



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ
ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΤΟΥΣ»**

Βιργινία Τσάνου

Αριθμός μητρώου:122

Επιβλέπων καθηγητής: Κουράκος Μιχαήλ

Ιούνιος 2025

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων, που απονέμει το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

"Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε κάτω από τους διεθνείς ηθικούς και ακαδημαϊκούς κανόνες δεοντολογίας και προστασίας της πνευματικής ιδιοκτησίας. Σύμφωνα με τους κανόνες αυτούς, δεν έχω προβεί σε ιδιοποίηση ξένου επιστημονικού έργου και έχω πλήρως αναφέρει τις πηγές που χρησιμοποίησα στην εργασία αυτή."

Τσάνου Βιργινία

Εγκρίθηκε από τριμελή επιτροπή

1) Δρ. Μιχαήλ Κουράκος

2) Δρ. Μαίρη Γκούβα

3) Δρ. Ελπινίκη Λαΐου

Περίληψη

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια που απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα, κυρίως από άτυπους φροντιστές, όπως μέλη της οικογένειας. Η φροντίδα αυτή συχνά επιβαρύνει ψυχολογικά τους φροντιστές, οδηγώντας σε αυξημένα επίπεδα άγχους και μοναξιάς, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την αυτοφροντίδα τους και την ποιότητα ζωής τους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αυτοφροντίδας των άτυπων φροντιστών ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και των επιπέδων άγχους και μοναξιάς που βιώνουν. Πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική έρευνα. Το δείγμα αποτέλεσαν 60 συμμετέχοντες από τον γενικό πληθυσμό και 60 φροντιστές που βρίσκονται στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Συγκεντρώθηκαν δημογραφικά στοιχεία και αξιολογήθηκαν με ειδικές κλίμακες για την αυτοφροντίδα, το άγχος (STAI) και τη μοναξιά (ESLS-GR). Χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές αναλύσεις, συμπεριλαμβανομένων συσχετίσεων και πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, καθώς και μη παραμετρικών τεστ (Kruskal–Wallis) για τη σύγκριση ομάδων.

Οι φροντιστές παρουσίασαν μέτρια επίπεδα άγχους και μοναξιάς, με την αυτοφροντίδα να διατηρείται σε σχετικά υψηλά επίπεδα. Παρατηρήθηκαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ αυτοφροντίδας και άγχους–μοναξιάς, ενώ το άγχος και η μοναξιά συσχετίστηκαν θετικά μεταξύ τους. Σημαντικές διαφορές υπήρξαν ανάλογα με την ηλικία, την εκπαίδευση και τη συχνότητα φροντίδας. Η πολλαπλή παλινδρόμηση έδειξε ότι η αύξηση άγχους και μοναξιάς σχετίζεται με μείωση της αυτοφροντίδας, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα.

Προκύπτει το συμπέρασμα πως η ψυχολογική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών μέσω άγχους και μοναξιάς μπορεί να μειώσει την αυτοφροντίδα τους. Η αναγνώριση και η υποστήριξη των φροντιστών είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης και της ποιότητας της φροντίδας που παρέχουν.

Λέξεις-κλειδιά: Αυτοφροντίδα, άτυποι φροντιστές, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, άγχος, μοναξιά, ψυχολογική επιβάρυνση

Abstract

End-stage renal disease is a serious disease that requires long-term care, mainly from informal caregivers, such as family members. This care often places a psychological burden on caregivers, leading to increased levels of anxiety and loneliness, which may affect their self-care and quality of life.

The aim of this study is to investigate the relationship between the self-care of informal caregivers of patients with end-stage renal disease and the levels of anxiety and loneliness they experience. A quantitative study was conducted. The sample consisted of 60 participants from the general population and 60 caregivers who are at the General University Hospital of Ioannina. Demographic data were collected and assessed with specific scales for self-care, anxiety (STAI) and loneliness (ESLS-GR). Statistical analyses, including correlations and multiple linear regression, as well as non-parametric tests (Kruskal–Wallis) were used to compare groups.

Caregivers presented moderate levels of anxiety and loneliness, with self-care being maintained at relatively high levels. Negative correlations were observed between self-care and anxiety-loneliness, while anxiety and loneliness were positively correlated with each other. Significant differences were observed depending on age, education and frequency of caregiving. Multiple regression showed that an increase in anxiety and loneliness is associated with a decrease in self-care, but without statistical significance.

It is concluded that the psychological burden of informal caregivers through anxiety and loneliness can reduce their self-care. Recognition and support of caregivers is essential to improve their psychological state and the quality of care they provide.

Keywords: Self-care, informal caregivers, chronic renal failure, anxiety, loneliness, psychological burden

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	iv
Abstract	v
Ευρετήριο Πινάκων.....	viii
Ευρετήριο Γραφημάτων	x
Ευχαριστίες	xi
1. Εισαγωγή.....	1
2. Στόχος και σκοποί της εργασίας	4
2.1 Ερευνητική ερώτηση	4
2.2 Αιτιολόγηση/ σκεπτικό της εργασίας	5
2.3 Αναστοχασμός.....	6
3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	7
3.1 Το υπόβαθρο του θέματος.....	7
3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση	8
3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.....	10
3.4 Το ερευνητικό κενό.....	13
4. Σχεδιασμός της Έρευνας.....	15
4.1 Επιστημολογία.....	15
4.2 Μεθοδολογία.....	16
4.3 Δειγματοληπτική τεχνική	17
4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος.....	20
4.5 Περιγραφή του δείγματος.....	21
4.6 Περιγραφή του χώρου.....	21
4.7 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων	23
4.8 Ηθική της έρευνας.....	25
4.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	26
Κεφ. 5: Αποτελέσματα της έρευνας.....	29
5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών.....	29
5.1.1 Δημογραφικά στοιχεία φροντιστών	29
5.1.2 Κλίμακα Αυτοφροντίδας, Νοήματος Ζωής και Μοναξιάς	50
5.1.3 STAI	53
5.1.4 Κλίμακα Συναισθηματικής και Κοινωνικής Μοναξιάς - έκδοση του GR..	56
5.1.5 Στατιστική ανάλυση	57
5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων.....	63
6. Συζήτηση	67

6.1	Συζήτηση των αποτελεσμάτων	67
6.2	Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας.....	69
6.3	Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	71
7.	Συμπεράσματα	74
	Βιβλιογραφία.....	75
	Παράρτημα.....	81
	Ερευνητικό Πρωτόκολλο	81
	Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	88
	Άδεια διεξαγωγής της έρευνας	95

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1 Επιστημονικά άρθρα μετά την τελική επιλογή	11
Πίνακας 2 Πίνακας συχνотήτων για το φύλο	29
Πίνακας 3 Πίνακας συχνотήτων για την ηλικία	29
Πίνακας 4 Πίνακας συχνотήτων για την οικογενειακή κατάσταση	30
Πίνακας 5 Πίνακας συχνотήτων για τον τόπο καταγωγής	30
Πίνακας 6 Πίνακας συχνотήτων για την ύπαρξη αδερφών	31
Πίνακας 7 Πίνακας συχνотήτων για τον αριθμό των αδερφών	31
Πίνακας 8 Πίνακας συχνотήτων για τη σειρά γέννησης	32
Πίνακας 9 Πίνακας συχνотήτων για την ύπαρξη παιδιών	32
Πίνακας 10 Πίνακας συχνотήτων για τον αριθμό παιδιών	32
Πίνακας 11 Πίνακας συχνотήτων για το επίπεδο εκπαίδευσης	33
Πίνακας 12 Πίνακας συχνотήτων για το επάγγελμα	33
Πίνακας 13 Πίνακας συχνотήτων για το συγγενή που φροντίζεται	34
Πίνακας 14 Πίνακας συχνотήτων για τη διάρκεια φροντίδας	34
Πίνακας 15 Πίνακας συχνотήτων για τις ώρες ανά ημέρα που φροντίζεται του ασθενή	35
Πίνακας 16 Πίνακας συχνотήτων για τις ημέρες ανά εβδομάδα φροντίδας του ασθενή	36
Πίνακας 17 Πίνακας συχνотήτων για το μοίρασμα της φροντίδας	36
Πίνακας 18 Πίνακας συχνотήτων για το άτομο που μοιράζεται τη φροντίδα	37
Πίνακας 19 Πίνακας συχνотήτων για το είδος ασθένειας	37
Πίνακας 20 Πίνακας συχνотήτων για το αν μιλάει ο ασθενής	38
Πίνακας 21 Πίνακας συχνотήτων για το αν περπατάει ο ασθενής	38
Πίνακας 22 Πίνακας συχνотήτων για το αν αυτοεξυπηρετείται ο ασθενής	38
Πίνακας 23 Πίνακας συχνотήτων για το αν νοιώθει ευγνωμοσύνη ο ασθενής	38
Πίνακας 24 Πίνακας συχνотήτων για το αν ο ασθενής καταλαβαίνει τον κόπο του φροντιστή	39
Πίνακας 25 Πίνακας συχνотήτων για το αν ο φροντιστής είναι αισιόδοξος για το μέλλον ...	39
Πίνακας 26 Πίνακας συχνотήτων για την ηλικία	39
Πίνακας 27 Πίνακας συχνотήτων για το φύλο	40
Πίνακας 28 Πίνακας συχνотήτων για την οικογενειακή κατάσταση	40

Πίνακας 29 Πίνακας συχνοτήτων για τον τόπο καταγωγής	41
Πίνακας 30 Πίνακας συχνοτήτων για την ύπαρξη αδερφών.....	41
Πίνακας 31 Πίνακας συχνοτήτων για τον αριθμό αδερφών	41
Πίνακας 32 Πίνακας συχνοτήτων για τη σειρά γέννησης	42
Πίνακας 33 Πίνακας συχνοτήτων για την ύπαρξη παιδιών	42
Πίνακας 34 Πίνακας συχνοτήτων για το πλήθος παιδιών.....	42
Πίνακας 35 Πίνακας συχνοτήτων για το εκπαιδευτικό επίπεδο	43
Πίνακας 36 Πίνακας συχνοτήτων για την επαγγελματική κατάσταση	43
Πίνακας 37 Πίνακας συχνοτήτων για το συγγενή που φροντίζεται.....	44
Πίνακας 38 Πίνακας συχνοτήτων για τη διάρκεια φροντίδας	44
Πίνακας 39 Πίνακας συχνοτήτων για τις ώρες/ημέρα φροντίδας.....	45
Πίνακας 40 Πίνακας συχνοτήτων για τις ημέρες/εβδομάδα φροντίδας	46
Πίνακας 41 Πίνακας συχνοτήτων για το αν μοιράζεται η φροντίδα του ασθενή	47
Πίνακας 42 Πίνακας συχνοτήτων για το άτομο με το οποίο μοιράζεται η φροντίδα του ασθενή.....	47
Πίνακας 43 Πίνακας συχνοτήτων για το είδος ασθένειας	48
Πίνακας 44 Πίνακας συχνοτήτων για την ικανότητα ομιλίας.....	48
Πίνακας 45 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής περπατάει	48
Πίνακας 46 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής αυτοεξυπηρετείται	49
Πίνακας 47 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής νιώθει ευγνωμοσύνη.....	49
Πίνακας 48 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής καταλαβαίνει τον κόπο	49
Πίνακας 49 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο φροντιστής είναι αισιόδοξος για το μέλλον ...	50
Πίνακας 50 Πίνακας συσχετίσεων των κλιμάκων.....	58
Πίνακας 51 Παλινδρόμηση της αυτοφροντίδας απέναντι στο άγχος και στην κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά	59
Πίνακας 52 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner.....	60
Πίνακας 53 Πίνακας συσχετίσεων των κλιμάκων.....	61
Πίνακας 54 Πίνακας συσχετίσεων των κλιμάκων.....	62
Πίνακας 55 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner.....	63

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την ηλικία.....	30
Γράφημα 2 Ιστόγραμμα συχνοτήτων των ωρών που αφιερώνουν ημερησίως οι συμμετέχοντες για τη φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση	35
Γράφημα 3 Πίτα συχνοτήτων για την ηλικία.....	40
Γράφημα 4 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τον αριθμό ωρών που αφιερώνουν ημερησίως οι συμμετέχοντες για τη φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση	46
Γράφημα 5 Ραβδόγραμμα για τους Μ.Ο. του συνόλου των απαντήσεων σε κάθε υποκλίμακα αυτοφροντίδας.....	50
Γράφημα 6 Ιστόγραμμα για τους Μ.Ο. των υποκλιμάκων της κλίμακας αυτοφροντίδας, νοήματος ζωής και μοναξιάς.....	51
Γράφημα 7 Ραβδόγραμμα για τους Μ.Ο. του συνόλου των απαντήσεων σε κάθε υποκλίμακα αυτοφροντίδας	52
Γράφημα 8 Ιστόγραμμα για τους Μ.Ο. των υποκλιμάκων της κλίμακας αυτοφροντίδας, νοήματος ζωής και μοναξιάς.....	52
Γράφημα 9 Ιστόγραμμα Μ.Ο. για την υποκλίμακα άγχος ως κατάσταση.....	53
Γράφημα 10 Ιστόγραμμα Μ.Ο. για την υποκλίμακα άγχος ως χαρακτηριστικό	54
Γράφημα 11 Ιστόγραμμα Μ.Ο. για την υποκλίμακα άγχος ως κατάσταση	55
Γράφημα 12 Ιστόγραμμα Μ.Ο. για την υποκλίμακα άγχος ως χαρακτηριστικό	55
Γράφημα 13 Ιστόγραμμα Μ.Ο. για την κλίμακα κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά.....	56
Γράφημα 14 Ιστόγραμμα Μ.Ο. για την κλίμακα κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά.....	57

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Κουράκο Μιχαήλ για την καθοδήγηση και την υποστήριξη που μου παρείχε σε όλη τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου που ήταν δίπλα μου σε όλη την προσπάθεια συγγραφής αυτής της εργασίας.

1. Εισαγωγή

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (XNA-TΣ / End Stage Kidney Disease, ESKD) αποτελεί μια σοβαρή, μη αναστρέψιμη μορφή νεφρικής δυσλειτουργίας που απαιτεί διαρκή ιατρική φροντίδα και υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας, είτε μέσω αιμοκάθαρσης είτε με μεταμόσχευση. Η νόσος αυτή έχει σημαντικές επιπτώσεις όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους άτυπους φροντιστές τους, οι οποίοι συχνά είναι μέλη της οικογένειας.

Ο επιπολασμός της χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN) αυξάνεται σταθερά, κυρίως εξαιτίας της ραγδαίας εξάπλωσης παραγόντων κινδύνου, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία. Παγκοσμίως, η XNN αφορά το 11–13,4% του γενικού πληθυσμού, καθιστώντας την ένα από τα πιο διαδεδομένα χρόνια νοσήματα (Hill et al., 2016). Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, η XNN εξελίσσεται σε τελικό στάδιο, κατά το οποίο οι νεφροί αδυνατούν να καλύψουν τις βασικές λειτουργίες του οργανισμού.

Οι ασθενείς με ESKD συχνά αδυνατούν να ανταποκριθούν πλήρως στις απαιτήσεις αυτοφροντίδας και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από άτυπους φροντιστές. Οι φροντιστές αυτοί αναλαμβάνουν σημαντικά καθήκοντα, όπως η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, η τήρηση διατροφικών οδηγιών και η παρουσία στις τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης (Hoang, Green & Bonner, 2018). Ο ρόλος τους συνοδεύεται συχνά από ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση, που εκδηλώνεται με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και μειωμένης ποιότητας ζωής (Etters, Goodall & Harrison, 2008).

Το βάρος του φροντιστή ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα επηρεάζει αρνητικά τη συναισθηματική και σωματική υγεία, την κοινωνική ζωή και την οικονομική κατάσταση του φροντιστή (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). Παράγοντες που συνδέονται με αυτή την επιβάρυνση περιλαμβάνουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών και των ασθενών, τη συννοσηρότητα, τη διάρκεια φροντίδας και το είδος της θεραπείας (Oyegbile & Brysiewicz, 2017; Rodrigue, 2010). Σύμφωνα με τους Gerogianni et al. (2019), υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ψυχολογικών καταστάσεων των ασθενών και των φροντιστών τους,

γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για εξατομικευμένη αξιολόγηση και στοχευμένες παρεμβάσεις.

Πρόσφατες μελέτες υπογραμμίζουν ότι οι φροντιστές αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης, ιδιαίτερα όταν η φροντίδα παρέχεται για μακροχρόνιο διάστημα χωρίς επαρκή κοινωνική και επαγγελματική υποστήριξη (Matthews et al., 2024). Η χρήση έγκυρων ψυχομετρικών εργαλείων, όπως το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), συμβάλλει στην αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης (Zigmond & Snaith, 1983). Παράλληλα, η βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι οι άνδρες φροντιστές ενδέχεται να εμφανίζουν εντονότερες ψυχολογικές αντιδράσεις λόγω συγκρούσεων μεταξύ επαγγελματικών και οικογενειακών ρόλων (Williams et al., 2016).

Η ανάγκη για ολοκληρωμένα προγράμματα υποστήριξης, βασισμένα σε θεωρητικά μοντέλα και αποτελεσματικές παρεμβάσεις (π.χ. συμβουλευτική, εκπαίδευση, κοινωνική δικτύωση), είναι πλέον επιτακτική (McGuigan et al., 2024). Επιπλέον, η διερεύνηση παραγόντων όπως τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, η μορφή θεραπείας (αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή κάθαρση), η διάρκεια της φροντίδας και η σχέση με τον ασθενή είναι απαραίτητη για τη δημιουργία στοχευμένων παρεμβάσεων (Alshammari et al., 2021; Chiao, Wu & Hsiao, 2015).

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην ψυχολογική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ασθενών με ESKD, διερευνώντας τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και τους παράγοντες που τα επηρεάζουν. Στόχος είναι η συμβολή στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των φροντιστών και η παροχή τεκμηριωμένων προτάσεων για τη βελτίωση της υποστήριξής τους στο πλαίσιο της ελληνικής πραγματικότητας. (τι πρόκειται να ακολουθήσει στα επόμενα κεφάλαια).

Η εργασία οργανώνεται σε επτά κεφάλαια. Μετά την εισαγωγή, στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζεται ο βασικός στόχος της μελέτης, διατυπώνεται η ερευνητική ερώτηση και αναλύεται το σκεπτικό της επιλογής του θέματος, ενώ περιλαμβάνεται και προσωπικός αναστοχασμός της ερευνήτριας. Στο κεφάλαιο 3 ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία περιλαμβάνει το θεωρητικό υπόβαθρο του θέματος, συστηματική ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας, κριτική αξιολόγηση των ευρημάτων και εντοπισμό του ερευνητικού κενού. Το κεφάλαιο 4 εστιάζει στον σχεδιασμό της έρευνας και περιγράφει την επιστημολογική και μεθοδολογική προσέγγιση, τη δειγματοληψία, τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, τον χώρο της μελέτης, καθώς και τα ηθικά ζητήματα και τον τρόπο ανάλυσης των δεδομένων. Στο

κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας με βάση τις θεματικές ενότητες ή τα στατιστικά ευρήματα. Το κεφάλαιο 6 περιλαμβάνει τη συζήτηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τη βιβλιογραφία, την αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας και προτάσεις για μελλοντικές εφαρμογές. Τέλος, στο κεφάλαιο 7 συνοψίζονται τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας

2. Στόχος και σκοποί της εργασίας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογήσει τα επίπεδα αυτοφροντίδας, άγχους και μοναξιάς σε άτυπους φροντιστές ασθενών με ESKD που υποβάλλονται σε τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης και να εξετάσει τους παράγοντες που συνδέονται με την ψυχοσωματική τους υγεία.

Οι επιμέρους στόχοι είναι:

1. Να μετρηθούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε άτυπους φροντιστές ασθενών με ESKD.
2. Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του χρόνου φροντίδας και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης.
3. Να αξιολογηθεί η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία των φροντιστών.

2.1 Ερευνητική ερώτηση

Ένα πλαίσιο ερωτήσεων παρέχει μια δομή που μπορεί να βοηθήσει στον ορισμό ενός σαφούς ερευνητικού ερωτήματος όσον αφορά τον πληθυσμό, την παρέμβαση ή το φαινόμενο ενδιαφέροντος, τις συγκρίσεις, τα περιβάλλοντα, ή τα αποτελέσματα. Τα συνηθισμένα πλαίσια περιλαμβάνουν τα PICO, SPIDER και SPICE.

Το εργαλείο αναζήτησης Πληθυσμού, Παρέμβασης, Σύγκρισης, Αποτελεσμάτων και Σχεδιασμού Μελέτης PICO είναι το καταλληλότερο εργαλείο στρατηγικής αναζήτησης για κλινικά και παρεμβατικά ερευνητικά ερωτήματα μιας ποσοτικής έρευνας, από το SPIDER ή το SPICE που χρησιμοποιούνται συχνότερα για ποιοτικές μελέτες.

Αφού η παρούσα εργασία είναι ποσοτική και αφορά συσχέτιση μεταβλητών, η τεχνική PICO είναι πιο κατάλληλη:

P (Population): Άτυποι φροντιστές ασθενών με ESKD που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

I (Intervention/Exposure): Φροντίδα ασθενών, χρόνος φροντίδας, κοινωνική υποστήριξη.

C (Comparison): Δεν υπάρχει άμεση σύγκριση ομάδων (εξετάζεται εσωτερική συσχέτιση μεταβλητών).

Ο (Outcome): Επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αυτοφροντίδας, μοναξιάς, ψυχοσωματικής υγείας.

Η ερευνητική ερώτηση της παρούσας εργασίας, διαμορφωμένη με βάση την τεχνική PICO, είναι η εξής:

Ποια είναι τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και μοναξιάς σε άτυπους φροντιστές ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ESKD) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και πώς σχετίζονται με τον χρόνο φροντίδας, την αυτοφροντίδα και την κοινωνική υποστήριξη;

Η ερώτηση αυτή αποσκοπεί στην κατανόηση της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης των φροντιστών, λαμβάνοντας υπόψη κρίσιμους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία και την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του ρόλου τους.

2.2 Αιτιολόγηση/ σκεπτικό της εργασίας

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (ESKD) αποτελεί μια ιδιαίτερα επιβαρυντική πάθηση, όχι μόνο για τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και για τα άτομα που αναλαμβάνουν τη φροντίδα τους – συνήθως συγγενείς ή φίλοι χωρίς επίσημη εκπαίδευση, γνωστοί ως άτυποι φροντιστές. Αν και σε διεθνές επίπεδο η διερεύνηση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων της φροντίδας έχει αναγνωριστεί ως κρίσιμος τομέας μελέτης, στην ελληνική βιβλιογραφία τα δεδομένα παραμένουν εξαιρετικά περιορισμένα.

Απουσιάζουν συστηματικές έρευνες που να εξετάζουν το άγχος, την κατάθλιψη, την αίσθηση μοναξιάς και τα επίπεδα αυτοφροντίδας των φροντιστών ασθενών με ESKD.

Η παρούσα εργασία στοχεύει στην κάλυψη αυτού του κενού, με μια μεθοδολογικά ισχυρή προσέγγιση που περιλαμβάνει τη συλλογή δεδομένων τόσο από το νοσοκομειακό περιβάλλον όσο και από την κοινότητα. Η διευρυμένη αυτή προσέγγιση επιτρέπει την καταγραφή εμπειριών και δυσκολιών των φροντιστών σε διαφορετικά πλαίσια φροντίδας - εντός και εκτός νοσοκομείου - και ενισχύει τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων.

Επιπλέον, οι άτυποι φροντιστές συχνά αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια, όπως έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, πληροφόρησης και πρόσβασης σε ψυχολογικές παρεμβάσεις. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική και σωματική τους υγεία, όπως ο χρόνος φροντίδας και η ύπαρξη υποστήριξης από το

περιβάλλον, είναι καθοριστική για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης και υποστήριξης.

Η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να προσφέρει εμπειρικά δεδομένα που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από επαγγελματίες υγείας, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και φορείς χάραξης πολιτικής, ώστε να αναπτυχθούν στοχευμένα προγράμματα στήριξης των φροντιστών και να αναβαθμιστεί συνολικά η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς με ESKD.

2.3 Αναστοχασμός

Η επιλογή του συγκεκριμένου ερευνητικού θέματος δεν ήταν τυχαία. Προέκυψε μέσα από προσωπικές εμπειρίες και προβληματισμούς που ανέκυψαν κατά την επαγγελματική μου πορεία στον χώρο της νοσηλευτικής. Κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής μου σε νεφρολογικές μονάδες, ήρθα συχνά σε επαφή με άτυπους φροντιστές ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση. Παρατήρησα ότι, παρά την κομβική τους συμβολή στη φροντίδα των ασθενών, οι ίδιοι συχνά αγνοούνται από το υγειονομικό σύστημα. Φαινόταν να αντιμετωπίζουν σημαντική ψυχική επιβάρυνση, χωρίς ωστόσο να λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη ή αναγνώριση.

Αυτό το επαναλαμβανόμενο μοτίβο με ευαισθητοποίησε ιδιαίτερα και με ώθησε να εστιάσω την ερευνητική μου προσπάθεια σε αυτή την υποεκπροσωπούμενη ομάδα. Ως νοσηλεύτρια, θεωρώ χρέος μου να υποστηρίζω όχι μόνο τους ασθενείς, αλλά και το υποστηρικτικό τους περιβάλλον, που συχνά καλείται να διαχειριστεί μια μακροχρόνια, εξουθενωτική διαδικασία.

Η παρούσα έρευνα μου δίνει τη δυνατότητα να συμβάλω, έστω και σε μικρό βαθμό, στην κατανόηση και ανάδειξη των αναγκών των φροντιστών, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ίδιων όσο και των ασθενών που φροντίζουν. Ελπίζω τα ευρήματα αυτής της εργασίας να αποτελέσουν έναυσμα για περαιτέρω δράσεις, παρεμβάσεις και πολιτικές υποστήριξης των άτυπων φροντιστών στον ελληνικό χώρο.

3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Το υπόβαθρο του θέματος

Η νεφρική νόσος τελικού σταδίου (End-Stage Kidney Disease – ESKD) αποτελεί ένα χρόνια και προοδευτικά επιδεινούμενο νόσημα με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των άτυπων φροντιστών τους. Σύμφωνα με τη Μελέτη Παγκόσμιας Επιβάρυνσης των Νοσημάτων, το 2019 εκτιμάται ότι περίπου 17,3 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως έπασχαν από χρόνια νεφρική νόσο (XNN) λόγω σπειραματονεφρίτιδας, με προβλεπόμενη αύξηση στα 18,6 εκατομμύρια μέχρι το 2030 (Hu et al., 2023). Η αιμοκάθαρση, ως βασική θεραπευτική προσέγγιση σε περιπτώσεις ΤΣΝ, συνδέεται με σημαντική ψυχική επιβάρυνση, αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και κοινωνικής απομόνωσης.

