas@uoi.gr),

Θερμές ευχαριστίες για το χρόνο και τον κόπο να διαβάστε το παρόν ενημερωτικό υπόμνημα. Ελπίζω να αποφασίσετε να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Με εκτίμηση

Αθανασία Γκαμπράνη, ΠΕ Νοσηλεύτρια