Η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με ESKD έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κρίσιμης σημασίας για τη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας. Μελέτες όπως αυτή των Lyrakos et al. (2021) καταδεικνύουν ότι η ενσωμάτωση ψυχολογικών παρεμβάσεων συμβάλλει καθοριστικά στη μείωση των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού στους ασθενείς. Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη έχει συνδεθεί με καλύτερα αποτελέσματα ψυχικής υγείας, όπως προκύπτει και από τη μελέτη των Ratti et al. (2017), καθώς και από πιο πρόσφατες εργασίες (Shdaifat, Abu-Sneineh & Ibrahim, 2024).

Ωστόσο, παρότι ο αντίκτυπος της αιμοκάθαρσης στον ασθενή έχει μελετηθεί εκτενώς, η διερεύνηση της ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών παραμένει σε μεγάλο βαθμό παραμελημένη, ιδιαίτερα στον ελληνικό χώρο. Οι φροντιστές ασθενών με ESKD αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις: συναισθηματική κόπωση, απώλεια ελευθερίας, σωματική εξάντληση, κοινωνική απομόνωση και συχνά δυσλειτουργία στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Pereira et al., 2017; Tong, Sainsbury & Craig, 2008). Η επιβάρυνση αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία, ενώ το φύλο φαίνεται επίσης να παίζει ρόλο, καθώς οι γυναίκες φροντιστές παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική ευαλωτότητα λόγω της πολλαπλότητας των ρόλων που αναλαμβάνουν (Caputo, Pavalko & Hardy, 2016; Sajadi, Ebadi & Moradian, 2017).

Σύμφωνα με την Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία (2023), περίπου 1 εκατομμύριο Έλληνες (δηλαδή το 10% του ενήλικου πληθυσμού) πάσχουν από κάποια μορφή χρόνιας νεφρικής νόσου (XNN). Από αυτούς, περίπου 12.000 άτομα βρίσκονται σε εξωνεφρική κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) και άλλοι 3.000 έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού. Επιπλέον, η XNN κατατάσσεται στις 8 κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο αναμένεται να ανέλθει στην 5η θέση έως το 2040 (GBD 2019, WHO).

Αξιοσημείωτο είναι ότι η προσοχή του υγειονομικού προσωπικού επικεντρώνεται συχνά στα βιοϊατρικά δεδομένα της αιμοκάθαρσης και στα τεχνικά ζητήματα της διαδικασίας, παραγνωρίζοντας τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους. Η παραμέληση της ψυχικής επιβάρυνσης των φροντιστών έχει ως συνέπεια την επιδείνωση της δικής τους ποιότητας ζωής και, έμμεσα, τη μείωση της αποτελεσματικότητάς τους στον ρόλο της φροντίδας (Firoz et al., 2015; Gerogianni et al., 2019).

Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ολοένα και περισσότερο την ανάγκη για ανάπτυξη στοχευμένων υποστηρικτικών παρεμβάσεων προς άτυπους φροντιστές ασθενών με ESKD. Σύμφωνα με τους Matthews et al. (2024), η παρατεταμένη έκθεση στις απαιτήσεις της φροντίδας χωρίς επαρκή υποστήριξη μπορεί να οδηγήσει σε έντονη επιβάρυνση, μειώνοντας τη σωματική και ψυχική ευεξία των φροντιστών.

Συνεπώς, η παρούσα ερευνητική εργασία αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς απαντά σε ένα υπαρκτό και υπομελετημένο πρόβλημα. Φιλοδοξεί να προσφέρει νέες γνώσεις για το επίπεδο αυτοφροντίδας, άγχους και μοναξιάς στους άτυπους φροντιστές ασθενών με ESKD στην Ελλάδα, καλύπτοντας ένα σημαντικό ερευνητικό κενό και υποστηρίζοντας την ανάπτυξη μελλοντικών παρεμβάσεων.

3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση διεξήχθη με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al., 2010), προκειμένου να εντοπιστούν και να αξιολογηθούν ποσοτικές μελέτες που διερευνούν τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα σε άτυπους φροντιστές ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESKD).

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις διεθνώς αναγνωρισμένες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων:

MEDLINE (μέσω PubMed), Google scholar, Scopus, PsycINFO.

Η ημερομηνία τελευταίας αναζήτησης ορίστηκε η 31^η Μαΐου 2025, χωρίς χρονικούς ή γλωσσικούς περιορισμούς.

Οι όροι αναζήτησης αναπτύχθηκαν και επαληθεύτηκαν από την ερευνήτρια, χρησιμοποιώντας κατάλληλες λέξεις-κλειδιά, Medical Subject Headings (MeSH), και Boolean τελεστές (AND, OR). Ενδεικτικά, περιελάμβαναν τους εξής συνδυασμούς:

«End-stage renal disease» OR «Chronic kidney disease» OR «Hemodialysis»
«Informal caregivers» OR «Family caregivers» «Depression» OR «Anxiety» OR
«Psychological stress» OR «Caregiver burden» OR «Mental health» AND
«Quantitative» OR «RCT» OR «Intervention» OR «Quality of life», «επιβάρυνση φροντιστή», «καταπόνηση φροντιστή», «άγχος φροντιστή», «νεφρική νόσος τελικού σταδίου», «νεφρική ανεπάρκεια», «συστηματική ανασκόπηση». Από την αρχική αναζήτηση ανακτήθηκαν 82 άρθρα. Μετά την αφαίρεση διπλοτύπων και τον πρώτο έλεγχο τίτλου/περιλήψεων, επιλέχθηκαν 64 άρθρα για πλήρη ανάγνωση. Από αυτά, 12 άρθρα πληρούσαν πλήρως τα κριτήρια ένταξης και χρησιμοποιήθηκαν για την τελική σύνθεση της ανασκόπησης.

Τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού βασίστηκαν στο πλαίσιο PICOS:

P (Population): Ενήλικοι άτυποι φροντιστές ασθενών με προχωρημένες ή τελικού σταδίου χρόνιες παθήσεις ($\geq 50\%$ του δείγματος να αφορά ESKD).

I (Intervention): Παρεμβάσεις ή αξιολογήσεις που αφορούν την ψυχική/ψυχοκοινωνική κατάσταση των φροντιστών (π.χ. ποιότητα ζωής, άγχος, κατάθλιψη, στρες, αυτοαποτελεσματικότητα).

C (Comparison): Δεν απαιτείται απαραίτητα ομάδα σύγκρισης, αρκεί η ύπαρξη προ- και μετά- μέτρησης.

O (Outcomes): Ποσοτικά δεδομένα που μετρούν ψυχολογικά αποτελέσματα σε φροντιστές, όπως καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα, ή επιβάρυνση φροντιστή (π.χ. caregiver burden).

S (Study Design): Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (RCTs), ποσοτικές, ημιπειραματικές έρευνες, και μη τυχαιοποιημένες έρευνες με προ- και μετά- μέτρηση.

Εξαιρούνται:

- Έρευνες που αφορούσαν αποκλειστικά τους ασθενείς χωρίς μέτρηση αποτελεσμάτων στους φροντιστές.

- Έρευνες με φροντιστές παιδιών ή φροντιστές σε κακοήθεις νόσους.
- Έρευνες ποιοτικού χαρακτήρα χωρίς ποσοτικά αποτελέσματα.
- Διατριβές, πρωτόκολλα, περιπτωσιολογικές μελέτες ή δημοσιεύσεις με ελλιπή δεδομένα.

Από την τελική επιλογή, 10 άρθρα συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Αυτά προέρχονταν κυρίως από χώρες με ανεπτυγμένα υγειονομικά συστήματα (ΗΠΑ, Καναδάς, Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστραλία) και περιέγραφαν παρεμβάσεις ή παρατηρητικές μελέτες για την ψυχολογική επιβάρυνση και υποστήριξη των φροντιστών ασθενών με ESKD.

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Η ανάλυση των επιλεγμένων άρθρων επικεντρώνεται σε δύο βασικούς άξονες:

(α) το θεματικό τους περιεχόμενο σε σχέση με τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των άτυπων φροντιστών ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESKD), και

(β) τη μεθοδολογική ποιότητα και αξιοπιστία της κάθε μελέτης. Τα άρθρα καλύπτουν τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές προσεγγίσεις, ενώ ορισμένα αποτελούν συστηματικές ανασκοπήσεις με έμφαση σε παρεμβάσεις υποστήριξης.

Οι έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι άτυποι φροντιστές ασθενών με ESKD βιώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, κυρίως με τη μορφή άγχους, κατάθλιψης, συναισθηματικής εξάντλησης και κοινωνικής απομόνωσης. Συγκεκριμένα:

Οι Shdaifat et al. (2024) συγκρίνουν την ποιότητα ζωής και την ψυχολογική δυσφορία ασθενών υπό αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση, αναδεικνύοντας την επίδραση της θεραπείας και στο περιβάλλον τους, συμπεριλαμβανομένων των φροντιστών. Στην έρευνά τους οι Gerogianni et al. (2019) εξετάζουν άμεσα τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς και τους φροντιστές τους, καταλήγοντας ότι οι φροντιστές εμφανίζουν συχνά ίση ή και μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση. Σε μια ποιοτική έρευνα, οι Matthews et al. (2024) αναδεικνύουν τα ανεκπλήρωτα συναισθηματικά και πρακτικά αιτήματα των φροντιστών, ενισχύοντας την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις. Στο ίδιο πλαίσιο, οι Alshammari et al. (2021) και McGuigan et al. (2024) καταγράφουν συστηματικά παράγοντες που σχετίζονται με το βάρος του φροντιστή και αξιολογούν την αποτελεσματικότητα υποστηρικτικών

παρεμβάσεων, όπως συμβουλευτική ή εκπαιδευτικά προγράμματα. Οι Williams et al. (2016) επικεντρώνονται στους άνδρες φροντιστές, μια υποεκπροσωπούμενη ομάδα, και αναδεικνύουν τις ιδιαίτερες κοινωνικο-πολιτισμικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν (Πίνακας 1).

Πίνακας 1 Επιστημονικά άρθρα μετά την τελική επιλογή

Συγγραφέας	Έτος	Τύπος Μελέτης	Δείγμα	Εργαλεία Μέτρησης	Κύρια Ευρήματα
Shdaifat et al.	2024	Ποσοτική	Ασθενείς ESKD (HD & TX)	STAI, HADS	Υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία σε αιμοκαθαιρόμενους· επηρεάζονται και οι φροντιστές
Gerogianni et al.	2019	Ποσοτική	144 ζεύγη ασθενών & φροντιστών	HADS	Υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε φροντιστές, συσχέτιση με του ασθενείς
Matthews et al.	2024	Ποιοτική	20 φροντιστές	Συνεντεύξεις (θεματική ανάλυση)	Ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, ανεπαρκής προετοιμασία φροντιστών
McGuigan et al.	2024	Συστηματική ανασκόπηση	34 μελέτες	-	Οι παρεμβάσεις μειώνουν άγχος και επιβάρυνση, αλλά υπάρχει ανομοιογένεια
Alshammari et al.	2021	Συστηματική ανασκόπηση	18 μελέτες	-	Καθοριστικοί παράγοντες επιβάρυνσης: χρόνος φροντίδας, οικονομικό κόστος, φύλο
Williams et al.	2016	Αφηγηματική ανασκόπηση	-	-	Έλλειψη έρευνας για άνδρες φροντιστές· κοινωνικά στερεότυπα περιορίζουν την υποστήριξη
Zigmond & Snaith	1983	Εργαλείο αξιολόγησης	-	HADS	Χρησιμοποιείται ευρέως για άγχος/κατάθλιψη σε φροντιστές
Spielberger et al.	1971 & 1988	Εργαλεία αξιολόγησης	-	STAI, STAXI	Εκτενής χρήση σε ψυχολογικές μελέτες για μέτρηση άγχους και θυμού
Κιλic & Kahraman	2025	Ποσοτική	Ηλικιωμένοι	Ερωτηματολόγια Ποιότητας Ζωής	Εμπειρική συσχέτιση αυτοφροντίδας, ικανοποίησης και

					μοναξιάς
Gouva et al.	2025	Ανάπτυξη εργαλείου	-	Κλίμακες Αυτοφροντίδας & Μοναξιάς	Εργαλεία υπό δημοσίευση, επικεντρώνονται στην τρίτη ηλικία

Ωστόσο, σε ορισμένες έρευνες διαπιστώνεται: (α) περιορισμένο μέγεθος δείγματος (ειδικά σε ποιοτικές προσεγγίσεις όπως των Matthews et al., 2024), (β) απουσία ομάδας ελέγχου ή προ- και μετά- μέτρησης, περιορίζοντας την ικανότητα αιτιολογικής εξαγωγής συμπερασμάτων, (γ) ετερογένεια στον τρόπο εφαρμογής των παρεμβάσεων, που καθιστά δύσκολη τη συγκριτική αξιολόγηση.

Η πλειοψηφία των άρθρων ακολουθεί σαφές ερευνητικό πρωτόκολλο και αξιοποιεί τυποποιημένα εργαλεία μέτρησης, όπως:

1. HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983)
2. STAI – State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1971)
3. STAXI – State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1988)

Η χρήση αυτών των εργαλείων ενισχύει την εγκυρότητα και αξιοπιστία των ποσοτικών ευρημάτων.

Τα άρθρα που αναλύθηκαν συμβάλλουν ουσιαστικά στην κατανόηση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών παραμέτρων που επηρεάζουν τους φροντιστές ασθενών με ESKD.

Υπογραμμίζουν την ανάγκη για:

1. Στοχευμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις
2. Συστηματική εκπαίδευση και ενδυνάμωση των φροντιστών
3. Αναγνώριση των διαφορών ανά φύλο, ηλικία και κοινωνικό υπόβαθρο

Η επιστημονική τεκμηρίωση των προβλημάτων και των αναγκών των φροντιστών ενισχύει τη σκοπιμότητα της παρούσας έρευνας, η οποία αποσκοπεί στην ποσοτική διερεύνηση του επιπέδου άγχους, κατάθλιψης, επιβάρυνσης και ποιότητας ζωής στους συγκεκριμένους φροντιστές.

3.4 Το ερευνητικό κενό

Από την κριτική ανασκόπηση των παραπάνω άρθρων διαπιστώνεται ότι, αν και έχουν γίνει σημαντικά βήματα στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στους άτυπους φροντιστές ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESKD), εξακολουθούν να υπάρχουν ουσιώδη ερευνητικά κενά που δικαιολογούν την παρούσα μελέτη.

1. Έλλειψη ποσοτικών δεδομένων για φροντιστές στην ελληνική πραγματικότητα

Η πλειοψηφία των υφιστάμενων ποσοτικών μελετών (π.χ. Gerogianni et al., 2019) βασίζεται σε περιορισμένο δείγμα ή εστιάζει περισσότερο στον ασθενή και λιγότερο στο φροντιστή ως ξεχωριστή μονάδα με δικές του ανάγκες. Επιπλέον, τα δεδομένα από τον ελλαδικό χώρο είναι περιορισμένα, ενώ απουσιάζει συστηματική αξιολόγηση ψυχοκοινωνικών μεταβλητών σε φροντιστές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, την ψυχική υγεία και τη μοναξιά τους.

2. Εστίαση σε ποιοτικά δεδομένα ή αφηγηματικές ανασκοπήσεις

Αρκετές έρευνες (π.χ. Matthews et al., 2024, Williams et al., 2016) χρησιμοποιούν ποιοτικές μεθόδους που παρέχουν βάθος, αλλά δεν επιτρέπουν γενίκευση των ευρημάτων ή συγκριτική ανάλυση μεταξύ υποομάδων (π.χ. φύλο φροντιστή, χρόνος φροντίδας). Επίσης, τα δεδομένα αυτά σπανίως υποστηρίζονται με στατιστική τεκμηρίωση.

3. Περιορισμένη χρήση καινούριων ή εστιασμένων ψυχομετρικών εργαλείων

Στη βιβλιογραφία γίνεται συχνά χρήση γενικών εργαλείων (όπως HADS, STAI), όμως απουσιάζει η ενσωμάτωση ειδικών εργαλείων αξιολόγησης αυτοφροντίδας και μοναξιάς, όπως αυτά που αναπτύσσονται πρόσφατα (π.χ. Gouna et al., 2025). Αυτό περιορίζει τη δυνατότητα πιο λεπτομερούς ψυχοκοινωνικής αποτίμησης των φροντιστών.

4. Υποεκπροσώπηση ανδρών φροντιστών και ηλικιωμένων

Η μελέτη των Williams et al. (2016) επισημαίνει την ανυπαρξία στοχευμένης έρευνας για άνδρες φροντιστές, οι οποίοι ενδέχεται να βιώνουν το βάρος της φροντίδας διαφορετικά, με αυξημένες κοινωνικές και συναισθηματικές δυσκολίες. Ομοίως, ηλικιωμένοι φροντιστές εμφανίζονται με αυξημένη ευαλωτότητα, αλλά δεν αποτελούν πρωτεύοντα εστιακό πληθυσμό στις περισσότερες μελέτες.

Η παρούσα εργασία επιδιώκει να καλύψει αυτό το ερευνητικό κενό μέσω: (α) της ποσοτικής αποτύπωσης των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης, επιβάρυνσης και ποιότητας ζωής των άτυπων φροντιστών ασθενών με ESKD στην Ελλάδα, (β) της εφαρμογής νέων ή πρόσφατα επικαιροποιημένων εργαλείων που εστιάζουν στην αυτοφροντίδα και τη μοναξιά και (γ) της ανάδειξης διαφορών ανάλογα με το φύλο, την ηλικία ή τη διάρκεια φροντίδας, ενισχύοντας τη γνώση για την αναγνώριση υποομάδων υψηλού κινδύνου.

Με αυτόν τον τρόπο, η έρευνα αυτή δεν συμπληρώνει απλώς την υπάρχουσα γνώση αλλά συμβάλλει ουσιαστικά στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης φροντιστών σε ένα σύστημα υγείας όπου η ανεπίσημη φροντίδα είναι ζωτικής σημασίας.

4. Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1 Επιστημολογία

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται εννοιολογικά στο πλαίσιο της θετικιστικής επιστημολογικής προσέγγισης, η οποία εδράζεται στην πεποίθηση ότι η γνώση αποκτάται μέσω της παρατήρησης, της μέτρησης και της εμπειρικής επαλήθευσης. Ο θετικισμός υποστηρίζει ότι υπάρχει μία αντικειμενική πραγματικότητα, η οποία μπορεί να κατανοηθεί και να περιγραφεί μέσω ποσοτικών μεθόδων (Creswell, 2014). Ως εκ τούτου, η έρευνα επικεντρώνεται στη συλλογή μετρήσιμων δεδομένων, στον έλεγχο υποθέσεων και στην ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών που αφορούν τους άτυπους φροντιστές ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

Η επιλογή της ποσοτικής προσέγγισης καθιστά αναγκαία τη χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων ως βασικού εργαλείου συλλογής δεδομένων, τα οποία αποτελούν κοινή πρακτική στις επιστήμες υγείας και τις κοινωνικές επιστήμες. Παρόλο που πολλά άρθρα δίνουν έμφαση στη σημασία του περιεχομένου των ερωτηματολογίων, συχνά αγνοείται η πιθανή πολιτισμική ασυμβατότητα αυτών των εργαλείων, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου ο αναγνωστικός γραμματισμός των συμμετεχόντων δεν συνιστά πρόβλημα (Bryman, 2015; Crony, 1998). Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, επιλέχθηκαν ερωτηματολόγια που είτε έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό είτε χρησιμοποιούνται εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία, λαμβάνοντας υπόψη την πολιτισμική καταλληλότητά τους.

Η δομή της επιστημονικής διαδικασίας ακολουθεί τις βασικές αρχές της ποσοτικής μεθοδολογίας: διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων (Punch, 2013), προσδιορισμός σχεδίου έρευνας ευθυγραμμισμένου με την επιστημολογική στάση (Creswell, 2014), συλλογή αριθμητικών δεδομένων μέσω ερωτηματολογίων και ανάλυση αυτών με στατιστικές τεχνικές, όπως συσχετιστική ανάλυση και παλινδρόμηση (Fred, 2013). Η επιστημονική αυστηρότητα διασφαλίζεται μέσω της χρήσης αξιόπιστων εργαλείων και της ερμηνείας των αποτελεσμάτων εντός ενός θεωρητικού και εμπειρικού πλαισίου.

Συνολικά, η θετικιστική επιστημολογική προσέγγιση επιλέχθηκε για την παρούσα μελέτη καθώς είναι η πλέον κατάλληλη για την επίτευξη του ερευνητικού στόχου:

την ποσοτική αποτίμηση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών που επηρεάζουν τους άτυπους φροντιστές ασθενών με ESKD, και τη συμπλήρωση του ερευνητικού κενού που διαπιστώθηκε στην προηγούμενη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

4.2 Μεθοδολογία

Η φαινομενολογία, όπως την ανέπτυξε ο Husserl και συνέχισε ο Heidegger, αποδίδει κεντρικό και λειτουργικό ρόλο στην υποκειμενικότητα και στη βιωματική εμπειρία. Πρόκειται για μία φιλοσοφία της εμπειρίας, με κεντρικό άξονα την «επιστροφή στα ίδια τα πράγματα». Ο Husserl εξετάζει το πώς η συνείδηση προσλαμβάνει τα φαινόμενα πριν καν αποκτήσει τη γνώση τους, δίνοντας έμφαση στη σχέση μεταξύ συνείδησης και αντικειμένου. Δεν υπάρχει δηλαδή αντικειμενικό φαινόμενο ερήμην της ανθρώπινης συνείδησης – αντιθέτως, η εμπειρία είναι αυτή που διαμορφώνει το νόημα και τη γνώση του κόσμου (Λυδάκη, 2001).

Παράλληλα, η ποσοτική μεθοδολογία προσεγγίζει τα φαινόμενα με στόχο τη μέτρηση, σύγκριση και στατιστική ανάλυση. Εστιάζει στη δομή και στη γενίκευση, προσφέροντας τη δυνατότητα να διερευνηθούν σχέσεις, διαφορές και αιτιακοί δεσμοί μεταξύ μεταβλητών σε ευρύτερο πληθυσμό. Σύμφωνα με τους Driessnack, Sousa & Mendes (2007), η φαινομενολογία αποτελεί έναν από τους βασικούς τύπους ποιοτικής έρευνας, μαζί με τη θεμελιωμένη θεωρία, την εθνογραφία και την έρευνα αφήγησης. Στόχος της φαινομενολογικής προσέγγισης είναι να περιγράψει και να αναδείξει το νόημα των βιωμάτων των συμμετεχόντων. Ωστόσο, η επιλογή ερευνητικής μεθοδολογίας εξαρτάται από τους στόχους και το ερευνητικό ερώτημα κάθε μελέτης (Γεωργιάδου & Κωστίτση, 2012).

Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί στην παρούσα εργασία είναι ποσοτική, μη-πειραματική και συσχετιστική. Ο σχεδιασμός αυτός επιλέγεται διότι επιτρέπει την ανάλυση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών χωρίς άμεση παρέμβαση ή χειραγώγηση, κάτι κρίσιμο όταν μελετώνται ευαίσθητα ψυχοκοινωνικά φαινόμενα, όπως η επιβάρυνση και η ψυχολογική κατάσταση των άτυπων φροντιστών ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο.

Ο συσχετιστικός σχεδιασμός στοχεύει στην ανίχνευση και ερμηνεία σχέσεων μεταξύ βασικών παραμέτρων, όπως:

1. το επίπεδο άγχους, κατάθλιψης και μοναξιάς των φροντιστών,

2. ο βαθμός ικανοποίησης από τη ζωή,
3. η ικανότητα φροντίδας των εξαρτώμενων ατόμων.

Η μέθοδος αυτή προσφέρει τη δυνατότητα ποσοτικοποίησης αυτών των μεταβλητών και στατιστικής διερεύνησης των συσχετίσεών τους, αποκαλύπτοντας πιθανά πρότυπα ή τάσεις με κοινωνική ή κλινική σημασία.

Η ποιοτική μεθοδολογία, όπως η φαινομενολογία ή η ερμηνευτική ανάλυση, αν και προσφέρει εις βάθος κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας των φροντιστών, αποκλείστηκε για τους εξής λόγους: (α) η παρούσα εργασία στοχεύει στη μέτρηση και συσχέτιση μεταβλητών, όχι στην ενδοσκόπηση ή κατανόηση νοημάτων, (β) υπάρχει ανάγκη γενίκευσης των ευρημάτων σε ευρύτερο πληθυσμό, που απαιτεί τη χρήση ποσοτικών δεδομένων, (γ) χρησιμοποιούνται τυποποιημένα και επικυρωμένα εργαλεία (ερωτηματολόγια στην ελληνική γλώσσα), τα οποία παρέχουν αξιοπιστία, συγκρισιμότητα και αναλυτική ισχύ.

Ομοίως, πειραματικά ή οιονεί-πειραματικά σχέδια κρίθηκαν ακατάλληλα, καθώς θα απαιτούσαν παρεμβατικούς χειρισμούς ή ομάδες ελέγχου, κάτι που δε συνάδει με την ηθική ευαισθησία της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας (φροντιστές ασθενών σε χρόνια νοσηλεία). Η επιλεγμένη ποσοτική, μη-πειραματική, συσχετιστική προσέγγιση είναι η πλέον κατάλληλη για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, καθώς:

1. Ευθυγραμμίζεται με την επιστημολογική θέση του θετικισμού, ο οποίος δίνει έμφαση στη μετρησιμότητα και στην αντικειμενικότητα,
2. Επιτρέπει την αντικειμενική μέτρηση ψυχολογικών και κοινωνικών μεταβλητών,
3. Παρέχει δυνατότητα γενίκευσης σε ευρύτερους πληθυσμούς,
4. Υποστηρίζει τη στατιστική διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση των φροντιστών.

4.3 Δειγματοληπτική τεχνική

Οι δειγματοληπτικές τεχνικές αποτελούν ένα σύνολο μεθοδολογικών διαδικασιών που επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων για έναν μεγάλο πληθυσμό, μέσω της μελέτης ενός αντιπροσωπευτικού μέρους του – του δείγματος. Αντί να συλλέγονται δεδομένα από ολόκληρο τον πληθυσμό, επιλέγονται υποομάδες ατόμων (δείγματα),

γεγονός που καθιστά την έρευνα πιο διαχειρίσιμη, λιγότερο χρονοβόρα και οικονομικά αποδοτικότερη. Στο πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας, οι ερευνητές επιδιώκουν να εξάγουν γενικεύσιμα συμπεράσματα για έναν ευρύτερο πληθυσμό, μελετώντας έναν μικρότερο αριθμό ατόμων. Ο πληθυσμός-στόχος αναφέρεται στο σύνολο των ατόμων, γεγονότων ή αντικειμένων στα οποία επιδιώκονται να εφαρμοστούν τα ευρήματα της έρευνας, ενώ ο προσβάσιμος πληθυσμός, περιλαμβάνει εκείνα τα άτομα που είναι ρεαλιστικά διαθέσιμα για συμμετοχή στη μελέτη. Από αυτόν προκύπτει το δείγμα, το οποίο θα πρέπει να επιλέγεται με τρόπο που να το καθιστά αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού-στόχου.

Για να καταστεί εφικτή η δειγματοληψία, είναι απαραίτητο να καθοριστούν οι δειγματοληπτικές μονάδες, δηλαδή οι βασικές μονάδες μέτρησης που θα εξεταστούν. Αυτές μπορεί να είναι φυσικά πρόσωπα, γεγονότα ή αντικείμενα, ανάλογα με τη φύση της έρευνας. Το σύνολο αυτών των μονάδων αποτελεί το πλαίσιο δειγματοληψίας, το οποίο πρέπει να είναι επικαιροποιημένο και ακριβές (Thomspson, 2012).

Σύμφωνα με τους Gall, Borg & Gall, (1996), τα βασικά είδη δειγματοληψίας στην ποσοτική ερευνητική προσέγγιση είναι:

1. Απλή Τυχαία Δειγματοληψία: Κάθε μέλος του πληθυσμού έχει ίση και ανεξάρτητη πιθανότητα να επιλεγεί. Παρότι θεωρείται η πιο αντικειμενική μέθοδος, ενδέχεται να μην είναι πρακτικά εφαρμόσιμη σε όλους τους πληθυσμούς λόγω έλλειψης πλήρους λίστας ή τεχνικών περιορισμών.
2. Συστηματική Δειγματοληψία: Χρησιμοποιείται όταν δεν είναι εφικτή η πλήρης τυχειότητα. Τα άτομα επιλέγονται με βάση ομοιόμορφα διαστήματα (π.χ., κάθε 5ο άτομο σε μια λίστα). Προηγείται αριθμητική ταξινόμηση και καθορισμός ενός σταθερού βήματος επιλογής.
3. Στρωματοποιημένη Δειγματοληψία: Εφαρμόζεται όταν ο πληθυσμός δεν είναι ομοιογενής. Διαχωρίζεται σε υποομάδες (στρώματα) με κοινά χαρακτηριστικά και από κάθε στρώμα λαμβάνεται τυχαίο δείγμα. Με τον τρόπο αυτό, εξασφαλίζεται η αντιπροσώπευση όλων των υποκατηγοριών.
4. Δειγματοληψία Ευκολίας: Βασίζεται στην προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα των συμμετεχόντων. Είναι η πιο απλή και γρήγορη

μέθοδος, αλλά στερείται αντιπροσωπευτικότητας, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Η δειγματοληπτική έρευνα αποτελεί βασική στρατηγική στις κοινωνικές επιστήμες και συχνά βασίζεται σε ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, τηλεφωνικές ή διαδικτυακές έρευνες. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται είναι κατά κανόνα κλειστού τύπου, σαφείς και σύντομες, ώστε να διευκολύνουν την ανάλυση και τη σύγκριση των δεδομένων.

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling). Η συγκεκριμένη τεχνική κρίθηκε κατάλληλη λόγω των χρονικών και πρακτικών περιορισμών, καθώς και της ευκολίας πρόσβασης στον πληθυσμό των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση τη διαθεσιμότητα και τη διάθεσή τους να συμμετάσχουν στην έρευνα, χωρίς να εφαρμοστούν αυστηρά κριτήρια τυχαιότητας.

Παρότι η δειγματοληψία ευκολίας δεν παρέχει υψηλή δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό, είναι μία πρακτική και ευρέως χρησιμοποιούμενη προσέγγιση σε ερευνητικά έργα με περιορισμένο χρονικό ορίζοντα, οικονομικούς πόρους ή ερευνητική πρόσβαση.

Εναλλακτικές τεχνικές που εξετάστηκαν και απορρίφθηκαν:

1. Απλή τυχαία δειγματοληψία: Αν και θεωρείται η πλέον αντικειμενική μέθοδος, δεν κατέστη εφικτή λόγω της έλλειψης πλήρους και επικαιροποιημένου καταλόγου του πληθυσμού-στόχου, καθώς και της δυσκολίας πρόσβασης σε όλο το εύρος του πληθυσμού.
2. Συστηματική δειγματοληψία: Παρά το ότι είναι σχετικά πιο απλή στην εφαρμογή, απορρίφθηκε καθώς δεν υπήρχε διαθέσιμος ένας οργανωμένος αριθμητικός κατάλογος των συμμετεχόντων, ώστε να εφαρμοστεί η διαδικασία επιλογής με σταθερό βήμα.
3. Στρωματοποιημένη δειγματοληψία: Παρότι προσφέρει αυξημένη αντιπροσωπευτικότητα, δεν επιλέχθηκε, διότι δεν υπήρχαν τα απαραίτητα δημογραφικά ή άλλα ταξινομητικά στοιχεία για να οριστούν με σαφήνεια τα στρώματα του πληθυσμού.

Λαμβάνοντας υπόψη τους ανωτέρω περιορισμούς, η δειγματοληψία ευκολίας προσέφερε τη βέλτιστη λύση για τη συγκεκριμένη ερευνητική συγκυρία, επιτρέποντας την ταχεία και απρόσκοπτη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων.

4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν άτυποι ενήλικες φροντιστές ασθενών με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (ESKD) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και άτυποι ενήλικες φροντιστές ασθενών με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο οι οποίοι εντοπίστηκαν στην κοινότητα. Για την επιλογή του δείγματος καθορίστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού, με στόχο την ενίσχυση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των ευρημάτων.

Τα κριτήρια αποδοχής ήταν:

1. Ενήλικες άνω των 18 ετών.
2. Άτυποι φροντιστές, δηλαδή άτομα που δεν ανήκουν στο επαγγελματικό υγειονομικό προσωπικό, αλλά παρέχουν τακτική φροντίδα σε ασθενή με ESKD.
3. Συγγενική ή στενή σχέση με τον ασθενή (π.χ. γονέας, σύζυγος, παιδί, φίλος).
4. Διάρκεια φροντίδας τουλάχιστον τριών μηνών.
5. Ικανότητα ανάγνωσης και κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
6. Ενημερωμένη συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα.

Ως κριτήρια αποκλεισμού χρησιμοποιήθηκαν τα εξής:

1. Επαγγελματίες υγείας που ενδέχεται να εμπλέκονται στη φροντίδα ως μέρος των επαγγελματικών καθηκόντων τους.
2. Άτομα με διαγνωσμένες νοητικές ή ψυχικές δυσκολίες που ενδέχεται να επηρεάζουν την ακρίβεια ή τη συνέπεια των απαντήσεών τους.
3. Ατελής ή μη ολοκληρωμένη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
4. Διπλή ή πολλαπλή υποβολή απαντήσεων από το ίδιο άτομο.

4.5 Περιγραφή του δείγματος

Για την παρούσα έρευνα, η οποία διεξάγεται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Μάρτιο έως και τον Μάιο του 2025, καθορίστηκε ως δείγμα 120 άτυποι ενήλικες φροντιστές ασθενών με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (ESKD) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων αλλά και φροντιστές ασθενών με την ίδια νόσο από την κοινότητα. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων αποδοχής και αποκλεισμού, ενώ διασφαλίστηκε η εθελοντική συμμετοχή, η ανωνυμία και το απόρρητο της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων.

Το δείγμα αποτελείται από άτομα που είχαν άμεση εμπλοκή στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών, χωρίς να ανήκουν στο υγειονομικό προσωπικό. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 60 ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν με φυσική παρουσία στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ενώ τα υπόλοιπα 60 δόθηκαν και συμπληρώθηκαν στην τοπική κοινότητα, από φροντιστές που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής.

Οι συμμετέχοντες φροντιστές διέφεραν ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, σχέση με τον ασθενή, διάρκεια φροντίδας, επίπεδο εκπαίδευσης κ.ά.), με σκοπό την όσο το δυνατόν ευρύτερη και αντιπροσωπευτικότερη κάλυψη του πληθυσμού-στόχου. Η ενασχόλησή τους με την αιμοκάθαρση του ασθενούς, καθιστά το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου ουσιαστικό και σχετικό με τις προσωπικές εμπειρίες τους, γεγονός που συνέβαλε θετικά στην ποιότητα και εγκυρότητα των απαντήσεων.

Η επιλογή ενός τέτοιου δείγματος, με πραγματική βιωματική σχέση με το αντικείμενο της έρευνας, αποσκοπεί στην ενίσχυση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων και στη δημιουργία βάσης για γενικεύσεις στον πληθυσμό των άτυπων φροντιστών ασθενών με ESKD στην Ελλάδα.

4.6 Περιγραφή του χώρου

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο βασικούς χώρους: την τοπική κοινότητα των Ιωαννίνων και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (Π.Γ.Ν.Ι.). Η επιλογή αυτών των χώρων κρίθηκε κατάλληλη, καθώς εξασφάλιζαν

άμεση πρόσβαση στον πληθυσμό-στόχο της μελέτης, δηλαδή άτυπους ενήλικες φροντιστές ασθενών με τελικού σταδίου Χρόνια Νεφρική Νόσο (ESKD) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

Στην τοπική κοινότητα, τα ερωτηματολόγια παραδόθηκαν με φυσική παρουσία (χειρόγραφα) σε επιλεγμένους συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής, στοχεύοντας στην καταγραφή των εμπειριών τους στο πλαίσιο της φροντίδας. Η επιλογή αυτής της διαδικασίας εξασφάλισε καλύτερη καθοδήγηση και κατανόηση των ερωτήσεων από πλευράς συμμετεχόντων, ενισχύοντας την εγκυρότητα των απαντήσεων.

Το δεύτερο σκέλος της έρευνας διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, το οποίο αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα και πλέον σύγχρονα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Ιδρύθηκε το 1986 και υπάγεται στην 6η Υγειονομική Περιφέρεια, ενώ διαθέτει σύγχρονες υποδομές, 760 κλίνες, και εξειδικευμένα τμήματα στους τομείς της Παθολογίας, Χειρουργικής, Ψυχιατρικής και Εργαστηριακής Ιατρικής. Παράλληλα, το νοσοκομείο επιτελεί σημαντικό ερευνητικό και εκπαιδευτικό έργο. Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, που υπάγεται στην Νεφρολογική Κλινική του Π.Γ.Ν.Ι., αποτέλεσε τον βασικό χώρο συλλογής δεδομένων εντός του νοσοκομείου. Στη μονάδα αυτή παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με ESKD, μέσω αιμοκάθαρσης, συνεχούς περιτοναϊκής κάθαρσης και πλασμαφαίρεσης¹. Οι φροντιστές που συνοδεύουν τους ασθενείς τους στις συνεδρίες αιμοκάθαρσης αποτέλεσαν σημαντική πηγή πληροφοριών για την παρούσα μελέτη.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως τον Μάιο του 2025. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, διανεμήθηκαν συνολικά 120 ερωτηματολόγια – 60 στην κοινότητα και 60 εντός της νοσοκομειακής μονάδας – και συμπληρώθηκαν με φυσική παρουσία. Η χρονική αυτή διάρκεια επέτρεψε την κάλυψη διαφορετικών βαρδιών και προγραμμάτων αιμοκάθαρσης, εξασφαλίζοντας την αντιπροσωπευτικότητα και την πληρότητα των δεδομένων.

¹ <https://www.uhi.gr/2-pgni/2-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%AF%CE%B F-%CE%B9%CF%89%CE%B1%CE%BD%CE%BD%CE%AF%CE%BD%CF%89%CE%BD.html>

4.7 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Η επιλογή της μεθόδου συλλογής δεδομένων αποτελεί κρίσιμο στάδιο σε κάθε ερευνητική διαδικασία, καθώς επηρεάζει τόσο την εγκυρότητα όσο και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Στην παρούσα έρευνα, η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίων, επιλογή που συνάδει με την ποσοτική προσέγγιση της έρευνας και τη φύση του υπό διερεύνηση θέματος. Η χρήση ερωτηματολογίων επέτρεψε την τυποποιημένη καταγραφή των εμπειριών των άτυπων φροντιστών και την επεξεργασία μεγάλου όγκου δεδομένων εντός εύλογου χρονικού διαστήματος.

Σε αντίθεση με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, η οποία αν και προσφέρει τη δυνατότητα διεξοδικής διερεύνησης των απόψεων των συμμετεχόντων, παρουσιάζει μειονεκτήματα όπως το αυξημένο κόστος, την έλλειψη ανωνυμίας και τον περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων, η χρήση ερωτηματολογίων κρίθηκε πιο κατάλληλη για την παρούσα έρευνα. Τα ερωτηματολόγια παρέχουν στους συμμετέχοντες μεγαλύτερη ελευθερία στην απάντηση, ενώ διευκολύνουν τη συλλογή δεδομένων από ένα ευρύτερο δείγμα.

Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο σταθμισμένων και αξιόπιστων εργαλείων, τα οποία ανταποκρίνονται στους στόχους της μελέτης:

1. Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων

Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει βασικές πληροφορίες για την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, την οικογενειακή κατάσταση και τον βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα στοιχεία αυτά είναι απαραίτητα για τη σκιαγράφηση του προφίλ των φροντιστών.

2. Κλίμακα αυτοφροντίδας ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας (Gouna et al., 2025)

Το εργαλείο αυτό αξιολογεί πέντε διαστάσεις της αυτοφροντίδας: «καθημερινή φροντίδα εαυτού», «αφοσίωση σε άλλους», «νόημα της ζωής», «πνευματικότητα» και «ενσυνειδητότητα». Αποτελείται από 60 ερωτήσεις διατυπωμένες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert και επιλέχθηκε για τη δυνατότητά του να αποτυπώνει πολύπλευρα την έννοια της αυτοφροντίδας.

3. Κλίμακα κοινωνικής μοναξιάς (De Jong-Gierveld & van Tilburg, 2006)

Χρησιμοποιήθηκε η σύντομη έκδοση των 6 ερωτήσεων, η οποία είναι σταθμισμένη στην ελληνική γλώσσα (Gouna et al., 2025). Η κλίμακα μετρά τη συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά και θεωρείται αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για έρευνες μεγάλου δείγματος, καθώς εστιάζει στην έλλειψη στενών σχέσεων και ευρύτερου κοινωνικού δικτύου. Οι συντελεστές α για την κλίμακα μοναξιάς 6 στοιχείων κυμαίνεται μεταξύ 0,70 και 0,76 για το σύνολο του ενήλικου πληθυσμού, υποδεικνύοντας μια αρκετά αξιόπιστη κλίμακα

4. Κλίμακα Άγχους – State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Η κλίμακα STAI (Spielberger, 1970) χρησιμοποιείται διεθνώς για τη μέτρηση του άγχους, τόσο ως παροδική συναισθηματική κατάσταση (state anxiety) όσο και ως σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait anxiety). Αποτελείται από 40 δηλώσεις σε τετράβαθμη κλίμακα Likert. Η κλίμακα STAI σχετίζεται με τη συναισθηματική κατάσταση και αντικατοπτρίζει το τρέχον επίπεδο άγχους (Boker et al., 2002; Caumo et al., 2001; Spielberger et al., 1970). Το ερωτηματολόγιο αποδίδει ξεχωριστή βαθμολογία για κάθε μία από τις δύο υποκλίμακες, η οποία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις σχετικές ερωτήσεις. Παράλληλα, υπολογίζεται ένας συνολικός δείκτης άγχους, ο οποίος προκύπτει από το συνολικό άθροισμα όλων των απαντήσεων του ερωτηματολογίου. Οι βαθμολογίες των δύο υποκλιμάκων κυμαίνονται από 20 έως 80, ενώ η συνολική τιμή του δείκτη κυμαίνεται από 40 έως 160. Υψηλότερες βαθμολογίες αντανakλούν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους, είτε παροδικού (state) είτε μόνιμου (trait).

Η ελληνική έκδοση του εργαλείου προέκυψε από μετάφραση και προσαρμογή που πραγματοποίησαν οι Λιάκος και Γιαννίση (1984). Ωστόσο, η ψυχομετρική αξιολόγηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου στην ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε σε μεταγενέστερο χρόνο από τους Αναγνωστοπούλου και Κιοσέογλου (2002). Οι δύο υποκλίμακες – A-State και A-Trait – εμφάνισαν πολύ υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνέπειας, με συντελεστές Cronbach's α 0.938 και 0.905 αντίστοιχα.

Η επιλογή των παραπάνω εργαλείων βασίστηκε στην καταλληλότητά τους να καταγράψουν τις βασικές διαστάσεις της εμπειρίας των φροντιστών: κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, επίπεδο αυτοφροντίδας, αίσθημα μοναξιάς και επίπεδο

άγχους. Άλλα εργαλεία συλλογής δεδομένων (π.χ. ημιδομημένες συνεντεύξεις, ημερολόγια, ομάδες εστίασης) αποκλείστηκαν καθώς δεν ήταν συμβατά με τον σχεδιασμό της ποσοτικής μελέτης και την ανάγκη επεξεργασίας μεγάλου αριθμού συμμετοχών.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με φυσική παρουσία. Συνολικά διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν 120 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων:

1. 60 δόθηκαν σε φροντιστές που βρίσκονταν στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, κατά τη διάρκεια των συνεδριών αιμοκάθαρσης των ασθενών τους.
2. 60 δόθηκαν σε φροντιστές της τοπικής κοινότητας των Ιωαννίνων, οι οποίοι πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης στη μελέτη.

Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης, τη χρήση των δεδομένων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και προηγήθηκε η παροχή γραπτής συγκατάθεσης. Η επιλογή της φυσικής διανομής των ερωτηματολογίων εξασφάλισε την καθοδήγηση των συμμετεχόντων, τη σαφή κατανόηση των ερωτήσεων και την ελαχιστοποίηση των μη έγκυρων ή ελλιπών απαντήσεων.

4.8 Ηθική της έρευνας

Τηρήθηκε πιστά το δικαίωμα που οφείλει να έχει το άτομο στην ιδιωτικότητα (Νόμος 2472/1997, Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα). Η ιδιωτικότητα προστατεύεται, εάν το άτομο ενημερώνεται και συναινεί να συμμετάσχει σε μια έρευνα και εθελοντικά μοιράζεται προσωπικές πληροφορίες με τον ερευνητή.

Πριν την έναρξη της συλλογής των δεδομένων:

1. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό, το περιεχόμενο και τη διάρκεια της μελέτης, καθώς και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους.
2. Τονίστηκε ότι δεν υφίσταται καμία υποχρέωση συμμετοχής και ότι μπορούσαν να αποσυρθούν ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

3. Διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των απαντήσεων μέσω της μη καταγραφής προσωπικών στοιχείων και της χρήσης κωδικοποιημένων ερωτηματολογίων.
4. Κάθε συμμετέχων υπέγραψε έντυπο συγκατάθεσης μετά από σχετική ενημέρωση.

Η έρευνα δεν ενείχε κινδύνους για τη σωματική ή ψυχική υγεία των συμμετεχόντων, ενώ δόθηκε ιδιαίτερη μέριμνα ώστε να αποφευχθεί οποιαδήποτε συναισθηματική επιβάρυνση κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ειδικά όσον αφορά ευαίσθητα θέματα όπως η μοναξιά και το άγχος. Για την εκπόνηση της έρευνας δόθηκε άδεια από το διοικητικό συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Σε κάθε περίπτωση, τηρήθηκαν όλες οι προβλεπόμενες νομικές και ηθικές διαδικασίες.

4.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων θα βασιστεί στην ποσοτική ερευνητική προσέγγιση, αξιοποιώντας στατιστικές τεχνικές προκειμένου να εντοπιστούν συσχετίσεις και στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των βασικών μεταβλητών. Η επιλογή της ποσοτικής μεθόδου κρίθηκε κατάλληλη, καθώς εξυπηρετεί τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των επιπέδων άγχους, μοναξιάς και αυτοφροντίδας στους άτυπους φροντιστές, αλλά και την κατανόηση της επιρροής κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων σε αυτές τις διαστάσεις.

Η χρήση της ποσοτικής ανάλυσης ενδείκνυται όταν επιδιώκεται η στατιστική γενίκευση των αποτελεσμάτων και η αντικειμενική αξιολόγηση των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, με βάση επεξεργάσιμα και μετρήσιμα δεδομένα (Creswell, 2014). Επιπλέον, η συγκεκριμένη μεθοδολογική προσέγγιση επιτρέπει τη σύγκριση υποομάδων και την εξαγωγή συμπερασμάτων στη βάση επαληθεύσιμων και στατιστικά υποστηριζόμενων ευρημάτων.

Αρχικά, θα πραγματοποιηθεί περιγραφική στατιστική ανάλυση προκειμένου να σκιαγραφηθεί το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων, καθώς και οι μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές στις βασικές

μεταβλητές (μοναξιά, αυτοφροντίδα, άγχος). Η περιγραφική ανάλυση βοηθά στην απόκτηση μιας πρώτης εικόνας του δείγματος και στη διατύπωση υποθέσεων για την περαιτέρω διερεύνηση (Field, 2018).

Στη συνέχεια, θα εφαρμοστούν επαγωγικές στατιστικές τεχνικές. Συγκεκριμένα:

1. Έλεγχοι διαφορών μέσων όρων (t-tests ή ANOVA), όπου απαιτείται, για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ ομάδων ως προς τα επίπεδα άγχους, μοναξιάς και αυτοφροντίδας (π.χ. φύλο, ηλικιακές ομάδες, οικογενειακή κατάσταση).
2. Συσχετιστικές αναλύσεις (π.χ. Pearson ή Spearman), για την εκτίμηση των σχέσεων μεταξύ των βασικών μεταβλητών (π.χ. εάν αυξημένο άγχος σχετίζεται με μειωμένη αυτοφροντίδα ή αυξημένα επίπεδα μοναξιάς).
3. Πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης, για την πρόβλεψη της αυτοφροντίδας βάσει μεταβλητών όπως μοναξιά, άγχος, ηλικία και κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί μέσω του προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), έκδοση 26.0. Το SPSS αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο και αξιόπιστο λογισμικό για την ανάλυση ποσοτικών δεδομένων στην κοινωνική επιστημονική έρευνα, προσφέροντας πληθώρα εργαλείων για περιγραφική και επαγωγική στατιστική (Pallant, 2020).

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια καταχωρούνται στο SPSS σε μορφή μεταβλητών, οι οποίες διακρίνονται σε ποιοτικές (κατηγορικές), όπως το φύλο, και ποσοτικές (συνεχείς), όπως η ηλικία και οι βαθμολογίες στις ψυχομετρικές κλίμακες.

Η κλίμακα αυτοφροντίδας, η κλίμακα μοναξιάς και η κλίμακα άγχους STAI θεωρούνται συνεχείς μεταβλητές και αξιολογούνται αριθμητικά, ενώ τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά καταγράφονται κυρίως ως ονομαστικές ή ταξινομημένες ποιοτικές μεταβλητές.

Η επιλογή των συγκεκριμένων στατιστικών μεθόδων δικαιολογείται από τη φύση των δεδομένων και τους ερευνητικούς στόχους. Οι συσχετιστικές και παλινδρομικές αναλύσεις είναι κατάλληλες για τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ψυχολογικών μεταβλητών (Tabachnick & Fidell, 2013), ενώ οι έλεγχοι διαφορών βοηθούν στη διερεύνηση επιδράσεων κοινωνικών παραμέτρων επί των ψυχομετρικών δεικτών.

Επιπλέον, η πολυπαραγοντική παλινδρόμηση επιτρέπει την αξιολόγηση της επιρροής πολλαπλών παραγόντων ταυτόχρονα στην εξαρτημένη μεταβλητή (Hair et al., 2010). Η χρήση έγκυρων και αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων που έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (π.χ. STAI από Αναγνωστοπούλου & Κιοσέογλου, 2002; Κλίμακα μοναξιάς από Gouna et al., 2025) ενισχύει την επιστημονική εγκυρότητα της έρευνας και τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων.

Κεφ. 5: Αποτελέσματα της έρευνας

Μετά την συλλογή των απαντήσεων των ερωτηματολογίων και την επεξεργασία τους παρουσιάζονται τα ακόλουθα αποτελέσματα.

5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενότητων ή στατιστικών

5.1.1 Δημογραφικά στοιχεία φροντιστών

Ι. Γενικός πληθυσμός

Στις 60 απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν, από το γενικό πληθυσμό, οι 34 (ποσοστό 34 %) αντιστοιχούν σε γυναίκες και οι 26 (ποσοστό 43.3 %) σε άντρες (Πίνακας 2).

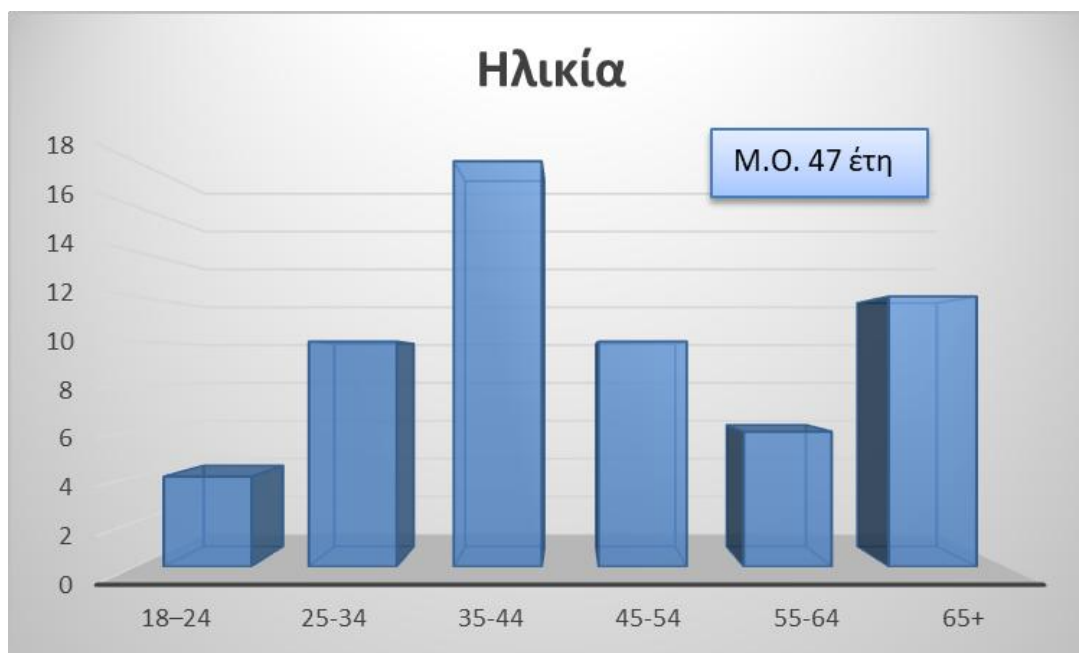
Πίνακας 2 Πίνακας συχνοτήτων για το φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άνδρας	26	43.3 %
Γυναίκα	34	56.7 %

Σε αυτό το δείγμα, ο μέσος όρος της ηλικίας είναι τα 47 έτη. Το 30% των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας 35–44 ετών. Έχουν σε ποσοστό 6.7% ηλικία 18-24 ετών, το 16.7 % είναι 25-34 και 45-54 ετών, το 10% είναι 55-64, και το 20% είναι άνω των 65 χρονών (Πίνακας 3 & γράφημα 1).

Πίνακας 3 Πίνακας συχνοτήτων για την ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό %
18–24	4	6.7 %
25–34	10	16.7 %
35–44	18	30.0 %
45–54	10	16.7 %
55–64	6	10.0 %
65+	12	20.0 %



Γράφημα 1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την ηλικία

Από τους ερωτηθέντες, το 27% ήταν άγαμοι, το 57% έγγαμοι, το 10% διαζευγμένοι και σε ποσοστό 6% ήταν χήροι (Πίνακας 4).

Πίνακας 4 Πίνακας συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό %
Διαζευγμένος/η	6	10.0 %
Έγγαμος/η	34	56.7 %
Άγαμος/η	16	26.7 %
Χήρος/α	4	6.7 %

Σε ποσοστό 46.7% κατάγονται από χωριό ή κωμόπολη, σε ποσοστό 36.7% από πόλη με λιγότερο από 150000 κατοίκους και σε ποσοστό 16.7% κατάγονται από πόλη με περισσότερο από 150000 κατοίκους (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 Πίνακας συχνοτήτων για τον τόπο καταγωγής

Τόπος καταγωγής	Συχνότητα	Ποσοστό %
Πόλη <150.000	22	36.7 %
Πόλη >150.000	10	16.7 %
Χωριό/Κωμόπολη	28	46.7 %

Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (ποσοστό 80%) έχουν αδέρφια (Πίνακας 6).

Πίνακας 6 Πίνακας συχνотήτων για την ύπαρξη αδερφών

Έχετε αδέρφια;	Συχνότητα	Ποσοστό %
Όχι	12	20.0 %
Ναι	48	80.0 %

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν ένα αδερφό (ποσοστό 54.2%), σε ποσοστό 25% έχουν δυο αδέρφια, σε ποσοστό 8.3% έχουν είτε τρία είτε πέντε αδέρφια και σε ποσοστό 4.2% έχουν άλλα τέσσερα αδέρφια (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 Πίνακας συχνотήτων για τον αριθμό των αδερφών

Αριθμός αδερφών	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	26	54.2 %
2	12	25.0 %
3	4	8.3 %
4	2	4.2 %
5	4	8.3 %

Σε ποσοστό 37.5% είναι δευτερότοκοι, σε ποσοστό 33.3% γεννήθηκαν τρίτοι στη σειρά, σε ποσοστό 25% είναι πρωτότοκοι και το 4,2% είναι γεννημένοι τέταρτοι σε σειρά (Πίνακας 8).

Πίνακας 8 Πίνακας συχνотήτων για τη σειρά γέννησης

Σειρά γέννησης	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	12	25.0 %
2	18	37.5 %
3	16	33.3 %
4	2	4.2 %

Το 60% των συμμετεχόντων έχουν παιδιά (Πίνακας 9).

Πίνακας 9 Πίνακας συχνотήτων για την ύπαρξη παιδιών

Έχετε παιδιά;	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	36	60.0 %
Όχι	24	40.0 %

Το 55.6% έχουν 2 παιδιά, το 27.8% έχουν τρία παιδιά και το 16.7% έχουν ένα μόνο παιδί (Πίνακας 10).

Πίνακας 10 Πίνακας συχνотήτων για τον αριθμό παιδιών

Αριθμός παιδιών	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	6	16.7 %
2	20	55.6 %
3	10	27.8 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (ποσοστό 36.7%) είναι απόφοιτοι λυκείου, σε ποσοστό 26.7% έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 13.3% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 10% είναι απόφοιτοι γυμνασίου ή έχουν μεταπτυχιακό και σε ποσοστό 3.3% είναι φοιτητές (Πίνακας 11).

Πίνακας 11 Πίνακας συχνотήτων για το επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαίδευση	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΕΙ	16	26.7 %
Γυμνασίου	6	10.0 %
Δημοτικού	8	13.3 %
Λυκείου	22	36.7 %
Μεταπτυχιακό	6	10.0 %
Φοιτήτρια	2	3.3 %

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 43.3%) ασχολούνται με τα οικιακά, σε ποσοστό 16.7% είναι αυτοαπασχολούμενοι, σε ποσοστό 13.3% είναι άνεργοι, σε ποσοστό 10% είναι φοιτητές, ή συνταξιούχοι και σε ποσοστό 3.3% είναι δημόσιοι υπάλληλοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι (Πίνακας 12).

Πίνακας 12 Πίνακας συχνотήτων για το επάγγελμα

Επάγγελμα	Συχνότητα	Ποσοστό %
Αυτοαπασχολούμενος	10	16.7 %
Δημόσιος Υπάλληλος	2	3.3 %
Άνεργος	8	13.3 %
Ιδιωτικός Υπάλληλος	2	3.3 %
Οικιακά	26	43.3 %
Συνταξιούχος	6	10.0 %
Φοιτήτρια	6	10.0 %

Σε ποσοστό 46.7% οι συμμετέχοντες στην έρευνα φροντίζουν τον πατέρα τους, το 33.3% προσέχουν τη μητέρα τους, το 10% το/η σύζυγό τους και σε ποσοστό 3.3% φροντίζουν τον παππού ή τη γιαγιά ή την αδερφή τους (Πίνακας 11).

Πίνακας 13 Πίνακας συχνοτήτων για το συγγενή που φροντίζεται

Συγγενής που φροντίζεται	Συχνότητα	Ποσοστό %
Μητέρα	20	33.3 %
Πατέρα	28	46.7 %
Παππούς	2	3.3 %
Γιαγιά	2	3.3 %
Σύζυγος	6	10.0 %
Αδερφή	2	3.3 %

Σε σχέση με τη διάρκεια που φροντίζουν τον ασθενή, το 16.7% αναφέρουν τα 10 έτη, το 6.7% 1 ή 2 έτη, το 10% δηλώνουν 4, 5 και 12 έτη, σε ποσοστό 13.3% φροντίζουν κάποιο για 3, 7, και το 3.33% είναι φροντιστές για 6, 13, 15, 20 έτη (Πίνακας 14).

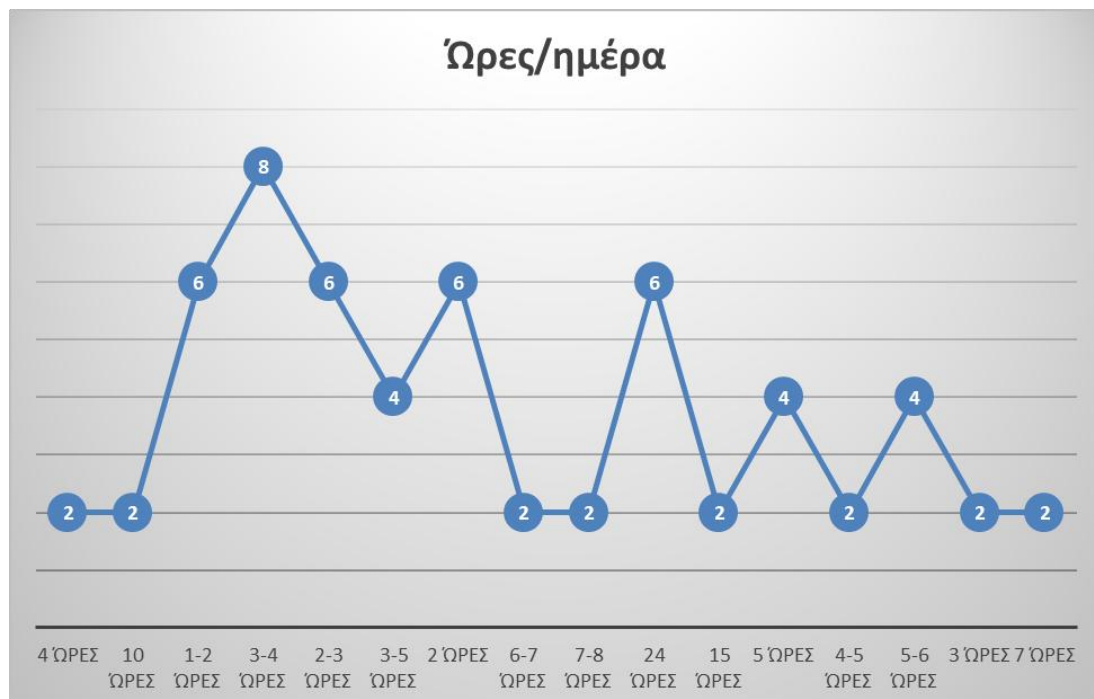
Πίνακας 14 Πίνακας συχνοτήτων για τη διάρκεια φροντίδας

Διάρκεια φροντίδας	Συχνότητα	Ποσοστό %
1 έτος	4	6.7 %
2 έτη	4	6.7 %
3 έτη	8	13.3 %
4 έτη	6	10.0 %
5 έτη	6	10.0 %
6 έτη	2	3.3 %
7 έτη	8	13.3 %
10 έτη	10	16.7 %
12 έτη	6	10.0 %
13 έτη	2	3.3 %
15 έτη	2	3.3 %
20 έτη	2	3.3 %

Σε ποσοστό 13,3% αφιερώνουν 3-4 ώρες την ημέρα στη φροντίδα του ασθενούς, το 10% αφιερώνουν 1-2 ώρες ή 2-3 ώρες ή 2 ώρες, ή 24 ώρες, σε ποσοστό 6,7% αφιερώνουν 3-5 ώρες, ή 5 ώρες, ή 5-6 ώρες και το 3.3% αφιερώνουν 3 ή 4 ή 4-5 ώρες, ή 6-7, ή 7, ή 7-8 ή 10 ή 15 ώρες (Πίνακας 15, Γράφημα 2).

Πίνακας 15 Πίνακας συχνοτήτων για τις ώρες ανά ημέρα που φροντίδας του ασθενή

Ώρες/ημέρα	Συχνότητα	Ποσοστό %
1-2 ώρες	6	10.0 %
2 ώρες	6	10.0 %
2-3 ώρες	6	10.0 %
3 ώρες	2	3.3 %
3-4 ώρες	8	13.3 %
4 ώρες	2	3.3 %
3-5 ώρες	4	6.7 %
4-5 ώρες	2	3.3 %
5 ώρες	4	6.7 %
5-6 ώρες	4	6.7 %
6-7 ώρες	2	3.3 %
7 ώρες	2	3.3 %
7-8 ώρες	2	3.3 %
10 ώρες	2	3.3 %
15 ώρες	2	3.3 %
24 ώρες	6	10.0 %



Γράφημα 2 Ιστόγραμμα συχνοτήτων των ωρών που αφιερώνουν ημερησίως οι συμμετέχοντες για τη φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση

Στη διάρκεια της εβδομάδας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 43.3% φροντίζουν τον ασθενή και τις 7 ημέρες, σε ποσοστό 13.3% αφιερώνουν 3-4 ημέρες σε ποσοστό 10% αφιερώνουν 2-3, 4, 5, 5-6 ημέρες και σε ποσοστό 3,3 % αφιερώνουν 6 ημέρες (Πίνακας 16).

Πίνακας 16 Πίνακας συχνότητων για τις ημέρες ανά εβδομάδα φροντίδας του ασθενή

Ημέρες	Συχνότητα	Ποσοστό %
2-3 ημέρες	6	10.0 %
3-4 ημέρες	8	13.3 %
4 ημέρες	6	10.0 %
5 ημέρες	6	10.0 %
5-6 ημέρες	6	10.0 %
6 ημέρες	2	3.3 %
7 ημέρες	26	43.3 %

Σε ποσοστό 76.7% μοιράζονται τα βάρη της φροντίδας (Πίνακας 17).

Πίνακας 17 Πίνακας συχνότητων για το μοίρασμα της φροντίδας

Μοίρασμα φροντίδας	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	46	76.7 %
Όχι	14	23.3 %

Σε ποσοστό 37.5% μοιράζονται τη φροντίδα του ασθενή με την αδερφή τους, το 20.8% με τη μητέρα ή τους γονείς και το 4.2% με το νοσηλευτή, τον αδερφό, τα παιδιά (γιος, κόρη) και με τη θεία (Πίνακας 18).

Πίνακας 18 Πίνακας συχνοτήτων για το άτομο που μοιράζεται τη φροντίδα

Άτομο που μοιράζεται τη φροντίδα	Συχνότητα	Ποσοστό %
Νοσηλευτής	2	4.2 %
Μητέρα	10	20.8 %
Αδερφή	18	37.5 %
Αδερφός	2	4.2 %
Γονείς	10	20.8 %
Γιος	2	4.2 %
Κόρη	2	4.2 %
Θεία	2	4.2 %

Ο ασθενής που δέχεται φροντίδα από τον φροντιστή, πάσχει σε ποσοστό 43.3% από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση, σε ποσοστό 20% από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, σε ποσοστό 6.7% από αιμοκάθαρση, σε ποσοστό 10% από ζαχαρώδη διαβήτη, ΧΝΑ, Α/Κ και σε ποσοστό 3.3% από ΧΝΑ, Α/Κ άνοια, είναι τυφλός, και έχει ΧΝΑ, Α/Κ, έχει ψυχιατρική διαταραχή, ΧΝΑ, Α/Κ, αλτσχάιμερ, ΧΝΑ, Α/Κ, ΧΝΑ και είναι τυφλός, ή έχει διαβήτη και ΧΝΑ (Πίνακας 19).

Πίνακας 19 Πίνακας συχνοτήτων για το είδος ασθένειας

Ασθένεια	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΧΝΑ	12	20.0 %
Α/Κ	4	6.7 %
ΧΝΑ, Α/Κ	26	43.3 %
Ζαχαρώδη διαβήτη, ΧΝΑ, Α/Κ	6	10.0 %
ΧΝΑ, Α/Κ άνοια	2	3.3 %
Τυφλός, ΧΝΑ, Α/Κ	2	3.3 %
Ψ/Χ διαταραχή, ΧΝΑ, Α/Κ	2	3.3 %
Αλτσχάιμερ, ΧΝΑ, Α/Κ	2	3.3 %
ΧΝΑ, τυφλός	2	3.3 %
Διαβήτης, ΧΝΑ	2	3.3 %

Όλοι οι φροντιστές έχουν ασθενείς που μιλούν (Πίνακας 20).

Πίνακας 20 Πίνακας συχνοτήτων για το αν μιλάει ο ασθενής

Μιλάει	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	60	100.0 %

Η συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 96.7%) περπατούν (Πίνακας 21).

Πίνακας 21 Πίνακας συχνοτήτων για το αν περπατάει ο ασθενής

Περπατάει	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	58	96.7 %
Όχι	2	3.3 %

Σε ποσοστό 80% αυτοεξυπηρετούνται οι ασθενείς (Πίνακας 22).

Πίνακας 22 Πίνακας συχνοτήτων για το αν αυτοεξυπηρετείται ο ασθενής

Αυτοεξυπηρετείται	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	48	80.0 %
Όχι	12	20.0 %

Σε ποσοστό 83.3% οι ασθενείς νοιώθουν ευγνωμοσύνη για τους φροντιστές τους και μόνο το 6.7% δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί (Πίνακας 23).

Πίνακας 23 Πίνακας συχνοτήτων για το αν νοιώθει ευγνωμοσύνη ο ασθενής

Νιώθει ευγνωμοσύνη	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	50	83.3 %
Όχι	6	10.0 %
Δεν είναι σε θέση	4	6.7 %

Παρόμοια το 90 % των ασθενών καταλαβαίνουν τον κόπο του φροντιστή τους (Πίνακας 24).

Πίνακας 24 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής καταλαβαίνει τον κόπο του φροντιστή

Καταλαβαίνει τον κόπο	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	54	90.0 %
Όχι	6	10.0 %

Για τους συμμετέχοντες στην έρευνα, το 46.7% είναι αισιόδοξοι για το μέλλον και σε παρόμοιο ποσοστό 43.3% δεν ξέρουν. Μόνο το 6% αυτών, δεν είναι αισιόδοξοι που είναι ποσοστό παρόμοιο με αυτό που έχουν ασθενείς που είναι σε θέση να νοιώσουν ευγνωμοσύνη (Πίνακας 25).

Πίνακας 25 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο φροντιστής είναι αισιόδοξος για το μέλλον

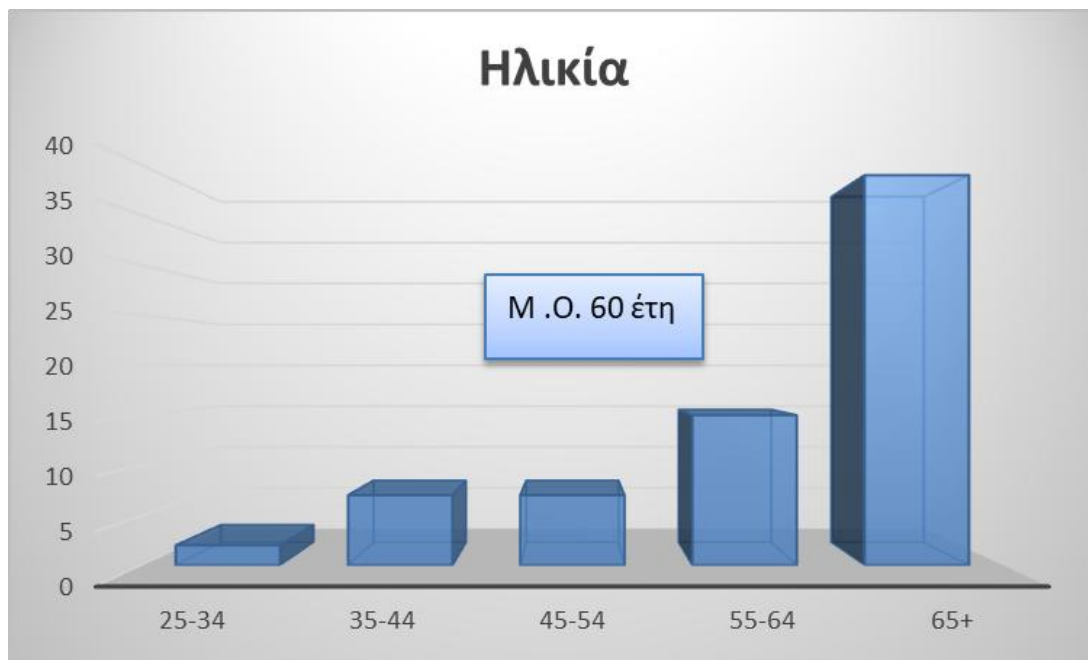
Είστε αισιόδοξος για το μέλλον	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	28	46.7 %
Δεν ξέρω	26	43.3 %
Όχι	6	10.0 %

II. Στο νοσοκομείο

Στο δείγμα του νοσοκομείου, ο μέσος όρος της ηλικίας είναι τα 60 έτη. Το 50% των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών. Έχουν σε ποσοστό 25% ηλικία 55-64 ετών, το 11.7 % είναι 35-34 και 45-54 ετών και το 1.7 % είναι 25-34 χρονών (Πίνακας 26 & Γράφημα 3).

Πίνακας 26 Πίνακας συχνοτήτων για την ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό %
25-34	1	1.7 %
35-44	7	11.7 %
45-54	7	11.7 %
55-64	15	25.0 %
65+	30	50.0 %



Γράφημα 3 Πίτα συχνοτήτων για την ηλικία

Στις 60 απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν, από το νοσοκομείο, οι 40 (ποσοστό 66.7%) αντιστοιχούν σε γυναίκες και οι 20 (ποσοστό 33.3 %) σε άντρες (Πίνακας 27).

Πίνακας 27 Πίνακας συχνοτήτων για το φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό % of
Γυναίκες	40	66.7 %
Άνδρες	20	33.3 %

Από τους ερωτηθέντες, το 26.7% ήταν άγαμοι, το 63.3% έγγαμοι, το 3.3% διαζευγμένοι και σε ποσοστό 6.7% ήταν χήροι (Πίνακας 28).

Πίνακας 28 Πίνακας συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άγαμος/η	16	26.7 %
Έγγαμος/η	38	63.3 %
Διαζευγμένος/η	2	3.3 %
Χήρος/α	4	6.7 %

Σε ποσοστό 73.3 % κατάγονται από χωριό ή κωμόπολη, σε ποσοστό 16.7% από πόλη με λιγότερο από 150000 κατοίκους και σε ποσοστό 10% κατάγονται από πόλη με περισσότερο από 150000 κατοίκους (Πίνακας 29).

Πίνακας 29 Πίνακας συχνότητων για τον τόπο καταγωγής

Τόπος καταγωγής	Συχνότητα	Ποσοστό %
Χωριό/Κωμόπολη	44	73.3 %
Πόλη <150.000	10	16.7 %
Πόλη >150.000	6	10.0 %

Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (ποσοστό 90%) έχουν αδέρφια (Πίνακας 30).

Πίνακας 30 Πίνακας συχνότητων για την ύπαρξη αδερφών

Ύπαρξη αδερφών	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	54	90.0 %
Όχι	6	10.0 %

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν ένα ακόμα αδερφό (ποσοστό 46.2%), σε ποσοστό 23.1% έχουν δυο αδέρφια, σε ποσοστό 15.4% έχουν είτε τρία είτε τέσσερα αδέρφια (Πίνακας 31).

Πίνακας 31 Πίνακας συχνότητων για τον αριθμό αδερφών

Αριθμός αδερφών	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	24	46.2 %
2	12	23.1 %
3	8	15.4 %
4	8	15.4 %

Σε ποσοστό 46.2% είναι δευτερότοκοι, σε ποσοστό 19.2% γεννήθηκαν τρίτοι στη σειρά, σε ποσοστό 30.8% είναι πρωτότοκοι και το 3.8% είναι γεννημένοι τέταρτοι σε σειρά (Πίνακας 32).

Πίνακας 32 Πίνακας συχνотήτων για τη σειρά γέννησης

Σειρά γέννησης	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	16	30.8 %
2	24	46.2 %
3	10	19.2 %
4	2	3.8 %

Το 73.3% των συμμετεχόντων έχουν παιδιά (Πίνακας 33).

Πίνακας 33 Πίνακας συχνотήτων για την ύπαρξη παιδιών

Ύπαρξη παιδιών	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	44	73.3 %
Όχι	16	26.7 %

Το 57.1% έχουν 2 παιδιά, το 19% έχουν ένα ή τρία παιδιά και το 4.8% έχουν τέσσερα παιδιά (Πίνακας 34).

Πίνακας 34 Πίνακας συχνотήτων για το πλήθος παιδιών

Πλήθος παιδιών	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	8	19.0 %
2	24	57.1 %
3	8	19.0 %
4	2	4.8 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (ποσοστό 43.3%) είναι απόφοιτοι λυκείου, σε ποσοστό 20% είναι απόφοιτοι δημοτικού, σε ποσοστό 16.7% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, και σε ποσοστό 10% είναι πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή κάτοχοι μεταπτυχιακού (Πίνακας 35).

Πίνακας 35 Πίνακας συχνοτήτων για το εκπαιδευτικό επίπεδο

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΕΙ	6	10.0 %
Γυμνάσιο	10	16.7 %
Δημοτικό	12	20.0 %
Λύκειο	26	43.3 %
Μεταπτυχιακό	6	10.0 %

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 43.3%) είναι συνταξιούχοι, σε ποσοστό 16.7% είναι αυτοαπασχολούμενοι ή δημόσιοι υπάλληλοι, σε ποσοστό 10% είναι είτε ιδιωτικοί υπάλληλοι είτε ασχολούνται με τα οικιακά και σε ποσοστό 3.3% είναι άνεργοι (Πίνακας 36).

Πίνακας 36 Πίνακας συχνοτήτων για την επαγγελματική κατάσταση

Επαγγελματική κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό %
Αυτοαπασχολούμενος	10	16.7 %
Δημόσιος Υπάλληλος	10	16.7 %
Άνεργος	2	3.3 %
Ιδιωτικός υπάλληλος	6	10.0 %
Οικιακά	6	10.0 %
Συνταξιούχος	26	43.3 %

Σε ποσοστό 50% οι συμμετέχοντες στην έρευνα φροντίζουν τον σύζυγό τους, το 16.7% προσέχουν τη μητέρα τους, το 10% τον πατέρα τους και σε ποσοστό 3.3% φροντίζουν τον αδερφό ή την αδερφή τους, τον γιο ή τον γείτονά τους ή το παιδί τους και το 6.7% την κόρη τους που σημαίνει ότι σε ποσοστό 13.3% φροντίζουν το παιδί τους (Πίνακας 37).

Πίνακας 37 Πίνακας συχνοτήτων για το συγγενή που φροντίζεται

Συγγενής που φροντίζεται	Συχνότητα	Ποσοστό %
Αδερφή	2	3.3 %
Αδερφός	2	3.3 %
Γείτονας	2	3.3 %
Γιος	2	3.3 %
Κόρη	4	6.7 %
Μητέρα	10	16.7 %
Παιδί	2	3.3 %
Πατέρας	6	10.0 %
Σύζυγος	30	50.0 %

Σε σχέση με τη διάρκεια που φροντίζουν τον ασθενή, το 20% αναφέρουν τα 10 έτη, το 10% δηλώνουν 3, 4 έτη, ή από πάντα, το 6.7% 2, 5, 6, 20 έτη, σε ποσοστό 3.3% φροντίζουν κάποιον για 4 μήνες ή 8, 11, 12, 15, 33 έτη και σπάνια (Πίνακας 38).

Πίνακας 38 Πίνακας συχνοτήτων για τη διάρκεια φροντίδας

Διάρκεια φροντίδας	Συχνότητα	Ποσοστό %
4 μήνες	2	3.3 %
2 έτη	4	6.7 %
3 έτη	6	10.0 %
4 έτη	6	10.0 %
5 έτη	4	6.7 %
6 έτη	4	6.7 %
8 έτη	2	3.3 %
10 έτη	12	20.0 %
11 έτη	2	3.3 %
12 έτη	2	3.3 %
15 έτη	2	3.3 %
20 έτη	4	6.7 %
33 έτη	2	3.3 %
Από πάντα	6	10.0 %
Σπάνια	2	3.3 %

Σε ποσοστό 13,3% αφιερώνουν 3 ή 24 ώρες την ημέρα στη φροντίδα του ασθενούς, το 10% αφιερώνουν 2 ώρες, το 6,7% αφιερώνουν 12 ώρες, ή 1-2 ώρες, ή 4, 5 ώρες, σε ποσοστό 3.3% αφιερώνουν 0, 1, 1-3, 3-5, 3-4 5-6, 6, 6-7 10, 10-12, και όσες ώρες χρειάζεται (Πίνακας 39, Γράφημα 4).

Πίνακας 39 Πίνακας συχνότητων για τις ώρες/ημέρα φροντίδας

Ώρες/ημέρα	Συχνότητα	Ποσοστό %
0 ώρες	2	3.3 %
1 ώρα	2	3.3 %
1-2 ώρες	4	6.7 %
2 ώρες	6	10.0 %
1-3 ώρες	2	3.3 %
3 ώρες	8	13.3 %
3-4 ώρες	2	3.3 %
4 ώρες	4	6.7 %
3-5 ώρες	2	3.3 %
5 ώρες	4	6.7 %
5-6 ώρες	2	3.3 %
6 ώρες	2	3.3 %
6-7 ώρες	2	3.3 %
10 ώρες	2	3.3 %
10-12 ώρες	2	3.3 %
12 ώρες	4	6.7 %
24 ώρες	8	13.3 %
Όσες χρειάζεται	2	3.3 %



Γράφημα 4 Ιστογράμμο συχνοτήτων για τον αριθμό ωρών που αφιερώνουν ημερησίως οι συμμετέχοντες για τη φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση

Στη διάρκεια της εβδομάδας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 70% φροντίζουν τον ασθενή και τις 7 ημέρες, σε ποσοστό 6.7% αφιερώνουν 3, 3-4 και 5 ημέρες και σε ποσοστό 3,3 % αφιερώνουν 0, 1-2 ή 2 ημέρες (Πίνακας 40).

Πίνακας 40 Πίνακας συχνοτήτων για τις ημέρες/εβδομάδα φροντίδας

Ημέρα/εβδομάδα	Συχνότητα	Ποσοστό %
0 ημέρες	2	3.3 %
1-2 ημέρες	2	3.3 %
2 ημέρες	2	3.3 %
3 ημέρες	4	6.7 %
3-4 ημέρες	4	6.7 %
5 ημέρες	4	6.7 %
7 ημέρες	42	70.0 %

Σε ποσοστό 56.7% οι φροντιστές από το νοσοκομείο που συμμετείχαν στην έρευνα δε μοιράζονται τα βάρη της φροντίδας (Πίνακας 41).

Πίνακας 41 Πίνακας συχνοτήτων για το αν μοιράζεται η φροντίδα του ασθενή

Μοιράζεστε τη φροντίδα;	Συχνότητα	Ποσοστό %
Όχι	34	56.7 %
Ναι	26	43.3 %

Σε ποσοστό 15.4% μοιράζονται τη φροντίδα του ασθενή με την αδερφή τους, τη μητέρα τους, τα παιδιά τους ή το σύζυγό τους και το 47.7% με την αδερφή, τον πατέρα τα αδέρφια, τους γονείς, τα παιδιά (γιος, κόρη) και με τον πατέρα και το σύζυγο (Πίνακας 42).

Πίνακας 42 Πίνακας συχνοτήτων για το άτομο με το οποίο μοιράζεται η φροντίδα του ασθενή

Με ποιον μοιράζεστε τη φροντίδα	Συχνότητα	Ποσοστό %
Αδερφή, πατέρας	2	7.7 %
Αδέρφια	2	7.7 %
Γιος, κόρη	2	7.7 %
Γονείς	2	7.7 %
Κόρες	2	7.7 %
Μητέρα, αδερφή	4	15.4 %
Παιδιά	4	15.4 %
Πατέρας, αδερφή	2	7.7 %
Πατέρας, σύζυγος	2	7.7 %
Σύζυγος	4	15.4 %

Ο ασθενής που δέχεται φροντίδα από τον φροντιστή, πάσχει σε ποσοστό 56.7% από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, σε ποσοστό 10% από διαβήτη και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, σε ποσοστό 6.7% υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση ή έχει καρκίνο και ΧΝΑ, από ΧΝΑ και αιμοκάθαρση και σε ποσοστό 3.3% από άνοια και ΧΝΑ, από αυτοάνοσο και ΧΝΑ, από καρκίνο και ΧΝΑ και Α/Κ από ΧΝΑ σε τελικό στάδιο (Πίνακας 43).

Πίνακας 43 Πίνακας συχνότητων για το είδος ασθένειας

Ασθένεια που πάσχει	Συχνότητα	Ποσοστό %
A/K	4	6.7 %
ΑΝΟΙΑ, ΧΝΑ	2	3.3 %
Αυτοάνοσο, ΧΝΑ	2	3.3 %
Διαβήτη, ΧΝΑ	6	10.0 %
Καρκίνο, ΧΝΑ	4	6.7 %
Καρκινοπαθής, ΧΝΑ, A/K	2	3.3 %
ΧΝΑ	34	56.7 %
ΧΝΑ τελικό στάδιο	2	3.3 %
ΧΝΑ, A/K	4	6.7 %

Όλοι οι φροντιστές έχουν ασθενείς που μιλούν (Πίνακας 44).

Πίνακας 44 Πίνακας συχνότητων για την ικανότητα ομιλίας

Μιλάει	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	60	100.0 %

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (ποσοστό 93.3%) περπατά (Πίνακας 45).

Πίνακας 45 Πίνακας συχνότητων για το αν ο ασθενής περπατάει

Περπατάει	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	56	93.3 %
Όχι	4	6.7 %

Σε ποσοστό 93.3% αυτοεξυπηρετούνται οι ασθενείς (Πίνακας 46).

Πίνακας 46 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής αυτοεξυπηρετείται

Αυτοεξυπηρετείται	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	56	93.3 %
Όχι	4	6.7 %

Σε ποσοστό 93.1% οι ασθενείς νοιώθουν ευγνωμοσύνη για τους φροντιστές τους και μόνο το 3.4% δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί (Πίνακας 47).

Πίνακας 47 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής νιώθει ευγνωμοσύνη

Νιώθει ευγνωμοσύνη	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	54	93.1 %
Όχι	2	3.4 %
Δεν είναι σε θέση	2	3.4 %

Παρόμοια το 96.6 % των ασθενών καταλαβαίνουν τον κόπο του φροντιστή τους (Πίνακας 48).

Πίνακας 48 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής καταλαβαίνει τον κόπο

Καταλαβαίνει τον κόπο	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ναι	56	96.6 %
Όχι	2	3.4 %

Για τους συμμετέχοντες στην έρευνα, το 60% είναι αισιόδοξοι για το μέλλον και το 40% δεν ξέρουν. Αξίζει να σημειωθεί πως δεν υπάρχει η απάντηση όχι (Πίνακας 49).

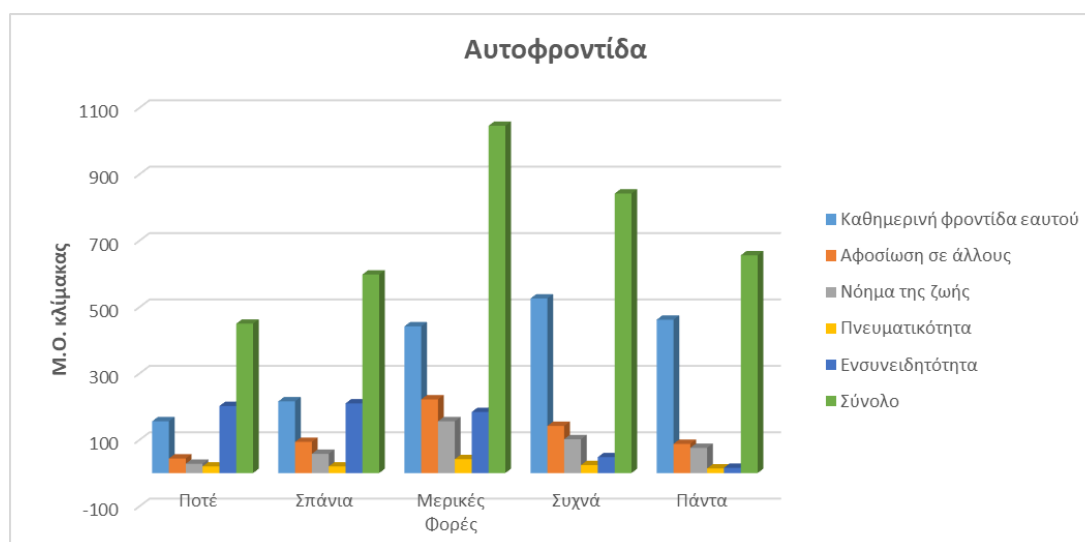
Πίνακας 49 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο φροντιστής είναι αισιόδοξος για το μέλλον

Είστε αισιόδοξος για το μέλλον;	Συχνότητα	Ποσοστό %
Δεν ξέρω	24	40.0 %
Ναι	36	60.0 %

5.1.2 Κλίμακα Αυτοφροντίδας, Νοήματος Ζωής και Μοναξιάς

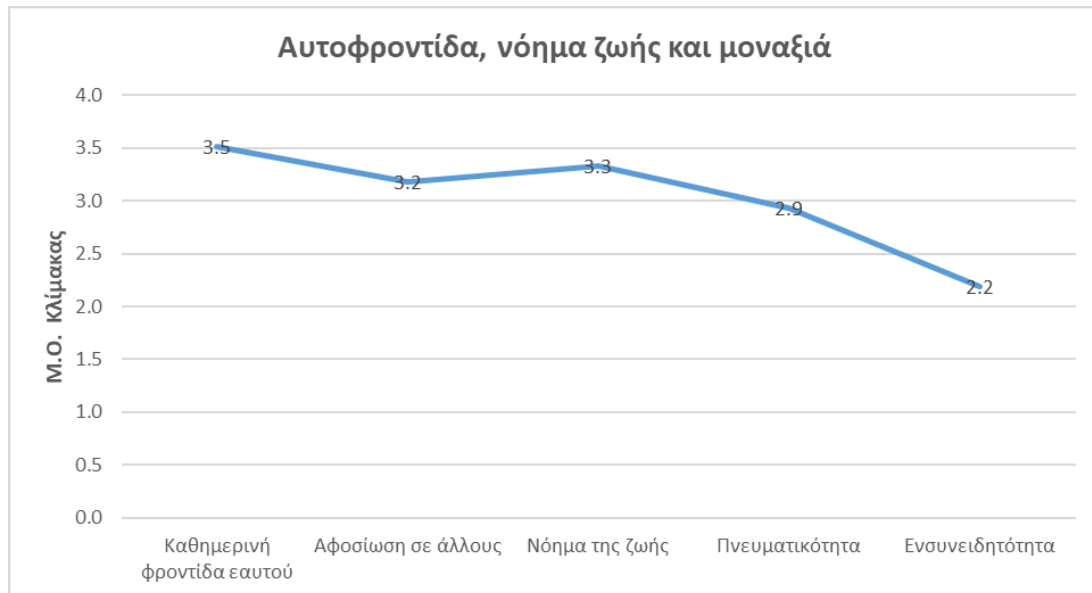
Ι. Γενικός πληθυσμός

Η κλίμακα αυτοφροντίδας, νοήματος ζωής και μοναξιάς αποτελείται από πέντε υποκλίμακες την καθημερινή φροντίδα εαυτού, την αφοσίωση σε άλλους, το νόημα της ζωής, την πνευματικότητα και την ενσυνειδητότητα. Στο γράφημα 5 καταγράφεται πως συχνά οι φροντιστές ασχολούνται με την καθημερινή φροντίδα του εαυτού τους, μερικές φορές διακατέχονται από συναισθήματα αφοσίωσης σε άλλους και εστιάζουν στο νόημα της ζωής και στην πνευματικότητα, ενώ σπάνια νοιώθουν ενσυνειδητότητα.



Γράφημα 5 Ραβδόγραμμα για τους Μ.Ο. του συνόλου των απαντήσεων σε κάθε υποκλίμακα αυτοφροντίδας

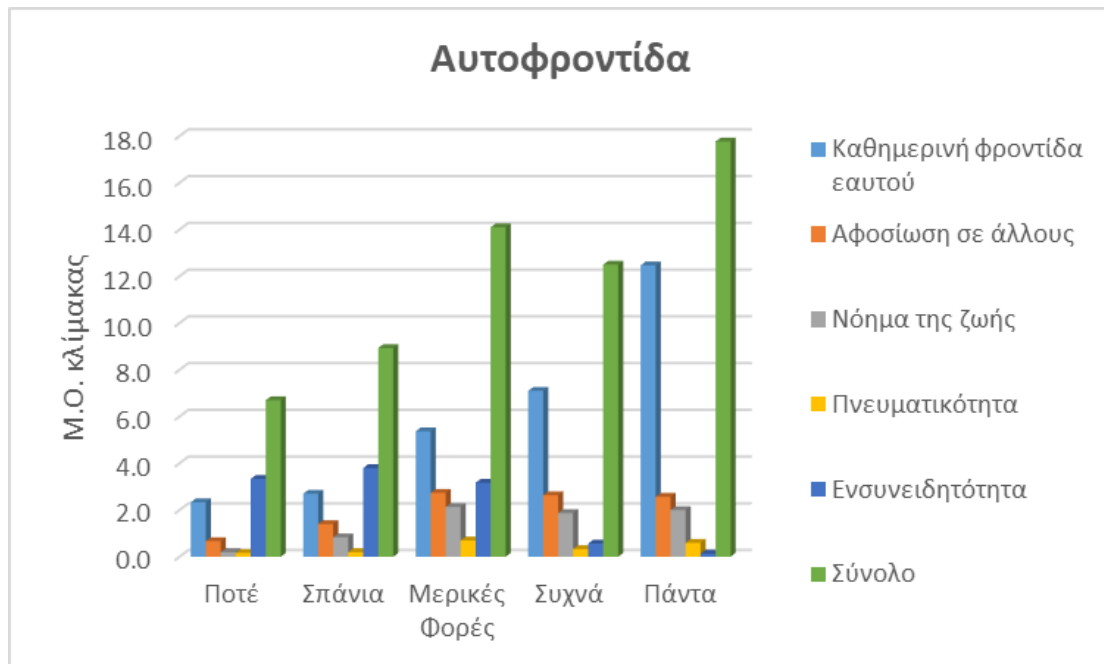
Οι μέσοι όροι για την κλίμακα της αυτοφροντίδας, δείχνουν για τον γενικό πληθυσμό πως υψηλότερο σκορ συγκεντρώνει η αυτοφροντίδα και το χαμηλότερο η ενσυνειδητότητα (Γράφημα 6).



Γράφημα 6 Ιστόγραμμα για τους Μ.Ο. των υποκλιμάκων της κλίμακας αυτοφροντίδας, νοήματος ζωής και μοναξιάς

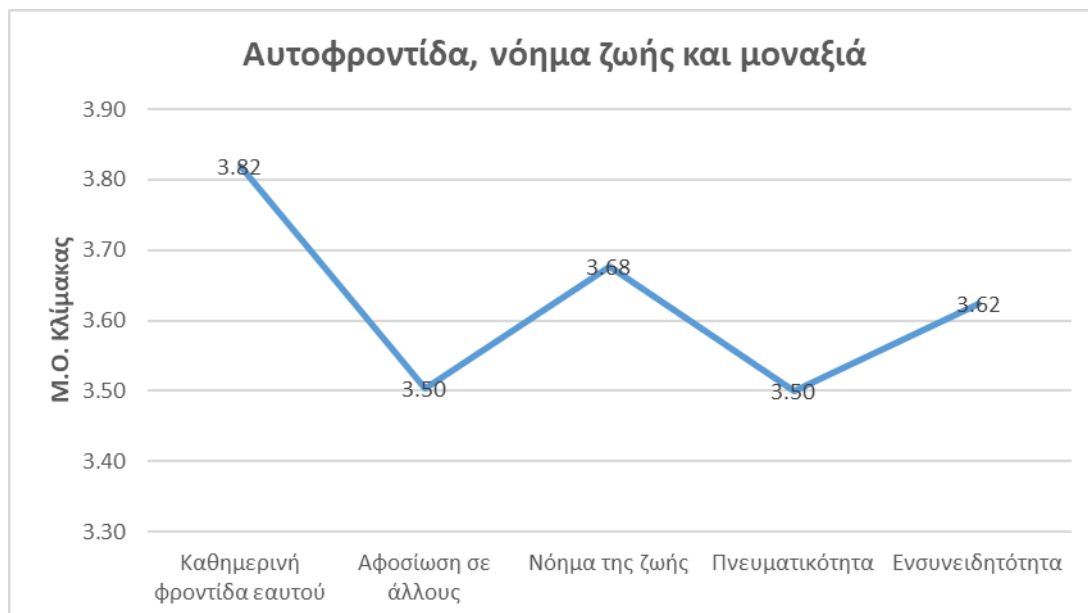
II. Στο νοσοκομείο

Στο γράφημα 7 καταγράφεται πως το δείγμα του νοσοκομείου ασχολείται πάντα με την καθημερινή φροντίδα του εαυτού τους, μερικές φορές διακατέχονται από συναισθήματα αφοσίωσης σε άλλους και εστιάζουν στο νόημα της ζωής και στην πνευματικότητα, ενώ συχνά νοιώθουν ενσυνειδητότητα.



Γράφημα 7 Ραβδόγραμμα για τους Μ.Ο. του συνόλου των απαντήσεων σε κάθε υποκλίμακα αυτοφροντίδας

Οι μέσοι όροι για την κλίμακα της αυτοφροντίδας, δείχνουν για τον νοσοκομειακό πληθυσμό πως υψηλότερο σκορ συγκεντρώνει η αυτοφροντίδα και το χαμηλότερο η αφοσίωσή στους άλλους και η πνευματικότητα (Γράφημα 8).



Γράφημα 8 Ιστόγραμμα για τους Μ.Ο. των υποκλιμάκων της κλίμακας αυτοφροντίδας, νοήματος ζωής και μοναξιάς

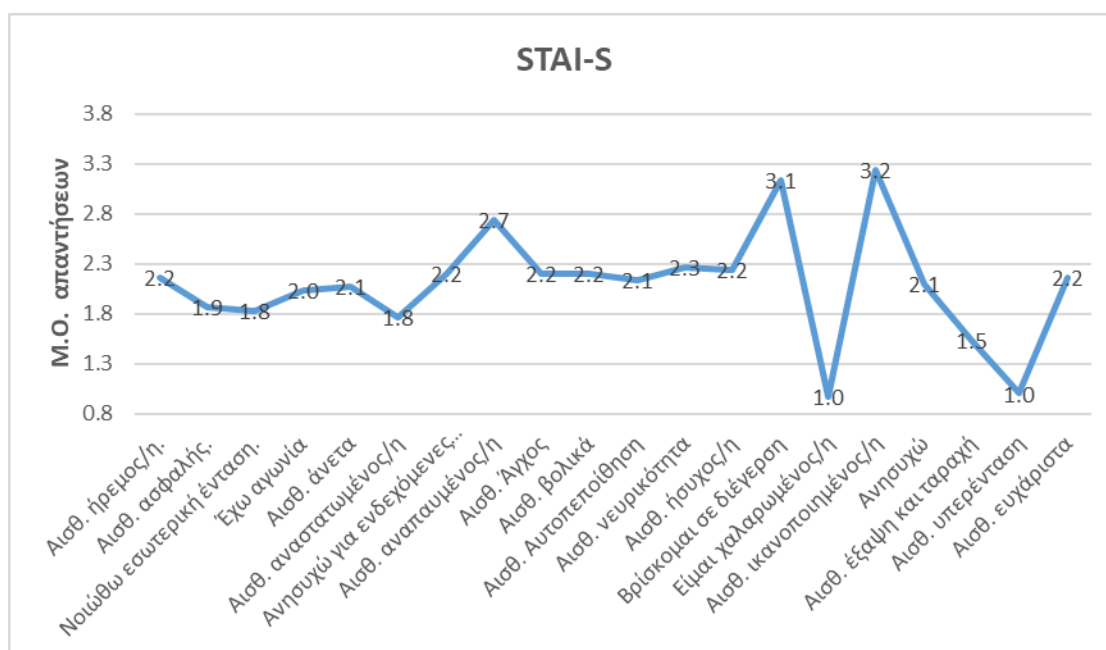
5.1.3 STAI

Ι. Γενικός πληθυσμός

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο του STAI, για την υποκλίμακα STAI-S (State Anxiety – Άγχος κατάστασης): Πώς αισθάνεται κάποιος τη δεδομένη στιγμή, οι παρακάτω θετικές ερωτήσεις αντιστρέφονται (δηλαδή υψηλή τιμή = λιγότερο άγχος, άρα πρέπει να μετατραπεί). Οι ερωτήσεις με αντιστροφή βαθμολογίας είναι οι: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 20.

Ο μέσος όρος προκύπτει από τη σχέση: $M.O. = \frac{(1 \cdot \text{καθόλου}) + (2 \cdot \text{κάπως}) + (3 \cdot \text{μέτρια}) + (4 \cdot \text{πάρα πολύ})}{60}$ (ή ανάλογα με αντιστροφή).

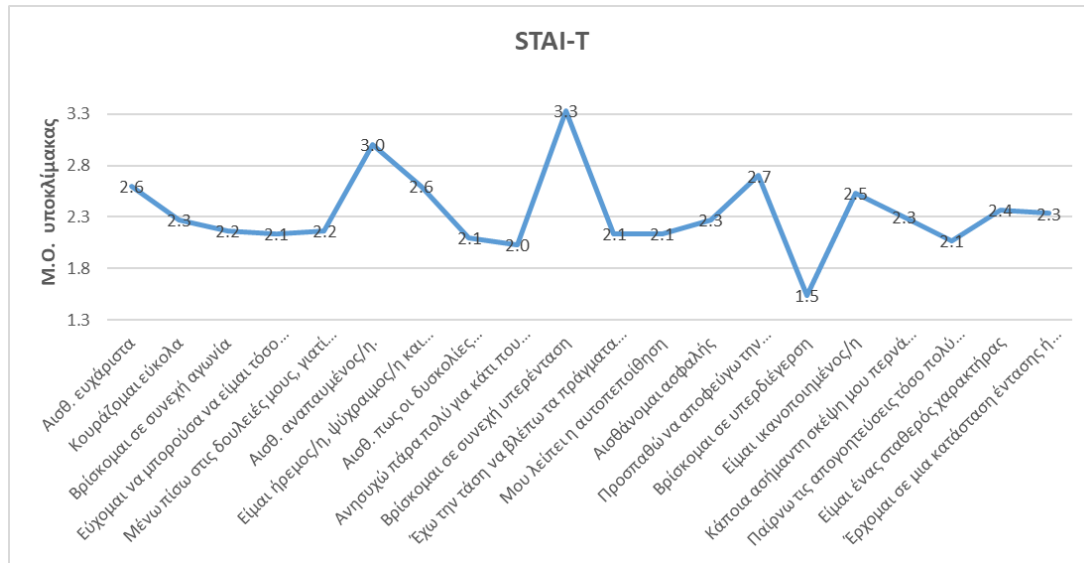
Προκύπτει πως η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα είναι 41.8 (Γράφημα 9).



Γράφημα 9 Ιστόγραμμα M.O. για την υποκλίμακα άγχος ως κατάσταση

Για την υποκλίμακα STAI-T (Trait Anxiety – Άγχος χαρακτηριστικό): Πώς αισθάνεται γενικά, ως προσωπικότητα, επίσης οι ερωτήσεις 21, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39 είναι αντίστροφης διαβάθμισης, δηλαδή υψηλή τιμή δείχνει λιγότερο άγχος. Αυτές πρέπει να αντιστραφούν πριν τον υπολογισμό του μέσου όρου. Υπολογίζεται

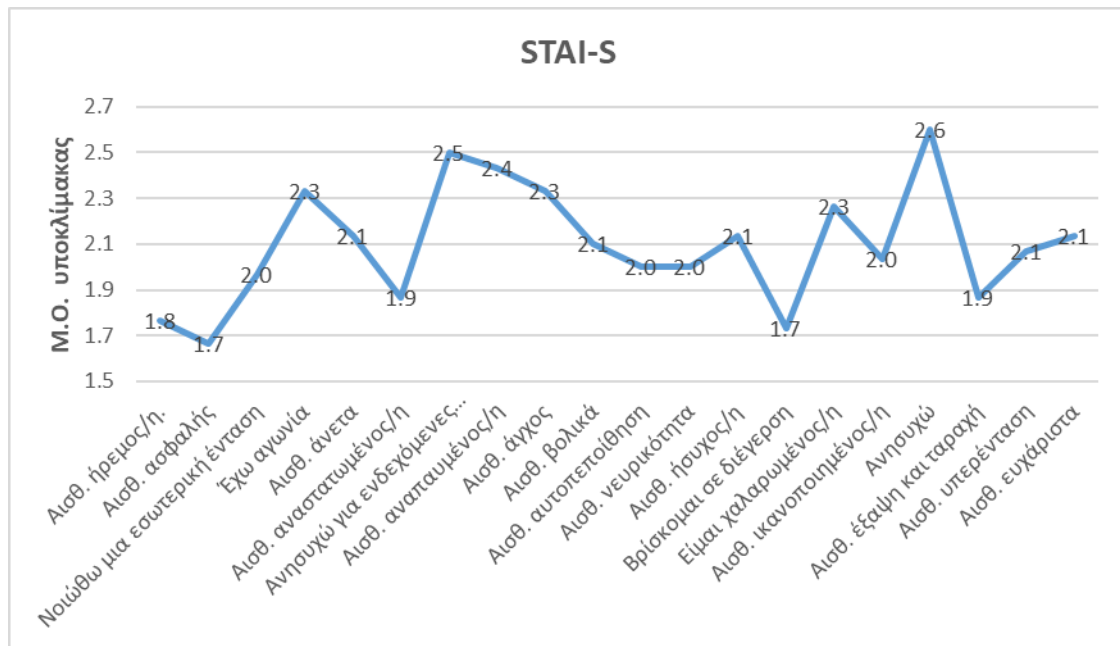
για τη δεύτερη υποκλίμακα ότι ο μέσος όρος είναι 46.8 και για τη συνολική κλίμακα 88.6 (Γράφημα 10).



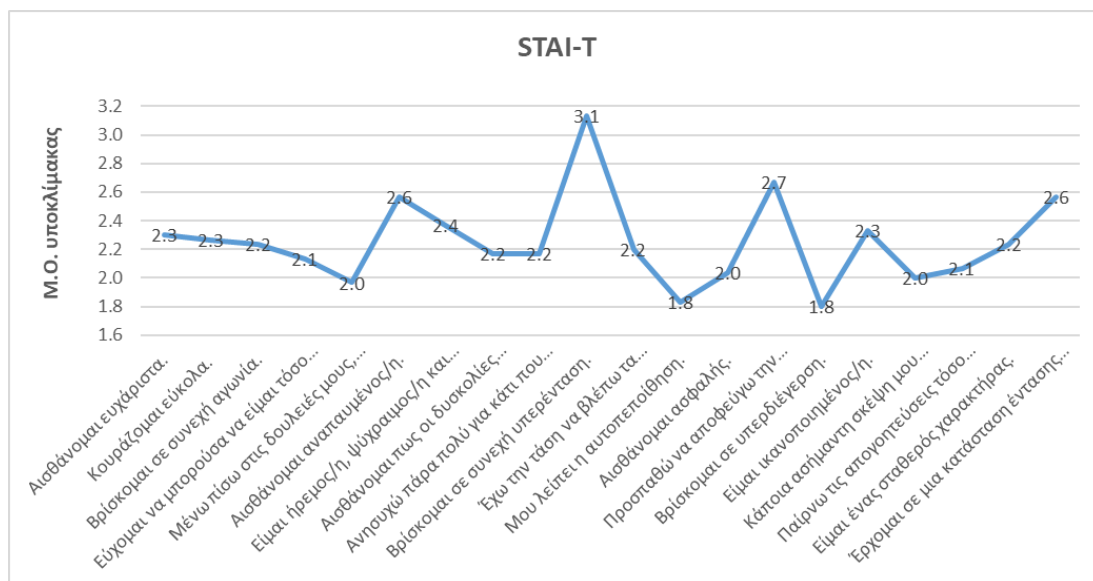
Γράφημα 10 Ιστόγραμμα Μ.Ο. για την υποκλίμακα άγχος ως χαρακτηριστικό

II. Στο νοσοκομείο

Με τον ίδιο τρόπο υπολογίζεται η βαθμολογία για το άγχος ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό στο νοσοκομείο. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα είναι 41.9, για τη δεύτερη υποκλίμακα 45 και για τη συνολική κλίμακα 86.9 (Γράφημα 11 και 12).



Γράφημα 11 Ιστόγραμμα M.O. για την υποκλίμακα άγχος ως κατάσταση



Γράφημα 12 Ιστόγραμμα M.O. για την υποκλίμακα άγχος ως χαρακτηριστικό

5.1.4 Κλίμακα Συναισθηματικής και Κοινωνικής Μοναξιάς - έκδοση του GR

1. Γενικός πληθυσμός

Η ελληνική έκδοση για την κλίμακα συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς ESLS-GR περιλαμβάνει 11 συνολικά ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 2, 3, 5, 6, 9, 10 ερωτήσεις μετρούν τη συναισθηματική μοναξιά και οι υπόλοιπες 5 ερωτήσεις μετρούν την κοινωνική μοναξιά. Οι συμμετέχοντες απαντούν σε μια κλίμακα Likert 5 σημείων, όπου: 1 = Δεν ισχύει καθόλου, 2 = Νομίζω δεν ισχύει, 3 = Δεν ξέρω, 4 = Ισχύει κανονικά, 5 = Ισχύει απόλυτα.

Ορισμένες ερωτήσεις είναι αρνητικά διατυπωμένες (εκφράζουν κοινωνική στήριξη και όχι μοναξιά) και χρειάζονται αναστροφή στη βαθμολογία. Αυτό σημαίνει πως πρέπει να αναστραφούν οι ερωτήσεις 1, 4, 7, 8, 11. Ένα χαμηλό σκορ σημαίνει υψηλό επίπεδο μοναξιάς ενώ ένα υψηλό σκορ δείχνει χαμηλό επίπεδο μοναξιάς / υψηλή κοινωνική και συναισθηματική ικανοποίηση.

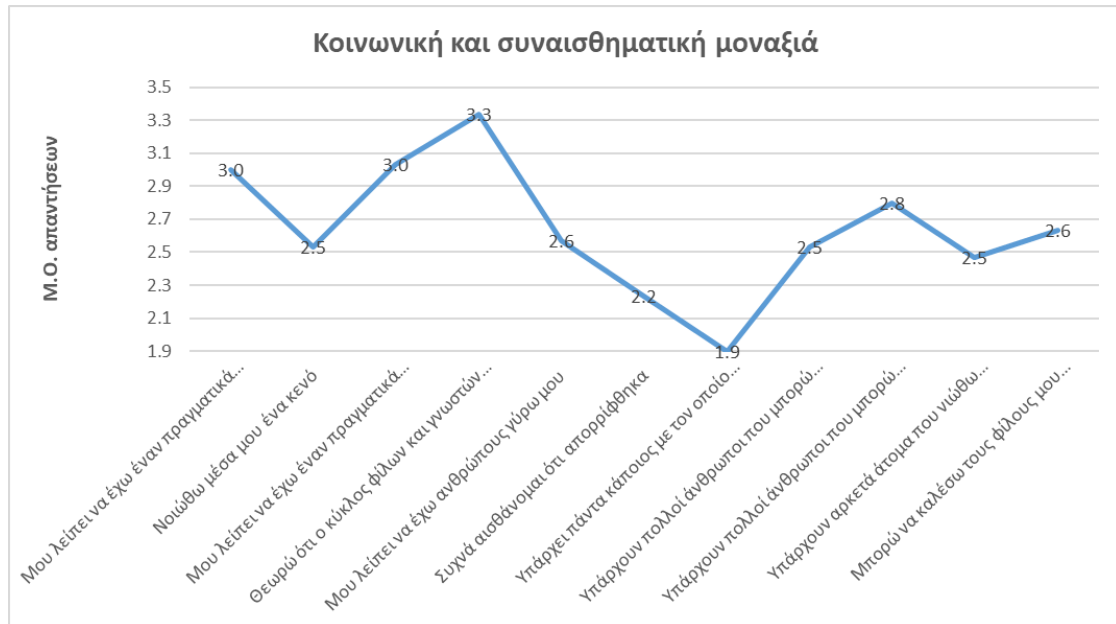
Όπως και στην προηγούμενη κλίμακα προκύπτει πως το σκορ για τη συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά είναι 28.8 (Γράφημα 13). Αξίζει να σημειωθεί πως η κοινωνική μοναξιά συγκεντρώνει υψηλότερα σκορ από τη συναισθηματική.



Γράφημα 13 Ιστογράμμα M.O. για την κλίμακα κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά

II. Στο νοσοκομείο

Το γενικό σκορ για τους ερωτηθέντες στο νοσοκομείο της κλίμακας κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά είναι 29 (Γράφημα 14).



Γράφημα 14 Ιστόγραμμα Μ.Ο. για την κλίμακα κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά

Στην περίπτωση του πληθυσμού του νοσοκομείου, η συναισθηματική μοναξιά έχει υψηλότερα σκορ από την κοινωνική μοναξιά.

5.1.5 Στατιστική ανάλυση

I. Γενικός πληθυσμός

Υπολογίζουμε το γραμμικό συντελεστή συσχέτισης r Pearson για να συσχετίσουμε τις μεταβλητές από τις τρεις κλίμακες που έχουμε, την αυτοφροντίδα, την κλίμακα STAI και την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά. Επίσης θα τις συσχετίσουμε με τα δημογραφικά στοιχεία. Ο γραμμικός συντελεστής είναι ένας δείκτης που κυμαίνεται από -1 έως 1.

Προκύπτει πως η αυτοφροντίδα με το άγχος ως κατάσταση συσχετίζονται μέτρια αρνητικά ($r=-0.548$), με το άγχος ως χαρακτηριστικό μέτρια αρνητικά ($r=-0.602$) και με την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά επίσης μέτρια αρνητικά ($r=-0.581$). Το άγχος ως κατάσταση συσχετίζεται υψηλά θετικά με το άγχος ως χαρακτηριστικό ($r=0.862$) αλλά και με την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά ($r=0.913$) και το άγχος ως χαρακτηριστικό συσχετίζεται υψηλά θετικά με την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά ($r=0.923$). Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης είναι στατιστικά σημαντικοί σε στάθμη σημαντικότητας $p<0.001$ (Πίνακας 20).

Πίνακας 50 Πίνακας συσχετίσεων των κλιμάκων

	Αυτοφροντίδα Μ.Ο.	STAI-S	STAI-T	Κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά
Αυτοφροντίδα Μ.Ο.	—			
STAI-S	-0.548 ***	—		
STAI-T	-0.602 ***	0.862 ***	—	
Κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά	-0.581 ***	0.913 ***	0.923 ***	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Για τον υπολογισμό του μοντέλου γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης θεωρούμε πως εξαρτημένη μεταβλητή (Dependent Variable) είναι η αυτοφροντίδα και ανεξάρτητες μεταβλητές οι STAI-S (άγχος κατάσταση – State Anxiety), STAI-T (άγχος ιδιοσυγκρασίας – Trait Anxiety), Κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά. Υπολογίζεται πως $R^2 = 0.367 < 1$. Αν και είναι μικρό, μπορεί να θεωρηθεί στις κοινωνικές επιστήμες αποδεκτό. Από τις επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη, προκύπτει πως όλα τα β είναι αρνητικά, άρα όσο αυξάνονται τα επίπεδα άγχους και μοναξιάς, μειώνεται η αυτοφροντίδα – αλλά το αποτέλεσμα για το συγκεκριμένο δείγμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό καθώς και το $p>0.05$ παντού. Επιπλέον το μεγαλύτερο β είναι του άγχους ως χαρακτηριστικό ($\beta=-0.4359$) (Πίνακας 51).

Πίνακας 51 Παλινδρόμηση της αυτοφροντίδας απέναντι στο άγχος και στην κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά

Ανεξάρτητες μεταβλητές	β	SE	t	p
STAI-S	-0.0522	0.231	-0.199	0.843
STAI-T	-0.4359	0.312	-1.569	0.122
Κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά	-0.1311	0.256	-0.380	0.705

Η απουσία στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων ενδέχεται να οφείλεται στο περιορισμένο μέγεθος δείγματος. Στη συνέχεια τρέχουμε το t test για να βρούμε σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων με δυο μόνο κατηγορίες και την ανάλυση διασποράς ANOVA I για να βρούμε σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων με περισσότερες κατηγορίες. Η ανάλυση t-test γίνεται για το φύλο και δεν δείχνει σημαντικές διαφορές και το ίδιο για τις υπόλοιπες ομάδες δυο κατηγοριών.

Η ANOVA πραγματοποιείται για την ηλικία. Το τεστ των Shapiro - Wilk έδωσε $p < 0.05$. Κατά συνέπεια δεν έχουμε κανονική κατανομή. Εφαρμόζουμε το μη παραμετρικό τεστ των Kruskal – Wallis για την αυτοφροντίδα, το άγχος ως κατάσταση και χαρακτηριστικό και την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά και την ηλικία. Για την αυτοφροντίδα $\chi^2(5) = 21.6$ και $p < 0.001$, για το STAI-S $\chi^2(5) = 56.9$ και $p < 0.001$, για το STAI-T $\chi^2(5) = 52.3$ και $p < 0.001$ και για την μοναξιά $\chi^2(5) = 51.7$ και $p < 0.001$. Άρα συμπεραίνουμε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και των τριών κλιμάκων σε στάθμη σημαντικότητας 0.05. Οι συγκρίσεις ανά δυο στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες αναδεικνύουν σημαντικές διαφορές για το άγχος ως χαρακτηριστικό μεταξύ των ηλικιών 18-24 και 35-44, 25-34 και 35-44 με τους 25-34, 35-44, 45-54 και 65+ ($p < 0.05$). Για το άγχος ως χαρακτηριστικό σημαντικά διαφέρουν οι 18-24 με τους 35-44, οι 25-34 με τους 65+, οι 35-44 και 45-54 με τους μεγαλύτερους τους. Σε σχέση με την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά διαφέρουν οι 25-34, 35-44 και 45-54 με τους 65+ (Πίνακας 52).

Πίνακας 52 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner

Συγκρίσεις κατά ζεύγη

		W	P(αυτοφροντίδα)	P(STAI-S)	P(STAI-T)	P(κοινωνική-συναισθ. Μοναξιά)
18-24	25-34	-1.510	0.894		0.701	0.532
18-24	35-44	-2.988	0.281	< .001	< .001	0.012
18-24	45-54	-3.871	0.068	0.011	0.011	0.018
18-24	55-64	-2.588	0.446	0.032	0.032	0.032
18-24	65+	-4.259	0.031	0.009	0.020	0.024
25-34	35-44	-1.561	0.880	< .001	0.004	0.005
25-34	45-54	-2.141	0.656	< .001	0.044	0.001
25-34	55-64	-0.742	0.995	0.002	0.007	0.007
25-34	65+	-4.361	0.025	< .001	< .001	< .001
35-44	45-54	-0.815	0.993	< .001	0.762	0.032
35-44	55-64	0.619	0.998	< .001	< .001	0.002
35-44	65+	-4.111	0.043	< .001	< .001	< .001
45-54	55-64	1.716	0.831	0.972	0.009	0.032
45-54	65+	-4.218	0.034	0.002	< .001	0.002
55-64	65+	-4.007	0.052	0.0014	0.626	0.308

Όμοια, από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζει το επάγγελμα και ειδικότερα ως προς το άγχος ως κατάσταση σημαντικά διαφέρουν οι πτυχιούχοι ΑΕΙ με τους απόφοιτους γυμνασίου, λυκείου και με τους κατόχους μεταπτυχιακού ($p < 0.001$), σε σχέση με το άγχος ως χαρακτηριστικό σημαντικά διαφέρουν οι απόφοιτοι ΑΕΙ με τους απόφοιτους γυμνασίου ($p < 0.001$) και ως προς την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά οι απόφοιτοι ΑΕΙ με τους απόφοιτους λυκείου ($p < 0.001$). Οι 7 ημέρες φροντίδας ανά εβδομάδα εμφανίζουν σημαντικές διαφορές ως προς όλες τις άλλες, για το άγχος ως κατάσταση και για την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά, σημαντικά διαφέρουν οι 1-2 ημέρες με τις 7 ημέρες την εβδομάδα ($p < 0.001$).

II. Στο νοσοκομείο

Για τους ερωτηθέντες στο νοσοκομείο αναδεικνύεται πως η αυτοφροντίδα με το άγχος ως κατάσταση συσχετίζονται μέτρια αρνητικά ($r=-0.542$), με το άγχος ως χαρακτηριστικό μέτρια αρνητικά ($r=-0.574$) και με την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά επίσης μέτρια αρνητικά ($r=-0.545$). Το άγχος ως κατάσταση συσχετίζεται υψηλά θετικά με το άγχος ως χαρακτηριστικό ($r=0.903$) αλλά και με την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά ($r=0.947$) και το άγχος ως χαρακτηριστικό συσχετίζεται υψηλά θετικά με την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά ($r=0.906$). Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης είναι στατιστικά σημαντικοί σε στάθμη σημαντικότητας $p<0.001$ (Πίνακας 53).

Πίνακας 53 Πίνακας συσχετίσεων των κλιμάκων

	Αυτοφροντίδα M.O.	STAI-S	STAI-T	Κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά
Αυτοφροντίδα M.O.	—			
STAI-S	-0.542 ***	—		
STAI-T	-0.574 ***	0.903 ***	—	
Κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά	-0.545 ***	0.947 ***	0.906 ***	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Για τον υπολογισμό του γραμμικού μοντέλου πολλαπλής παλινδρόμησης προκύπτει πως $R^2 = 0.333 < 1$, που αν και μικρό, μπορεί να θεωρηθεί στις κοινωνικές επιστήμες αποδεκτό. Από τις επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη, προκύπτει πως πάλι όλα τα β είναι αρνητικά, άρα όσο αυξάνονται τα επίπεδα άγχους και μοναξιάς, μειώνεται η αυτοφροντίδα – αλλά το αποτέλεσμα για το συγκεκριμένο δείγμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό καθώς και το $p>0.05$ παντού. Επιπλέον το μεγαλύτερο β είναι του άγχους ως χαρακτηριστικό και έχει ισχυρότερη ερμηνευτική σημασία ($\beta=-0.4322$) (Πίνακας 54).

Πίνακας 54 Πίνακας συσχετίσεων των κλιμάκων

Ανεξάρτητες μεταβλητές	β	SE	t	p
STAI-S	-0.0585	0.355	-0.162	0.872
STAI-T	-0.4322	0.296	-1.583	0.119
Κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά	-0.0980	0.274	-0.268	0.790

Στη συνέχεια διερευνούμε τις σημαντικές διαφορές για τις κλίμακες και τα δημογραφικά στοιχεία. Η ανάλυση t-test γίνεται για το φύλο, αφού έχει δυο κατηγορίες. Το τεστ των Shapiro - Wilk έδωσε $p < 0.05$ για όλες τις κλίμακες και επομένως η κατανομή δεν είναι κανονική. Εφαρμόζουμε το τεστ των Mann-Whitney U για το φύλο και προκύπτει πως δεν υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά ($p > 0.05$). Το ίδιο ισχύει και για τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τις τρεις κλίμακες που εξετάζουμε.

Η ANOVA πραγματοποιείται για την ηλικία. Το τεστ των Shapiro - Wilk έδωσε $p < 0.01$. Κατά συνέπεια δεν έχουμε κανονική κατανομή. Εφαρμόζουμε το μη παραμετρικό τεστ των Kruskal - Wallis για την αυτοφροντίδα, το άγχος ως κατάσταση και χαρακτηριστικό και την κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά και την ηλικία. Για την αυτοφροντίδα $\chi^2(5) = 16$ και $p = 0.003$, για το STAI-S $\chi^2(5) = 50.5$ και $p < 0.001$, για το STAI-T $\chi^2(5) = 42.2$ και $p < 0.001$ και για την μοναξιά $\chi^2(5) = 48.5$ και $p < 0.001$. Άρα συμπεραίνουμε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και των τριών κλιμάκων σε στάθμη σημαντικότητας 0.05.

Οι συγκρίσεις ανά δυο στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες αναδεικνύουν σημαντικές διαφορές για το άγχος ως χαρακτηριστικό μεταξύ των ηλικιών 35-44 και 55-64, 65+, 45-64 με τους 25-34, 35-44, 45-54 και 65+ ($p < 0.05$). Για το άγχος ως χαρακτηριστικό και κατάσταση σημαντικά διαφέρουν οι ίδιες ηλικιακές ομάδες με το άγχος ($p < 0.001$) (Πίνακας 55).

Συγκρίσεις κατά ζεύγη

		W	P(αυτοφροντίδα)	P(STAI-S)	P(STAI-T)	P(κοινωνική-συναισθ. Μοναξιά)
25-34	35-44	-1.510	0.938			
25-34	45-54	-2.988	0.451	0.856	0.938	0.415
25-34	55-64	-3.871	0.440	0.038	0.001	0.314
25-34	65+	-2.588	0.426	0.296	0.368	0.357
35-44	45-54	-1.095	0.050	0.151	0.327	0.015
35-44	55-64	-2.366	0.063	< .001	< .001	< .001
35-44	65+	-2.390	0.009	< .001	< .001	< .001
45-54	55-64	-2.423	0.877	0.076	0.014	0.024
45-54	65+	-3.854	0.976	< .001	0.001	< .001
55-64	65+	-3.739	0.536	< .001	< .001	< .001

5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Από το σύνολο των 60 συμμετεχόντων του γενικού πληθυσμού, το μεγαλύτερο ποσοστό (56.7%) αφορά γυναίκες. Η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι εκείνη των 35–44 ετών (30%). Οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (34%) και κατάγονται κυρίως από χωριό ή κωμόπολη (46.7%). Η πλειονότητα (80%) έχει αδέρφια, με πιο συχνό αριθμό τα ένα αδερφό (54.2%) και τοποθετούνται κυρίως στη δεύτερη σειρά γέννησης (37.5%). Το 60% έχουν παιδιά, με συχνότερο αριθμό τα δύο παιδιά (55.6%).

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι λυκείου (36.7%) και απασχολούνται κυρίως με τα οικιακά (43.3%). Οι φροντιστές κατά πλειοψηφία (46.7%) φροντίζουν τον πατέρα τους, ενώ η συχνότερη διάρκεια φροντίδας είναι 10 έτη (16.7%). Οι περισσότεροι αφιερώνουν 3–4 ώρες την ημέρα (13.3%) και φροντίζουν τον ασθενή όλες τις ημέρες της εβδομάδας (43.3%). Το 76.7% μοιράζονται τη φροντίδα, κυρίως με την αδερφή τους (37.5%).

Σε ό,τι αφορά την κατάσταση των ασθενών, οι περισσότεροι πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σε συνδυασμό με αιμοκάθαρση (43.3%). Όλοι μπορούν να

μιλήσουν, η πλειοψηφία (96.7%) περπατά και το 80% αυτοεξυπηρετείται. Η μεγάλη πλειοψηφία (83.3%) νιώθει ευγνωμοσύνη προς τον φροντιστή και το 90% αντιλαμβάνεται τον κόπο του. Τέλος, το 46.7% των φροντιστών δηλώνει αισιοδοξία για το μέλλον.

Η αυτοφροντίδα αποτελεί τη διάσταση με το υψηλότερο σκορ, καθώς οι φροντιστές φροντίζουν συχνά τον εαυτό τους στην καθημερινότητα. Ακολουθούν το νόημα ζωής, η πνευματικότητα και η αφοσίωση σε άλλους, ενώ χαμηλότερο σκορ συγκεντρώνει η ενσυνειδητότητα, που βιώνεται σπάνια. Στην κλίμακα άγχους STAI, ο μέσος όρος για το άγχος κατάστασης (STAI-S) είναι 41.8, ενώ το άγχος ως χαρακτηριστικό (STAI-T) είναι 46.8. Η συνολική βαθμολογία άγχους φτάνει το 88.6, υποδηλώνοντας ότι οι συμμετέχοντες βιώνουν μέτρια επίπεδα άγχους. Στην κλίμακα συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς (ESLS-GR), το συνολικό σκορ είναι 28.8, με τις διαστάσεις της κοινωνικής μοναξιάς να συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες σε σύγκριση με τη συναισθηματική, γεγονός που υποδηλώνει καλύτερη κοινωνική ένταξη και υποστήριξη.

Στον γενικό πληθυσμό, παρατηρήθηκαν μέτριες αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ αυτοφροντίδας και των μεταβλητών άγχους (κατάστασης και χαρακτηριστικού) και μοναξιάς, ενώ οι μεταβλητές άγχους και μοναξιάς συσχετίζονται έντονα θετικά μεταξύ τους ($p < 0.001$).

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ανέδειξε ότι η αύξηση του άγχους και της μοναξιάς συνδέεται με μειωμένη αυτοφροντίδα, ωστόσο τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά, πιθανόν λόγω περιορισμένου δείγματος. Η ανάλυση κατά ηλικιακές ομάδες μέσω του μη παραμετρικού τεστ Kruskal–Wallis έδειξε σημαντικές διαφορές στην αυτοφροντίδα, το άγχος και τη μοναξιά ($p < 0.001$), με πιο έντονες διακυμάνσεις στις ηλικίες 35–44 και 65+. Επιπλέον, σημαντικές διαφορές προέκυψαν ως προς την εκπαίδευση και τη συχνότητα φροντίδας. Οι πτυχιούχοι ΑΕΙ και όσοι φροντίζουν 7 ημέρες την εβδομάδα εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και μοναξιάς σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες.

Στο δείγμα του νοσοκομείου, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 60 έτη, με το 50% να είναι άνω των 65 ετών. Η πλειοψηφία (66.7%) είναι γυναίκες και οι περισσότεροι (63.3%) είναι έγγαμοι. Οι συμμετέχοντες κατάγονται κυρίως από χωριό ή κωμόπολη (73.3%) και στη μεγάλη τους πλειοψηφία (80%) έχουν αδέρφια, με πιο συχνή περίπτωση να έχουν ένα (46.2%). Το 46.2% είναι δευτερότοκοι. Το 73.3% έχουν παιδιά, κυρίως δύο (57.1%). Αναφορικά με την εκπαίδευση, το μεγαλύτερο

ποσοστό είναι απόφοιτοι λυκείου (43.3%) και οι περισσότεροι είναι συνταξιούχοι (43.3%). Οι μισοί φροντίζουν τον/την σύζυγό τους (50%) και το μεγαλύτερο ποσοστό (20%) φροντίζει τον ασθενή για 10 έτη. Όσον αφορά τον ημερήσιο χρόνο φροντίδας, το 13.3% αφιερώνει 24 ώρες την ημέρα, ενώ οι περισσότεροι (70%) φροντίζουν τον ασθενή όλες τις ημέρες της εβδομάδας. Η πλειοψηφία (56.7%) δεν μοιράζεται τη φροντίδα. Η συχνότερη πάθηση των ασθενών είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (56.7%). Όλοι οι ασθενείς μπορούν να μιλήσουν, η πλειονότητα (93.3%) περπατά και αυτοεξυπηρετείται. Σχεδόν όλοι (93.1%) νιώθουν ευγνωμοσύνη και κατανοούν τον κόπο του φροντιστή (96.6%). Τέλος, το 60% των φροντιστών δηλώνει αισιοδοξία για το μέλλον.

Η αυτοφροντίδα συγκεντρώνει το υψηλότερο σκορ στην αντίστοιχη κλίμακα, καθώς οι φροντιστές φροντίζουν πάντα τον εαυτό τους καθημερινά. Ακολουθεί η ενσυνειδητότητα, που εμφανίζεται συχνότερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ χαμηλότερα σκορ καταγράφονται στην πνευματικότητα και στην αφοσίωση σε άλλους. Στην κλίμακα άγχους STAI, ο μέσος όρος για το άγχος κατάστασης (STAI-S) είναι 41.9, για το άγχος ως χαρακτηριστικό (STAI-T) είναι 45, και η συνολική βαθμολογία άγχους ανέρχεται σε 86.9, καταδεικνύοντας παρόμοια επίπεδα άγχους με τον γενικό πληθυσμό. Στην κλίμακα κοινωνικής και συναισθηματικής μοναξιάς (ESLS-GR), το συνολικό σκορ ανέρχεται σε 29, υποδεικνύοντας ελαφρώς καλύτερα επίπεδα κοινωνικής και συναισθηματικής ικανοποίησης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, υψηλότερα σκορ καταγράφονται στη συναισθηματική μοναξιά σε σχέση με την κοινωνική.

Στο δείγμα ερωτηθέντων από νοσοκομείο, η αυτοφροντίδα συσχετίζεται μέτρια αρνητικά με το άγχος (ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό) και με την κοινωνική-συναισθηματική μοναξιά. Το άγχος ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό συσχετίζονται πολύ θετικά μεταξύ τους και επίσης με τη μοναξιά. Όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές.

Η πολλαπλή παλινδρόμηση έδειξε πως όσο αυξάνονται τα επίπεδα άγχους και μοναξιάς, μειώνεται η αυτοφροντίδα, αλλά το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Το άγχος ως χαρακτηριστικό έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στην εξήγηση της αυτοφροντίδας.

Όσον αφορά τα δημογραφικά, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα αυτοφροντίδας, άγχους και μοναξιάς με βάση το φύλο ή άλλα χαρακτηριστικά, εκτός από την ηλικία. Η ανάλυση έδειξε σημαντικές διαφορές ανά ηλικιακές ομάδες στις

τρεις κλίμακες, με συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες να διαφοροποιούνται σημαντικά στο άγχος ως χαρακτηριστικό και ως κατάσταση.

6. Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Η παρούσα εργασία είχε ως βασικό της σκοπό την αξιολόγηση των επιπέδων αυτοφροντίδας, άγχους και μοναξιάς σε άτυπους φροντιστές ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (ESKD), οι οποίοι υποβάλλονται σε τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Επιπλέον, επιχειρήθηκε η διερεύνηση παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την ψυχοσωματική τους υγεία. Τα αποτελέσματα της εργασίας κατέδειξαν πως ο γενικός στόχος καλύφθηκε επαρκώς, ενώ οι περισσότεροι από τους επιμέρους στόχους ικανοποιήθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό, με μία εξαίρεση που αφορά την κατάθλιψη, η οποία δεν μετρήθηκε ξεχωριστά.

Όσον αφορά τον πρώτο επιμέρους στόχο, δηλαδή τη μέτρηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, η έρευνα κάλυψε επαρκώς το άγχος, καθώς αξιολογήθηκε μέσω της έγκυρης και αξιόπιστης κλίμακας STAI, τόσο ως άγχος κατάστασης (state anxiety) όσο και ως άγχος χαρακτηριστικό (trait anxiety). Οι μέσες τιμές και η στατιστική ανάλυση αποκάλυψαν διαφοροποιήσεις ανάλογα με το περιβάλλον (νοσοκομειακός ή γενικός πληθυσμός), την ηλικία, την επαγγελματική κατάσταση και τη συχνότητα φροντίδας. Ωστόσο, η κατάθλιψη δεν αξιολογήθηκε με ειδική κλίμακα (όπως π.χ. CES-D ή BDI), γεγονός που περιορίζει εν μέρει την πληρότητα του συγκεκριμένου στόχου. Παρόλα αυτά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι το άγχος ως βασικός δείκτης ψυχικής επιβάρυνσης αναδείχθηκε ικανοποιητικά.

Ο δεύτερος στόχος, που σχετιζόταν με τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του χρόνου φροντίδας και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, καλύφθηκε με σαφήνεια για το άγχος. Η ανάλυση συσχετίσεων και διαφορών μεταξύ ομάδων (t-test, Kruskal-Wallis) έδειξε ότι οι φροντιστές που παρέχουν φροντίδα καθημερινά (7 ημέρες την εβδομάδα) εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους και μοναξιάς. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την επίδραση του χρόνου φροντίδας στην ψυχική κατάσταση των φροντιστών και καθιστούν εμφανή την ανάγκη για υποστήριξη και παρεμβάσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ο τρίτος στόχος, που αφορούσε την αξιολόγηση της επίδρασης της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία, καλύφθηκε μέσω της χρήσης της κλίμακας ESLS-GR, η οποία αποτυπώνει τα επίπεδα συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς.

Δεδομένου ότι η μοναξιά λειτουργεί αντιστρόφως ανάλογα προς την κοινωνική υποστήριξη, η αρνητική της συσχέτιση με την αυτοφροντίδα και η θετική με το άγχος επιβεβαιώνει τον ρόλο της κοινωνικής στήριξης ως προστατευτικού παράγοντα για την ψυχική υγεία των φροντιστών.

Συνολικά, η έρευνα ανταποκρίθηκε επαρκώς στον γενικό σκοπό και στους επιμέρους στόχους, με μοναδική επιστημονική αδυναμία την απουσία ειδικής μέτρησης για την κατάθλιψη. Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να ενσωματώσει επιπλέον εργαλεία ψυχολογικής αξιολόγησης για την παροχή πληρέστερης εικόνας της ψυχικής υγείας των φροντιστών, καθώς και να εξετάσει παρεμβάσεις μείωσης του άγχους και ενίσχυσης της κοινωνικής στήριξης.

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας που δείχνουν ότι οι άτυποι φροντιστές ασθενών με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (ESKD) εμφανίζουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα άγχους και κοινωνικής μοναξιάς, τα οποία σχετίζονται αρνητικά με την αυτοφροντίδα τους είναι συνεπή με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία αναγνωρίζει ότι οι φροντιστές ασθενών με χρόνια νοσήματα είναι πιο επιρρεπείς σε ψυχική δυσφορία, όπως άγχος, κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση (Gilbertson et al., 2019; Lwi et al., 2017; Zyada et al., 2013).

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, η ψυχική υγεία των φροντιστών συχνά επηρεάζεται από την ψυχική κατάσταση των ασθενών που φροντίζουν. Για παράδειγμα, οι φροντιστές εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης όταν οι ασθενείς τους έχουν επίσης υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Gerogianni et al., 2018). Οι Lwi et al. (2017) διαπίστωσαν ότι οι φροντιστές έχουν έως και τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης και τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν θεραπεία για αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με μη φροντιστές.

Η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται σημαντικός προστατευτικός παράγοντας, αν και στην παρούσα μελέτη η κοινωνική μοναξιά δεν βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την αυτοφροντίδα, κάτι που ενδέχεται να οφείλεται σε περιορισμούς του δείγματος. Ωστόσο, όπως επισημαίνουν οι Cacioppo και Hawkley (2009), η κοινωνική απομόνωση σχετίζεται με χειρότερη ψυχική και σωματική υγεία. Οι Beining και Ying (2024) τόνισαν τη σημασία της ενσυναίσθησης και της εκπαίδευσης των φροντιστών για την πρόληψη της κοινωνικής απομόνωσης και την ενίσχυση υποστηρικτικών σχέσεων.

Η διάρκεια και η ένταση της φροντίδας συσχετίζονται επίσης με αυξημένο άγχος και ψυχική επιβάρυνση, όπως επιβεβαιώνεται τόσο από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όσο και από σχετική βιβλιογραφία (McGuigan et al., 2024; Schulz & Sherwood, 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, έχει αναγνωριστεί ότι το φύλο, ο χρόνος φροντίδας και οι συνθήκες διαβίωσης συμβάλλουν σημαντικά στην επιβάρυνση του φροντιστή (Chappell, Dujela & Smith, 2015). Γυναίκες φροντιστές αναφέρονται συχνότερα και καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης, γεγονός που αποδίδεται τόσο στους κοινωνικούς ρόλους όσο και στην αυξημένη εκφραστικότητα των γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες (Akpınar, Küçükçifçi & Yener, 2011; Chaplin, 2015).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν επίσης ότι η ηλικία επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα άγχους, μοναξιάς και αυτοφροντίδας, ενώ το φύλο και άλλοι δημογραφικοί παράγοντες δεν φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση. Παρ' όλα αυτά, η διεθνής βιβλιογραφία, όπως επισημαίνεται από τους Alshammari et al. (2021), εντοπίζει το φύλο (κυρίως τη γυναικεία ταυτότητα) ως παράγοντα που σχετίζεται με αυξημένη φροντιστική επιβάρυνση, πιθανώς λόγω κοινωνικών προσδοκιών και ρόλων φύλου.

Επίσης, η ψυχολογική δυσφορία των φροντιστών ασθενών με ESKD φαίνεται να είναι συγκρίσιμη με εκείνη των φροντιστών σε άλλες σοβαρές νόσους, όπως ο καρκίνος (Nipp et al., 2017; Gerogianni et al., 2019). Αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις και υποστήριξη των φροντιστών, με έμφαση στην ψυχική υγεία, την κοινωνική ενσωμάτωση και την ενδυνάμωση.

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας εναρμονίζονται σε μεγάλο βαθμό με τη διεθνή βιβλιογραφία, επιβεβαιώνοντας τη σύνθετη φύση του ρόλου του φροντιστή και αναδεικνύοντας την ανάγκη για ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των φροντιστών ατόμων με ESKD.

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο τη διερεύνηση των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και κοινωνικής υποστήριξης των άτυπων φροντιστών ασθενών με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο (ESKD), καθώς και τη συσχέτισή τους με δημογραφικά και

φροντιστικά χαρακτηριστικά. Η ερευνητική διαδικασία παρουσίασε τόσο πλεονεκτήματα όσο και περιορισμούς, οι οποίοι αξιολογούνται αναλυτικά παρακάτω.

Τα δυνατά σημεία της έρευνας είναι ότι:

1. Η έρευνα εστιάζει σε έναν ευάλωτο πληθυσμό, τους άτυπους φροντιστές ασθενών με ESKD, για τον οποίο υπάρχει αυξανόμενο αλλά ακόμη περιορισμένο ερευνητικό ενδιαφέρον, ιδίως στον ελληνικό χώρο.
2. Χρησιμοποιήθηκαν έγκυρα και αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία, εξασφαλίζοντας την αξιοπιστία των δεδομένων.
3. Η συλλογή δεδομένων έγινε με ανώνυμο και ηθικά αποδεκτό τρόπο, διασφαλίζοντας την ειλικρίνεια των απαντήσεων και την προστασία των συμμετεχόντων.

Τα αδύνατα σημεία και περιορισμοί της έρευνας αφορούν στα εξής:

1. Το δείγμα είναι σχετικά μικρό, περιορίζοντας τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό φροντιστών.
2. Η ερευνητική μέθοδος ήταν διατομεακή (cross-sectional), γεγονός που δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιακών σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, αλλά μόνο συσχετίσεων.
3. Η αυτοαναφορά μέσω ερωτηματολογίων ενδέχεται να οδήγησε σε μεροληψία κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων, ιδιαίτερα σε ευαίσθητα θέματα όπως το άγχος και η κατάθλιψη.
4. Ορισμένοι παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν την ψυχική υγεία των φροντιστών, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, το είδος της σχέσης με τον ασθενή ή η υποκειμενική αντίληψη του βάρους της φροντίδας, δεν αξιολογήθηκαν πλήρως.

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω περιορισμών: (α) δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην εθελοντική και εμπιστευτική συμμετοχή, ώστε να ελαχιστοποιηθεί το φαινόμενο κοινωνικής επιθυμίας, (β) προτείνεται στις συστάσεις για μελλοντική έρευνα η χρήση ποιοτικών μεθόδων (όπως ημι-δομημένες συνεντεύξεις) ή συνδυασμένων μεθόδων (mixed methods) ώστε να κατανοηθούν βαθύτερα οι εμπειρίες των φροντιστών.

Επίσης, τονίζεται η ανάγκη για μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο και αντιπροσωπευτικότερο δείγμα και με διαχρονικό σχεδιασμό, ώστε να ενισχυθεί η εγκυρότητα και η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η παρούσα εργασία προσθέτει νέα και χρήσιμα δεδομένα στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία σχετικά με την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση που βιώνουν οι άτυποι φροντιστές ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (ESKD), οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στα επίπεδα άγχους, μοναξιάς και αυτοφροντίδας που καταγράφονται στους φροντιστές, καθώς και στις συσχετίσεις αυτών με βασικούς κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι όσο αυξάνεται το άγχος και η συναισθηματική απομόνωση, τόσο μειώνεται η ικανότητα και η διάθεση για αυτοφροντίδα, ενώ η καθημερινή και εντατική παροχή φροντίδας συνδέεται σταθερά με υψηλά επίπεδα ψυχικής καταπόνησης.

Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη για ουσιαστική και θεσμική υποστήριξη των άτυπων φροντιστών, καθώς και την ένταξη προγραμμάτων πρόληψης της ψυχικής επιβάρυνσης στα νεφρολογικά κέντρα και τις δομές αιμοκάθαρσης. Προτείνεται η τακτική αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης των φροντιστών με επιστημονικά έγκυρα εργαλεία, αλλά και η ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση του άγχους, της απομόνωσης και της συναισθηματικής εξάντλησης. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν ομάδες υποστήριξης, εκπαιδευτικά προγράμματα φροντίδας και καλύτερη πρόσβαση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Αξιοσημείωτο ωστόσο είναι το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη δεν ενσωμάτωσε ειδική μέτρηση για την κατάθλιψη, μολοντί πρόκειται για έναν από τους βασικούς δείκτες ψυχικής δυσφορίας. Σε αυτό το πλαίσιο, έχει ιδιαίτερη αξία η αναφορά στο σχόλιο του κ. Minerva (BMJ, 1983), ο οποίος επισήμανε τον κίνδυνο υπερεκτίμησης της κατάθλιψης σε ιατρικούς και χειρουργικούς πληθυσμούς, λόγω της επικάλυψης σωματικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων. Το σχόλιο αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη της Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης στο Νοσοκομείο (HADS), ενός εργαλείου που αποκλείει σωματικά συμπτώματα όπως η αϋπνία και η ανορεξία, ώστε να αποφεύγονται λανθασμένες διαγνώσεις. Η υποκλίμακα κατάθλιψης της HADS βασίζεται κυρίως στην αξιολόγηση της ανηδονίας, καθιστώντας την ιδιαίτερα χρήσιμη για τον εντοπισμό βιογενούς κατάθλιψης σε πληθυσμούς με χρόνια

νοσήματα. Συνεπώς, προτείνεται σε μελλοντικές έρευνες με αντίστοιχο δείγμα φροντιστών να ενσωματωθεί η χρήση της HADS ή παρόμοιας ψυχομετρικής κλίμακας, προκειμένου να υπάρχει πληρέστερη αποτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης.

Η εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας δεν περιορίζεται στο ακαδημαϊκό επίπεδο. Μπορεί να επεκταθεί στην πράξη και να αξιοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες και φορείς χάραξης πολιτικής, για τη δημιουργία στοχευμένων προγραμμάτων υποστήριξης των φροντιστών. Η ανάπτυξη ψυχοεκπαιδευτικών εργαλείων, η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης και η καθιέρωση περιοδικής ψυχικής αξιολόγησης μπορούν να συνεισφέρουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φροντιστών. Εξίσου σημαντικό είναι να ενταχθεί η υποστήριξη των φροντιστών στο συνολικό θεραπευτικό πλάνο των ασθενών με ESKD, υιοθετώντας έτσι μια πιο ολιστική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου.

Η έρευνά μας αναδεικνύει την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοφροντίδας, ιδιαίτερα σε φροντιστές που εργάζονται υπό πίεση ή σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Επιπλέον, επιβεβαιώνεται ο ρόλος των δημογραφικών χαρακτηριστικών (όπως ηλικία και μορφωτικό επίπεδο) ως παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική ευημερία.

Από την ερευνητική αυτή προσπάθεια γίνεται φανερό ότι το ψυχοκοινωνικό προφίλ των φροντιστών είναι πολυπαραγοντικό και σύνθετο. Η κατανόηση αυτής της πολυπλοκότητας είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό σύγχρονων πολιτικών δημόσιας υγείας, με έμφαση στην πρόληψη, την έγκαιρη παρέμβαση, την ενίσχυση της ψυχολογικής ασφάλειας, καθώς και την ενεργοποίηση κοινωνικών δικτύων υποστήριξης. Παράλληλα, η έγκαιρη παρέμβαση οφείλει να περιλαμβάνει την ανίχνευση φροντιστών που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο για ψυχική εξουθένωση, και να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες τους, λαμβάνοντας υπόψη ακόμη και παράγοντες φύλου ή προσωπικών στρατηγικών αντιμετώπισης.

Συνοπτικά, προτείνουμε:

1. Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων αυτοφροντίδας (π.χ. ενσυνειδητότητα, διαχείριση άγχους, καλλιέργεια νοήματος).
2. Συστηματική ψυχολογική υποστήριξη σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης, με πρόληψη συναισθηματικής εξάντλησης.

3. Προγράμματα κοινωνικής ενδυνάμωσης, ιδιαίτερα για φροντιστές με περιορισμένους πόρους.
4. Ευαισθητοποίηση επαγγελματιών υγείας για την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ευημερίας των φροντιστών.

Τα ευρήματα της εργασίας μπορούν να αξιοποιηθούν:

1. Σε δομές υγείας για την εφαρμογή πρακτικών υποστήριξης και εκπαίδευσης φροντιστών.
2. Στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, με ενσωμάτωση θεμάτων αυτοφροντίδας στα προγράμματα σπουδών.
3. Σε πολιτικές υγείας ως τεκμηρίωση για την ανάγκη ενίσχυσης του άτυπου φροντιστή.
4. Σε μελλοντικές μελέτες που επιδιώκουν διαχρονική ή διαπολιτισμική κατανόηση της αυτοφροντίδας.

Η παρούσα έρευνα, παρότι περιορίζεται σε διατομεακή προσέγγιση και συγκεκριμένο δείγμα, συμβάλλει ουσιαστικά στην εμβάθυνση της κατανόησης της σχέσης ανάμεσα σε αυτοφροντίδα, άγχος και μοναξιά, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα κρίσιμες περιοχές για μελλοντική παρέμβαση και έρευνα.

7. Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε την πολυδιάστατη ψυχοκοινωνική επιβάρυνση που βιώνουν οι άτυποι φροντιστές ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (ESKD), εστιάζοντας στη σύνδεση ανάμεσα στο άγχος, τη μοναξιά και την αυτοφροντίδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους και συναισθηματικής απομόνωσης σχετίζονται αρνητικά με την ικανότητα αυτοφροντίδας, ενώ οι εντατικές απαιτήσεις φροντίδας συνδέονται με υψηλότερη ψυχική καταπόνηση.

Η έρευνα ανέδειξε επίσης τον ρόλο κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων στην ψυχική ευημερία των φροντιστών, επισημαίνοντας τη σημασία της συστηματικής ψυχολογικής υποστήριξης και της πρόληψης της συναισθηματικής εξουθένωσης σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ανάγκη ενσωμάτωσης κατάλληλων εργαλείων μέτρησης της διάθεσης, όπως η Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Νοσοκομείο (HADS), ώστε να αποφεύγεται η διαγνωστική σύγχυση και να εντοπίζονται έγκαιρα καταστάσεις που απαιτούν παρέμβαση.

Η σημασία της φροντίδας των φροντιστών καθίσταται πλέον αδιαμφισβήτητη. Η αναγνώριση και υποστήριξή τους πρέπει να ενταχθεί οργανικά στο σύστημα υγείας, τόσο σε επίπεδο δομών όσο και σε επίπεδο πολιτικής. Η προώθηση της αυτοφροντίδας, η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης και η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας αποτελούν κρίσιμα βήματα προς μια πιο ανθρώπινη και ολιστική προσέγγιση της χρόνιας ασθένειας.

Η μελέτη, παρά τους περιορισμούς της (όπως το διατομεακό σχέδιο και το περιορισμένο δείγμα), καταθέτει μια χρήσιμη συμβολή στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της φροντίδας και θέτει τη βάση για μελλοντική έρευνα και παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ουσιαστική υποστήριξη του άτυπου φροντιστή.

Οι φροντιστές ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σωματικής και ψυχολογικής δυσφορίας και βάρους που προκύπτει από τον ρόλο τους ως φροντιστές. Η απρόβλεπτη φύση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και της θεραπείας αιμοκάθαρσης επηρεάζει αρνητικά την εμπειρία του φροντιστή και προσθέτει στις προκλήσεις του ρόλου. Οι ανάγκες πληροφόρησης των φροντιστών δεν καλύπτονται πάντα επαρκώς και στη συνέχεια δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις, δεξιότητες και καθοδήγηση για να τους βοηθήσουν στον ρόλο τους ως φροντιστές. Οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για τους φροντιστές ώστε να ενισχύσουν την ικανότητά τους να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Alshammari, B., Noble, H., McAneney, H., Alshammari, F. & O'Halloran, P., 2021. Factors associated with burden in caregivers of patients with end-stage kidney disease (a systematic review). *Healthcare*, 9(9), p.1212. MDPI. doi: 10.3390/healthcare9091212. PMID: 34574986; PMCID: PMC8468425.
- Akpınar, B., Küçükgülü, Ö. & Yener, G., 2011. Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), pp.248-254. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01402.x. Epub 2011 Jul 18. PMID: 21884370.
- Boker SM, et al., 2002. Windowed cross-correlation and peak picking for the analysis of variability in the association between behavioral time series. *Psychol Methods*. 7(3):338-55. doi: 10.1037/1082-989x.7.3.338. PMID: 12243305.
- Bryman, A., 2015. *Social research methods*. Oxford University Press.
- Cacioppo JT. & Hawkley LC. 2009. Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci*. 13(10):447-54. doi: 10.1016/j.tics.2009.06.005. Epub 2009 Aug 31. PMID: 19726219; PMCID: PMC2752489.
- Caputo, J., Pavalko, E.K. & Hardy, M.A., 2016. The long-term effects of caregiving on women's health and mortality. *Journal of Marriage and Family*, 78(5), pp.1382-1398. doi: 10.1111/jomf.12332. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27795579; PMCID: PMC5079527.
- Caumo W, et al., 2001. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 45(3):298-307. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x. PMID: 11207465.
- Chaplin TM. 2015. Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emot Rev*. 7(1):14-21. doi: 10.1177/1754073914544408. PMID: 26089983; PMCID: PMC4469291.
- Chappell, N.L., Dujela, C. & Smith, A., 2015. Caregiver well-being: Intersections of relationship and gender. *Research on Aging*, 37(6), pp.623-645. doi:

- 10.1177/0164027514549258. Epub 2014 Sep 12. PMID: 25651586; PMCID: PMC4510280.
- Chiao, C.Y., Wu, H.S. & Hsiao, C.Y., 2015. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), pp.340-350. doi: 10.1111/inr.12194. Epub 2015 Jun 8. PMID: 26058542.
- Creswell, J.W., 2014. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. Sage Publications.
- De Jong-Gierveld, J. & van Tilburg, T.G., 2006. A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), pp.582-598.
- Driessnack, M., Sousa, V.D. & Mendes, I.A.C., 2007. An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), pp.684-688. doi: 10.1590/s0104-11692007000400025. PMID: 17957836.
- Etters L, Goodall D, Harrison BE. 2008. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 20(8):423-8. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x. PMID: 18786017.
- Field, A., 2018. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. Sage.
- Firoz, M.N. et al., 2015. Sleep quality and depression and their association with other factors in hemodialysis patients. *Global Journal of Health Science*, 8(8):53485. doi: 10.5539/gjhs.v8n8p121. PMID: 27045404; PMCID: PMC5016350.
- Fred, D., 2013. *Basic statistics for behavioral science research*. McGraw-Hill.
- Gall, M.D., Borg, W.R. & Gall, J.P., 1996. *Educational research: An introduction*. Longman Publishing.
- Gerogianni, G., Kouzoupis, A. & Grapsa, E., 2018. A holistic approach to factors affecting depression in haemodialysis patients. *International Urology and Nephrology*, 50(8):1467-1476. doi: 10.1007/s11255-018-1891-0. Epub 2018 May 19. PMID: 29779116.

- Gerogianni, G. et al., 2019. Anxiety-Depression of Dialysis Patients and Their Caregivers. *Medicina (Kaunas)*, 55(5), p.168. doi: 10.3390/medicina55050168. PMID: 31137563; PMCID: PMC6572629
- Gilbertson, E.L. et al., 2019. Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis: a systematic review. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(3), pp.332-343. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.09.006. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30454885.
- Gouva, M., Mantzoukas, S. et al., 2025. Self-Care Scale for Older Adults. [Under publication].
- Gouva, M., Mentis, M. & Dragioti, E., 2025. Scale for Overall Emotional and Social Loneliness. [Under publication].
- Hair, J.F. et al., 2010. *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. Pearson.
- Hill, N.R. et al., 2016. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 11(7), e0158765. doi: 10.1371/journal.pone.0158765. PMID: 27383068; PMCID: PMC4934905.
- Hoang, V.L., Green, T. & Bonner, A., 2018. Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixed-methods systematic review. *Journal of Renal Care*, 44(2), pp.82-95.
- Hu X, et al., 2023. Burdens and Difficulties Experienced by Parental Caregivers of Children and Adolescents with Idiopathic Nephrotic Syndrome in Mainland China: A Qualitative Study. *J Multidiscip Healthc*. 16:3749-3759. doi: 10.2147/JMDH.S413677. PMID: 38076587; PMCID: PMC10700037.
- Lwi, S.J. et al., 2017. Poor caregiver mental health predicts mortality of patients with neurodegenerative disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(28), pp.7319-7324. doi: 10.1073/pnas.1701597114. Epub 2017 Jun 27. PMID: 28655841; PMCID: PMC5514722.
- Lyrakos, G., Arvaniti, C., Smyrnioti, M. & Kostopanagiotou, G., 2011. P03-561- Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*. 26. 1731. 10.1016/S0924-9338(11)73435-6.

- Matthews, M. et al., 2024. Exploring the unmet needs and experiences of informal caregivers of patients with end-stage kidney disease (ESKD) receiving haemodialysis - a qualitative study. *PLoS ONE*, 19(5) :e0302525. doi: 10.1371/journal.pone.0302525. PMID: 38722989; PMCID: PMC11081335.
- McGuigan, K. et al., 2024. Effectiveness of interventions for informal caregivers of people with end-stage chronic illness: a systematic review. *Systematic Reviews*, 13(1), p.245. doi: 10.1186/s13643-024-02641-x. PMID: 39342397; PMCID: PMC11438131.
- Moher, D. et al., 2010. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336-41. doi: 10.1016/j.ijsu.2010.02.007. Epub 2010 Feb 18. Erratum in: *Int J Surg*. 2010;8(8):658. PMID: 20171303.
- Oyegbile, Y.O. & Brysiewicz, P., 2017. Exploring caregiver burden experienced by family caregivers of patients with End-Stage Renal Disease in Nigeria. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 7, pp.136-143.
- Pallant, J., 2020. *SPSS Survival Manual. 7th ed.* Open University Press.
- Pereira, B.D.S. et al., 2017. Beyond quality of life: a cross sectional study on the mental health of patients with chronic kidney disease undergoing dialysis and their caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15 (1):74. doi: 10.1186/s12955-017-0646-4. PMID: 28412933; PMCID: PMC5392976.
- Punch, K.F., 2013. *Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches.* Sage.
- Ratti, M., Rossi, A., Zotti, G. & Spotti, D., 2017. Social support, psychological distress and depression in hemodialysis patients. *Psicologia della Salute*. 1. 112-122. 10.3280/PDS2017-001006.
- Rodrigue, J.R. et al., 2010. Spouse caregivers of kidney transplant patients: quality of life and psychosocial outcomes. *Progress in Transplantation*, 20(4), pp.335-342.
- Sajadi, S.A., Ebadi, A. & Moradian, S.T., 2017. Quality of life among family caregivers of patients on hemodialysis and its relevant factors: a systematic

- review. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(3), pp.206 -218. PMID: 28670583; PMCID: PMC5478741.
- Schulz R. & Sherwood PR. 2008. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs.* 108(9 Suppl):23-7; quiz 27. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c. PMID: 18797217; PMCID: PMC2791523.
- Shdaifat EA, Abu-Sneineh FT & Ibrahim AM. 2024. Quality of life and psychological distress in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis and transplantation. *World J Nephrol.* 13(3):95739. doi: 10.5527/wjn.v13.i3.95739. PMID: 39351185; PMCID: PMC11439089.
- Spielberger, C.D., 1976. The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. *Monograph*, 2, pp.713-725.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. & Lushene, R., 1970. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto. Consulting Psychologists Press.
- Spidbeiger, C.D. et al., 1963. Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher, J.N., Spielberger, C.D. (eds.) *Advances in Personality Assessment*, vol. 2. Hillside. Lawrence Erlbaum Associates, pp.161-189.
- Spidbeiger, C.D. et al., 1985. The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney, M.A. & Rosenman, R.H. (eds.) *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*. Hemisphere Publishing, pp.5-30.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S., 2013. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Pearson.
- Thompson, S. K. 2012. *Sampling (3rd Edition)*. Hobokenl. John Wiley and Sons
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J.C., 2008. Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(12), pp.3960-3965. doi: 10.1093/ndt/gfn415. Epub 2008 Jul 25. PMID: 18658178.
- Williams, A., et al., 2015. Caring for Caregivers: Challenging the Assumptions. *HealthcarePapers*. 15. 8-21. 10.12927/hcpap.2015.24401.

Zarit, S.H., Reeve, K.E. & Bach-Peterson, J., 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), pp.649-655. doi: 10.1093/geront/20.6.649. PMID: 7203086.

Zigmond AS, Snaith RP. 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.

Zyada, F. et al., 2013. Anxiety, depression, and strain among caregivers of terminally ill patients. *Egyptian Journal of Psychiatry*. 34. 77. 10.7123/01.EJP.0000419667.93575.14.

Ελληνική

Αναγνωστοπούλου, Τ., & Κιοσέογλου, Γ. 2002. Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory). Στο: Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση (Επ.). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Ελληνικά Γράμματα.

Γεωργιάδου, Α. & Κωστήση, Σ., 2012. Η φαινομενολογία και η ανάλυση περιεχομένου ως ερευνητικές μέθοδοι στη νοσηλευτική. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα.

Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία, 2025. Χαιρετισμός Προέδρων. *Νεότερα Δεδομένα στη Διάγνωση, Πρόληψη και Θεραπεία, 2^ο Συνέδριο Χρόνιας Νεφρικής Νόσου, 28-29 Μαρτίου 2025 Ιωάννινα*. Διαθέσιμο στο https://www.ene.gr/wp-content/uploads/2025/03/%CE%A0%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1_.pdf

Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ., 1984. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, pp.71-76.

Λυδάκη, Α., 2001. *Ποιοτικές μέθοδοι της κοινωνικής έρευνας*. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Παράρτημα

Ερευνητικό Πρωτόκολλο



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ <u>ΦΟΙΤΗΤΗ</u> :	ΒΙΡΓΙΝΙΑ ΤΣΑΝΟΥ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ <u>ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ</u> :	ΜΙΧΑΗΛ ΚΟΥΡΑΚΟΣ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ <u>ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ</u> :	ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ ΕΛΠΙΝΙΚΗ ΛΑΙΟΥ

Ενδεικτικός Τίτλος :

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ
ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ
ΣΤΑΔΙΟΥ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΤΟΥΣ»**

1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας :

Η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου (ΧΝΑ-ΤΣ), End Stage Kidney Disease (ESKD) αποτελεί μια σοβαρή χρόνια πάθηση που απαιτεί διαρκή φροντίδα, με σημαντικές επιπτώσεις όχι μόνο για τους ασθενείς, αλλά και για τους φροντιστές τους. Οι άτυποι φροντιστές, συχνά μέλη της οικογένειας, αναλαμβάνουν την καθημερινή υποστήριξη των ασθενών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο άγχος, κατάθλιψη και μειωμένη ποιότητα ζωής. Παρόλο που η διερεύνηση των ψυχολογικών συνεπειών για τους φροντιστές έχει αναγνωριστεί ως κρίσιμος τομέας έρευνας διεθνώς, στην ελληνική πραγματικότητα τα δεδομένα παραμένουν περιορισμένα. Στην ελληνική βιβλιογραφία, δεν υπάρχουν αρκετές συστηματικές μελέτες που να εξετάζουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους φροντιστές ασθενών με ESKD, ούτε την επίδραση αυτών των παραγόντων στην ψυχική και σωματική τους υγεία. Επομένως, η κατανόηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στους φροντιστές αποτελεί σημαντικό κενό γνώσης που

χρειάζεται να καλυφθεί.

Οι φροντιστές ασθενών με ESKD συχνά αντιμετωπίζουν αυξημένο ψυχολογικό βάρος λόγω του απαιτητικού ρόλου τους. Φαίνεται να επικρατεί ανάλογη σχέση άγχους και κατάθλιψης μεταξύ ασθενών και των φροντιστών τους (Gerogianni et al., 2019). Η εξατομικευμένη αξιολόγηση των φροντιστών και η καθιέρωση στρατηγικών και παρεμβάσεων για την διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης θα πρέπει να θεωρηθεί απαραίτητη.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι φροντιστές ασθενών με ESKD που υποβάλλονται σε τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης, έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις υψηλού κινδύνου τόσο σωματικής όσο και ψυχολογικής δυσφορίας και επιβάρυνσης ως αποτέλεσμα του απαιτητικού τους ρόλου. Η αβεβαιότητα της θεραπευτικής διαδικασίας και των επιπλοκών της αιμοκάθαρσης σε συνδυασμό με την μειωμένη γνώση και πληροφόρηση των άτυπων φροντιστών, τους καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτους σε ψυχολογικό επίπεδο. Τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συνδέονται με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και την αυξημένη διάρκεια φροντίδας. Οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις για τους φροντιστές είναι απαραίτητες για την ενίσχυση της ικανότητάς τους σχετικά με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Matthews et al., 2024).

Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η χρήση κατάλληλων εργαλείων, όπως το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), επιτρέπει τη λεπτομερή αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης (Zigmond & Snaith, 1983). Επιπλέον, έρευνες όπως αυτή των Adejumo και Akinbodewa (2019) επισημαίνουν ότι οι φροντιστές ασθενών με ESKD διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για έγκαιρες παρεμβάσεις. Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με την μελέτη του Williams et al. (2016) οι άνδρες φροντιστές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με την σύγκρουση ανάμεσα στην ανάληψη ευθυνών φροντίδας και εργασίας.

Η βιβλιογραφία σύμφωνα με τον McGuigan et al. (2024) υπογραμμίζει την ανάγκη εφαρμογής πιο ισχυρών και αποτελεσματικών παρεμβάσεων καθοδηγούμενες από κατάλληλα θεωρητικά μοντέλα για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων προγραμμάτων υποστήριξης για τους φροντιστές, τα οποία περιλαμβάνουν ψυχολογική συμβουλευτική,

εκπαίδευση, συστηματική κοινωνική υποστήριξη και πρακτική βοήθεια στη διαχείριση της καθημερινότητας των ασθενών .

2. Σκοπός και Στόχοι :

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογήσει τα επίπεδα αυτοφροντίδας, άγχους και μοναξιάς σε άτυπους φροντιστές ασθενών με ESKD που υποβάλλονται σε τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης και να εξετάσει τους παράγοντες που συνδέονται με την ψυχοσωματική τους υγεία.

Στόχοι

- Να μετρηθούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε άτυπους φροντιστές ασθενών με ESKD.
- Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του χρόνου φροντίδας και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης.
- • Να αξιολογηθεί η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία των φροντιστών.

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από το Μάρτιο του 2025 έως τον Σεπτέμβριο του 2025. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να είναι 100 άτυποι ενήλικες φροντιστές που να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με ESKD υπό αιμοκάθαρση στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Οι φροντιστές που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της έρευνας και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Η συμμετοχή τους θα είναι εθελοντική και θα δοθούν οδηγίες για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

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

2. Κλίμακα Αυτοφροντίδας Ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας

Ως το κατάλληλο μεθοδολογικό εργαλείο για τη διερεύνηση της αυτοφροντίδας

των άτυπων φροντιστών θα χρησιμοποιηθεί η Κλίμακα Αυτοφροντίδας Ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας (Gouna et al., 2025). Η κλίμακα περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις που αναφέρονται στην «καθημερινή φροντίδα εαυτού», στην «αφοσίωση σε άλλους», στο «νόημα της ζωής», στην «πνευματικότητα» και στην «ενσυνειδητότητα», διατυπωμένες σε κλίμακα τύπου Likert ώστε να ενθαρρύνουν τις πολλές επιλογές.

3. Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς

Η κλίμακα μοναξιάς, Scale for Overall Emotional and Social Loneliness αναπτύχθηκε από τους Jenny De Jong Gierveld και Theo Van Tilburg το 2006. Η μοναξιά είναι δείκτης της κοινωνικής ευημερίας και αφορά το αίσθημα της έλλειψης στενής σχέσης (συναισθηματική μοναξιά) ή έλλειψης ενός ευρύτερου κοινωνικού δικτύου (κοινωνική μοναξιά). Η κλίμακα μοναξιάς της De Jong Gierveld, των 11 θέσεων, έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης για τη συνολική, συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά, αν και το μέγεθος της κλίμακας της έχει μερικές φορές καταστήσει δύσκολη τη χρήση σε μεγάλες έρευνες. Το εργαλείο υπάρχει σε σύντομη έκδοση της κλίμακας. Η εγκυρότητα και η σχέση με τους καθοριστικούς παράγοντες έχουν διαπιστωθεί εξαιρετικές και η κλίμακα μοναξιάς De Jong Gierveld των 6 στοιχείων είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο όργανο μέτρησης για τη συνολική, συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά που είναι κατάλληλο και για μεγάλες έρευνες. Έχει σταθμιστεί στην Ελληνική γλώσσα από τους Gouna et al. (2025).

4. Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους - State- Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1970)

Για την αξιολόγηση του άγχους, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε

υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :

Αναμένεται οι άτυποι φροντιστές ασθενών με ESKD να παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης, προβλέπεται ότι η κοινωνική υποστήριξη θα έχει προστατευτική επίδραση στην ψυχική τους υγεία, ενώ η αυξημένη διάρκεια φροντίδας θα σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα συμβάλουν στην κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των φροντιστών και θα υποστηρίξουν την ανάπτυξη στοχευμένων στρατηγικών και παρεμβάσεων.

5. Χρονοδιάγραμμα :

Φεβρουάριος 2025 : Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Μάρτιος - Απρίλιος 2025 : Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας και Συλλογή ερωτηματολογίων και

Μάιος – Ιούνιος 2025: Στατιστική Επεξεργασία

Ιούλιος – Αύγουστος 2025: Συγγραφή Διπλωματικής Εργασίας

Σεπτέμβριος 2025 : Δημιουργία Παρουσίασης.

6. Κόστος :

Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία

7. Παραπομπές:

- Adejumo, P., & Akinbodewa, A. (2019). "Psychological distress in caregivers of patients with end-stage renal disease." *African Journal of Health Sciences*, 22(4), 289-300.
- De Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on aging*, 28(5), 582-598.
- Gerogianni G., Polikandrioti M., Babatsikou F., Zyga, S., Alokari V., Vasilopoulos G., Gerogianni, S., Grapsa, E., (2019). Anxiety-Depression of Dialysis Patients and Their Caregivers. *Medicina(Kaunas)*, 20;55(5):168.doi: 10.3390
- Gouva M., Mantzoukas S., Zagorianakou N., Kourakos M., Konstanti Z. & Dragioti E. (2025). Self-Care Scale for Older Adults (under publication)
- Gouva M., Mentis, M. & Dragioti E. (2025). Scale for Overall Emotional and Social Loneliness (under publication)
- Matthews, M., McKeaveney, C., Noble, H., Reid J., (2024) Exploring the unmet needs and experiences of informal caregivers of patients with end-stage kidney disease (ESKD) receiving haemodialysis - a qualitative study. *Plos One*,9;19(5). Doi:10.1371
- McGuigan K., Laurente, G., Christie, A., Carswell, C., Moran, C., Yaqoob, M.M., Bolton, S., Mullan, R., Rej, S., Gilbert, P., McKeaveney, c., McVeigh, C., Tierney, C., Reid J., Walsh, I., Forbes, T., Noble, H., (2024).Effectiveness of interventions for informal caregivers of people with end-stage chronic illness: a systematic review. *Systematic Reviews*, 28;13(1):245.doi:10.1186/s13643-024-02641-x.
- Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. (1963). Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.
- Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ. (1985). The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, Washington, DC: Hemisphere Publishing, pp. 5-30.
- Spielberg CD. (1988) Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberg, C.D. (1976). *The measurement of state and trait anxiety: conceptual*

and methodological issues. Monograph 2: 713-725.

- Spielberger, C.D., Gorsuch R. & Lushene R. (1970). *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Williams, L. A., Wicks, M. N., Graff, J.C., Cowan P. A., White-Means, S., Caldwell, L. D., Tolley, E.A., (2016). Male Caregivers of Persons with End Stage Renal Disease: A Literature Review. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 43(6):415-519.PMID:30550078
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). "The hospital anxiety and depression scale." *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67(6), 361-370.
- Ανασταστοπούλου Τ. & Κιοσέογλου Γ. (2002). Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI), στο Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π. *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: 81-82.
- Λιάκος, Α. & Γιαγνίτση Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 21: 71-76.

Υπογραφή φοιτήτριας

Υπογραφή Επιβλέποντα

ΒΙΡΓΙΝΙΑ ΤΣΑΝΟΥ

Ημερομηνία: 30.01.2025

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

I



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν τα συναισθήματά μας για τα συγγενή που φροντίζουμε. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτά τα συναισθήματα αλλά και την κούραση αυτής της φροντίδας και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2025

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐

ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ ☐

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐

ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ☐

ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐

ΧΗΡΟΣ/Α ☐

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

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ☐

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ☐

ΟΙΚΙΑΚΑ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ☐

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ☐

ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ ☐

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐

ΦΟΙΤΗΤΗΣ(ΤΡΙΑ) ☐

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ☐

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ ☐

ΦΟΙΤΗΤΗΣ(ΤΡΙΑ) ☐

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ ☐

ΠΟΙΟΝ ΣΥΓΓΕΝΗ ΣΑΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΖΕΤΕ;

ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΦΡΟΝΤΙΖΕΤΕ ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΣΑΣ;

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

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

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΑΠΟ ΤΙ ΠΑΣΧΕΙ?

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΜΙΑΔΕΙ? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΠΕΡΠΑΤΑΕΙ? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΤΑΙ? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ ΕΥΓΝΩΜΟΣΥΝΗ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ☐

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

ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ? ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΔΕΝ ΞΕΡΩ ☐

Παρακάτω μπορείτε να βρείτε κάποιες ερωτήσεις που αφορούν στη φροντίδα του εαυτού σας. Πόσο συχνά ή τακτικά κάνετε τα ακόλουθα;



	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
1. Συνήθως κάνετε μπάνιο ή ντους μόνος/η σας;	1	2	3	4	5
2. Σας ευχαριστεί να κάνετε μπάνιο ή ντους;	1	2	3	4	5
3. Κάθε πότε κάνετε μπάνιο;	1	2	3	4	5
4. Βουρτσίζετε τα δόντια σας ή την οδοντοστοιχία σας καθημερινά;	1	2	3	4	5
5. Σας αρέσει να βουρτσίζετε τα δόντια σας ή την οδοντοστοιχία σας;	1	2	3	4	5
6. Μπορείτε εύκολα να ντύνεστε και να βγάξετε τα ρούχα σας μόνος/η σας;	1	2	3	4	5
7. Μπορείτε εύκολα να δέσετε τα κορδόνια σας ή να κλείσετε τα κουμπιά;	1	2	3	4	5
8. Φοράτε νυχτικό ή πιζάμες όταν κοιμάστε τη νύχτα;	1	2	3	4	5
9. Πιστεύετε ότι κοιμάστε όσο χρειάζεστε;	1	2	3	4	5
10. Συνηθίζετε να κοιμάστε το μεσημέρι;	1	2	3	4	5
11. Θυμάστε τα όνειρα που βλέπετε στον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
12. Σας αρέσει να ετοιμάζετε το γεύμα σας;	1	2	3	4	5
13. Τρώτε τακτικά γεύματα μέσα στην ημέρα;	1	2	3	4	5
14. Θεωρείτε ότι τρώτε υγιεινά φαγητά;	1	2	3	4	5
15. Πίνετε αρκετό νερό κατά τη διάρκεια της ημέρας;	1	2	3	4	5
16. Μπορείτε να μετακινήστε με ευκολία;	1	2	3	4	5
17. Έχετε χρησιμοποιήσει στη ζωή σας κάποιο βοήθημα, όπως μπαστούνι ή κάποιο άλλο βοήθημα;	1	2	3	4	5
18. Αισθάνεστε ασφαλείς στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
19. Έχετε πέσει ή γλιστρήσει πρόσφατα;	1	2	3	4	5

20. Έχετε φίλους ή συγγενείς με τους οποίους περνάτε κάποιο χρόνο καθημερινά;	1	2	3	4	5
21. Συμμετέχετε σε κάποια κοινωνική δραστηριότητα ή ομάδα;	1	2	3	4	5
22. Ασχολείστε με δραστηριότητες που σας ευχαριστούν, όπως διάβασμα, τηλεόραση ή χειροτεχνίες;	1	2	3	4	5
23. Βγαίνετε έξω για περπάτημα, βόλτα ή άλλες δραστηριότητες;	1	2	3	4	5
24. Έχετε καλή σχέση με τα χρήματα;	1	2	3	4	5
25. Μπορείτε να διαχειριστείτε τους λογαριασμούς και τα οικονομικά σας;	1	2	3	4	5
26. Χρειάζεστε βοήθεια με τραπεζικές συναλλαγές ή πληρωμές;	1	2	3	4	5
27. Φροντίζετε να παίρνετε Όταν ή αν χρειάζεται να παίρνετε φάρμακα, είστε συνεπείς;	1	2	3	4	5
28. Χρειάζεστε βοήθεια για να διαχειριστείτε κάποια πράγματα στη ζωή σας;	1	2	3	4	5
29. Μπορείτε να κρατήσετε το σπίτι σας καθαρό και τακτοποιημένο;	1	2	3	4	5
30. Χρειάζεστε βοήθεια με τις οικιακές δουλειές, όπως το μαγείρεμα, το καθάρισμα ή τα ψώνια;	1	2	3	4	5
31. Φροντίζετε να κάνετε το εμβόλιο της γρίπης;	1	2	3	4	5
32. Κάνετε σωματική δραστηριότητα (π.χ. κάνετε γρήγορο περπάτημα, χρησιμοποιείτε τις σκάλες);	1	2	3	4	5
33. Κάνετε κάθε χρόνο προληπτικές εξετάσεις;	1	2	3	4	5
34. Πηγαίνετε στο γιατρό σας ή κάποιον επαγγελματία υγείας για τακτικό έλεγχο της υγείας σας;	1	2	3	4	5
35. Υπάρχει στη ζωή σας κάποιος με τον οποίο μπορείτε να μιλήσετε για τα καθημερινά σας προβλήματα;	1	2	3	4	5
36. Νοιώθετε μέσα σας έναν κενό;	1	2	3	4	5
37. Θα θέλατε περισσότερους ανθρώπους στη ζωή σας;	1	2	3	4	5
38. Υπάρχουν άνθρωποι στη ζωή σας που μπορείτε να στηρίξετε όταν έχετε προβλήματα;	1	2	3	4	5
39. Αναζητούσατε από πάντα κάτι που να κάνει τη ζωή σας να είναι σημαντική;	1	2	3	4	5
40. Αναζητούσατε από πάντα να βρείτε το σκοπό της ζωής σας;	1	2	3	4	5
41. Ότι και να συμβεί, πιστεύετε σε μια ανώτερη δύναμη η οποία σας οδηγεί;	1	2	3	4	5
42. Είστε πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος;	1	2	3	4	5

43. Θεωρείτε τον εαυτό σας δυνατό άτομο;	1	2	3	4	5
44. Θεωρείτε ότι είστε ένας άνθρωπος με χιούμορ;	1	2	3	4	5
45. Πιστεύω ότι η ζωή ήταν καλή μαζί μου	1	2	3	4	5
46. Μου αρέσει να κοιμάμαι στο ίδιο κρεβάτι με κάποιον άλλον	1	2	3	4	5
47. Θέλω να ζήσω πολλά χρόνια ακόμη, αρκεί να είμαι καλά	1	2	3	4	5
48. Είμαι ευχαριστημένος από τη ζωή μου	1	2	3	4	5
49. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	1	2	3	4	5
50. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σας;	1	2	3	4	5
51. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	1	2	3	4	5
52. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	1	2	3	4	5
53. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	1	2	3	4	5
54. Έχετε εκρήξεις θυμού που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	1	2	3	4	5
55. Θα λέγατε ότι έχετε διάφορους φόβους;	1	2	3	4	5
56. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	1	2	3	4	5
57. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	1	2	3	4	5
58. Νομίζω ότι ήμουν πολύ γενναϊόδωρος στη ζωή μου	1	2	3	4	5
59. Πολλοί άνθρωποι με εμπιστεύονται για κάποιο πρόβλημα	1	2	3	4	5
60. Νοιώθω ντροπή για τον εαυτό μου	1	2	3	4	5



ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες στυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρική/ότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.



	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαισμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4



Emotional and Social Loneliness Scale - version of the GR

ΟΔΗΓΙΕΣ

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο τη μοναξιά και τη «σχέση» που έχουν με τους άλλους ανθρώπους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για τη μοναξιά. Παρακαλούμε, σημειώστε στις παρακάτω δηλώσεις το βαθμό που ισχύουν για σας, αυτή την περίοδο της ζωής σας. Παρακαλούμε, δηλώστε την πιο κατάλληλη απάντηση.

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Υπάρχει πάντα κάποιος με τον οποίο μπορώ να μιλήσω για τα καθημερινά μου προβλήματα	0	1	2	3	4
2. Μου λείπει να έχω έναν πραγματικά πολύ στενό φίλο	0	1	2	3	4
3. Νοιώθω μέσα μου ένα κενό	0	1	2	3	4
4. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που μπορώ να στηρίζομαι όταν έχω προβλήματα	0	1	2	3	4
5. Μου λείπει η χαρά της παρέας των άλλων	0	1	2	3	4
6. Θεωρώ ότι ο κύκλος φίλων και γνωστών μου είναι πολύ περιορισμένος	0	1	2	3	4
7. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που μπορώ να εμπιστευτώ πλήρως	0	1	2	3	4
8. Υπάρχουν αρκετά άτομα που νιώθω κοντά τους	0	1	2	3	4
9. Μου λείπει να έχω ανθρώπους γύρω μου	0	1	2	3	4
10. Συχνά αισθάνομαι ότι απορρίφθηκα	0	1	2	3	4
11. Μπορώ να καλέσω τους φίλους μου όποτε τους χρειάζομαι	0	1	2	3	4

Άδεια διεξαγωγής της έρευνας

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 11/16-4-2025 (Θ. 14) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΘΕΜΑ 14: «Έγκριση συλλογής ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακού της κ. Τσάνου Βιργινίας»

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η αριθμ. πρωτ. 9293/9-4-2025 εισήγηση του Διοικητή κ. Σπυρίδωνα Δερδεμέζη που έχει ως εξής:

ΣΧΕΤ:

- α) Αριθμ. Πρωτ. Ε.Σ. 171/21-03-2025 έγγραφο του Ε.Σ.
- β) Το άρθρο 30 του Ν. 4865 (ΦΕΚ238,τ. Α, 04-12-21) το οποίο αντικαθιστά την παρ. 1 του αρ.3 Ν.2519/1997 (Α' 165)
- γ) Παρ. 2 του άρθρου 41 του Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26/9-2-2007 τ. Α') «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»
- δ) αριθμ. Δ3(α)/οικ.36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/03-06-2019τ.Β')
- ε) Άρθρο 17 μέρους ΙΑ του Ν. 4683, ΦΕΚ 83, τ. Α, 10-04-2020
- στ) Την υπ' αριθμ. 21737/31-03-2025 έγκριση της 6ης ΥΠΕ

Σας θέτουμε υπόψη το ανωτέρω α) σχετ και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. 6/11-03-2025 (Θ. 10) απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής Έρευνας, **εγκρίνει** τη διανομή ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής μελέτης της κ. Τσάνου Βιργινίας Νοσηλεύτριας ΤΕ ΜSc.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Διερεύνηση της σχέσης της Αυτοφροντίδας των Άτυπων Φροντιστών Ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου με τα επίπεδα Άγχους και Μοναξιάς τους» και θα πραγματοποιηθεί στη Νεφρολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας με τη σύμφωνη γνώμη της Δ/ντριας αυτής κ. Ντουνούση Ε.

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης της αυτοφροντίδας με τα επίπεδα άγχους και μοναξιάς σε άτυπους φροντιστές ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου(ΧΝΑΤΣ) που υποβάλλονται σε τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Επιπλέον θα εξεταστούν οι παράγοντες που συνδέονται με την ψυχοσωματική τους υγεία και θα αξιολογηθεί η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία των φροντιστών ασθενών.

Για την καταγραφή των δεδομένων θα διανεμηθεί ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, κλίμακα αυτοφροντίδας ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας, κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς και κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους.

Για τις ανάγκες της μελέτης θα διανεμηθούν (60) ερωτηματολόγια, σε άτυπους φροντιστές ασθενών με (ΧΝΑΤΣ) στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Η παρούσα μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Τσάνου Βιργινίας Μεταπτυχιακής φοιτήτριας του ΔΠΜΣ «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» υπό την επίβλεψη του κ. Μιχαήλ Κουράκου, Επίκουρου Καθηγητή της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Η έναρξη της μελέτης θα γίνει μετά τις σχετικές εγκρίσεις.

Εξετάστηκαν και εγκρίνονται:

1. Το Πρωτόκολλο της μελέτης
2. Το Έγγραφο Συγκατάθεσης για συμμετοχή σε ερευνητική μελέτη
3. Τα ερωτηματολόγια που θα διανεμηθούν

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αποδέχεται τη σχετική γραπτή διαβεβαίωση του κυρίου Ερευνητή ότι ισχύουν τα παρακάτω:

1. Ο ερευνητής έχει την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης.

Ονοματεπώνυμο, Ιδιότητα	Χρόνος απασχόλησης στη μελέτη σε σχέση με το χρόνο εργασίας στο Νοσοκομείο (%)
1. Τσάνου Βιργινία Νοσηλεύτρια ΤΕ ΜsC	Εκτός ωραρίου εργασίας

2. Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται στο πρωτόκολλο της μελέτης ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

Συμπεριλαμβάνεται η υπ' αριθμ. 21737/31-03-2025 έγκριση της 6^{ης} ΥΠΕ.

Κανένας εκ των ερευνητών δεν θα αμειφθεί από τη συμμετοχή του στη μελέτη, η οποία δεν χρηματοδοτείται από καμία φαρμακευτική εταιρεία και ουδεμία οικονομική επιβάρυνση θα υπάρξει στο Νοσοκομείο

Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής.

Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. Δ3(α) οικ. 36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/Τβ/03-06-2019) Υπουργική απόφαση.

Εισηγούμαστε:

Την έγκριση συλλογής ερευνητικών δεδομένων μέσω διανομής ερωτηματολογίων στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακού της κ. Τσάνου Βιργινίας

Το Δ.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση αποφασίζει ομόφωνα

1. Δέχεται την παραπάνω εισήγηση ως έχει.
2. Σημειώνεται ότι η μελέτη πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, όπως τέθηκε σε ισχύ από την 25^η Μαΐου 2018.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Σ. ΔΕΡΔΕΜΕΖΗΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ
Ν. ΛΑΓΟΣ
Θ. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ
Γ. ΦΛΟΥΔΑΣ**

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
Σ. ΠΑΠΑΦΩΤΗ**

**Ακριβές απόσπασμα
Η Γραμματέας Δ.Σ.
ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ**