



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

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ»**

Χρυσούλα Μανιφάβα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Γκούβα Μαίρη

Οκτώβριος, 2025

Περίληψη

Η συνεχώς μεταβαλλόμενη διαδικασία φροντίδας ενός ατόμου με άνοια επηρεάζει τον ρόλο των άτυπων φροντιστών λόγω του έντονου ψυχοκοινωνικού της αντίκτυπου. Η άνοια, ως προοδευτική εκφυλιστική νόσος, συχνά οδηγεί σε αυξημένο φορτίο φροντίδας, μειωμένη ποιότητα ζωής και ψυχολογική καταπόνηση για τους φροντιστές. Η παρούσα ποσοτική έρευνα έχει ως στόχο να αναλύσει την επίδραση της επιβάρυνσης του άτυπου φροντιστή στην ποιότητα ζωής όπως εκείνος την αντιλαμβάνεται και στην αυτοφροντίδα. Συνολικά, ερωτώνται 100 άτυποι φροντιστές ατόμων με άνοια μεταξύ Φεβρουαρίου και Ιουνίου 2025. Η ποιότητα ζωής αξιολογείται με τη χρήση σταθμισμένων και αξιόπιστων εργαλείων (Zarit Burden Interview, SF-36, Κλίμακα Αυτοφροντίδας). Για την ανάλυση εφαρμόζονται ο συντελεστής συσχέτισης Pearson και το τεστ ANOVA, ώστε να διερευνηθούν οι συσχετίσεις και οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Προκύπτει ότι η αυξημένη επιβάρυνση συσχετίζεται σημαντικά με χαμηλότερη ποιότητα ζωής, μειωμένη αυτοφροντίδα και αυξημένα επίπεδα άγχους. Οι υποκλίμακες του SF-36 που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και τη λειτουργικότητα λόγω συναισθηματικών δυσκολιών αναδεικνύουν ότι οι φροντιστές με υψηλότερη επιβάρυνση εμφανίζουν εντονότερη συναισθηματική καταπόνηση. Παράγοντες που σχετίζονται με την άνοια (σοβαρότητα συμπτωμάτων) και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, μόρφωση) διαφοροποιούν σημαντικά το επίπεδο επιβάρυνσης.

Η ερευνητική ερώτηση απαντάται συνολικά, καθώς η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, συνδέεται στενά με τη μειωμένη αυτοφροντίδα και σχετίζεται με δείκτες άγχους/ψυχικής υγείας, όπως αποτυπώνονται στο SF-36. Απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τη μείωση της επιβάρυνσης και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των φροντιστών.

Λέξεις-κλειδιά: άνοια, άτυποι φροντιστές, ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία, αυτοφροντίδα, επιβάρυνση φροντιστών

Abstract

Dementia, as a progressive neurodegenerative disorder, profoundly impacts both patients and their families. The continuously changing care process places a considerable psychosocial burden on informal caregivers, often resulting in reduced quality of life, limited self-care, and heightened psychological distress.

This study aimed to examine the impact of caregiver burden on self-perceived quality of life, self-care, and mental health outcomes among informal caregivers of individuals with dementia.

A total of 100 informal caregivers were surveyed between February and June 2025. Validated and reliable instruments were applied, including the Zarit Burden Interview, the SF-36 Health Survey, and the Self-Care Scale. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient to identify associations and ANOVA to detect differences across sociodemographic and dementia-related variables.

Increased caregiver burden was significantly associated with lower quality of life, diminished self-care, and higher levels of anxiety. SF-36 subscales related to mental health and role limitations due to emotional problems highlighted greater emotional strain among highly burdened caregivers. Additionally, dementia-related factors, such as symptom severity, and sociodemographic characteristics, including gender, age, and educational level, significantly influenced the level of perceived burden.

The findings confirm that caregiver burden negatively affects quality of life, reduces self-care practices, and is strongly associated with mental health indicators such as anxiety. These results highlight the need for targeted psychosocial support interventions designed to reduce burden and enhance resilience among informal caregivers of people with dementia.

Keywords: dementia, informal caregivers, quality of life, mental health, self-care, caregiver burden

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	ii
Abstract	iii
Ευρετήριο Γραφημάτων	v
Ευρετήριο Πινάκων.....	v
Ευχαριστίες.....	vii
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.....	9
3.4 Το ερευνητικό κενό	10
Κεφ. 4: Σχεδιασμός της Έρευνας.....	13
4.1 Επιστημολογία.....	13
4.2 Μεθοδολογία.....	14
4.3 Δειγματοληπτική τεχνική	15
4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος.....	16
4.5 Περιγραφή του δείγματος.....	17
4.6 Περιγραφή του χώρου.....	18
4.7 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων	18
4.8 Ηθική της έρευνας.....	21
4.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	22
5. Αποτελέσματα της έρευνας.....	24
5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών	24
5.1.1 Δημογραφικά στοιχεία άτυπων φροντιστών	24
5.1.2 Κλίμακα επισκόπησης της υγείας – SF-36	35
5.1.3 Κλίμακα επιβάρυνσης Zarit.....	38
5.1.4 Κλίμακα αυτοφροντίδας, ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας	39
5.1.5 Στατιστική ανάλυση	41
5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων.....	47
6. Συζήτηση.....	50

6.1	Συζήτηση των αποτελεσμάτων	50
6.2	Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας.....	52
6.3	Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας	53
7.	Συμπεράσματα.....	55
	Βιβλιογραφικές Αναφορές	58
	Παράρτημα.....	66

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την ηλικία	25
Γράφημα 2	Ιστόγραμμα συχνοτήτων των ωρών που αφιερώνουν ημερησίως οι άτυποι φροντιστές των ασθενών με άνοια.....	31
Γράφημα 3	Ιστόγραμμα μέσων τιμών υποκλιμάκων SF 36	38
Γράφημα 4	Μέσες τιμές ZBI και επιμέρους υποκλιμάκων	39
Γράφημα 5	Ιστόγραμμα μέσων τιμών κλίμακας μέτρησης της επιβάρυνσης των φροντιστών (ZBI)	39
Γράφημα 6	Ραβδόγραμμα για τους Μ.Ο. του συνόλου των απαντήσεων σε κάθε υποκλίμακα αυτοφροντίδας	40
Γράφημα 7	Ιστόγραμμα για τους Μ.Ο. των υποκλιμάκων της κλίμακας αυτοφροντίδας, ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας που φροντίζουν ασθενείς με άνοια	40

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1	Συγκεντρωτικός πίνακας βιβλιογραφικής ανασκόπησης	9
Πίνακας 2	Πίνακας συχνοτήτων για το φύλο	24
Πίνακας 3	Πίνακας συχνοτήτων για την ηλικία	24
Πίνακας 4	Πίνακας συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση	25
Πίνακας 5	Πίνακας συχνοτήτων για τον τόπο καταγωγής.....	26
Πίνακας 6	Πίνακας συχνοτήτων για την ύπαρξη αδερφών	26
Πίνακας 7	Πίνακας συχνοτήτων για τον αριθμό των αδερφών.....	27
Πίνακας 8	Πίνακας συχνοτήτων για τη σειρά γέννησης.....	27
Πίνακας 9	Πίνακας συχνοτήτων για την ύπαρξη παιδιών	28
Πίνακας 10	Πίνακας συχνοτήτων για τον αριθμό παιδιών.....	28
Πίνακας 11	Πίνακας συχνοτήτων για το επίπεδο εκπαίδευσης	29
Πίνακας 12	Πίνακας συχνοτήτων για το επάγγελμα των φροντιστών	29
Πίνακας 13	Πίνακας συχνοτήτων για το συγγενή που φροντίζουν οι άτυποι φροντιστές	30
Πίνακας 14	Πίνακας συχνοτήτων για τη διάρκεια φροντίδας.....	30
Πίνακας 15	Πίνακας συχνοτήτων για τις ώρες ανά ημέρα φροντίδας του ασθενή	31

Πίνακας 16 Πίνακας συχνοτήτων για τις ημέρες ανά εβδομάδα φροντίδας του ασθενή	32
Πίνακας 17 Πίνακας συχνοτήτων για το μοίρασμα της φροντίδας.....	32
Πίνακας 18 Πίνακας συχνοτήτων για το άτομο που μοιράζεται τη φροντίδα	33
Πίνακας 19 Πίνακας συχνοτήτων για την ικανότητα ομιλίας του ασθενή	33
Πίνακας 20 Πίνακας συχνοτήτων για την ικανότητα περπατήματος του ασθενή	33
Πίνακας 21 Πίνακας συχνοτήτων για την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή	34
Πίνακας 22 Πίνακας συχνοτήτων για το αίσθημα ευγνωμοσύνης που νιώθει ο ασθενής προς τον φροντιστή του	34
Πίνακας 23 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής καταλαβαίνει τον κόπο του φροντιστή	34
Πίνακας 24 Πίνακας συχνοτήτων της αισιοδοξίας για το μέλλον, του φροντιστή.....	35
Πίνακας 25 Μέσες τιμές υποκλιμάκων του SF-36 και τυπικές τιμές γενικού πληθυσμού (Ware, 2000).....	36
Πίνακας 26 Περιγραφικά στατιστικά των κλιμάκων.....	41
Πίνακας 27 Πίνακας συσχετίσεων των κλιμάκων	41
Πίνακας 28 Πίνακας συνάφειας για το φύλο και την επισκόπηση υγείας.....	42
Πίνακας 29 Πίνακας συνάφειας για το φύλο και την επιβάρυνση των φροντιστών	42
Πίνακας 30 Πίνακας συνάφειας για την αυτοφροντίδα και το φύλο.....	43
Πίνακας 31 Παλινδρόμηση της επισκόπησης υγείας ως προς την επιβάρυνση φροντιστή και την αυτοφροντίδα	44
Πίνακας 32 Περιγραφικά στατιστικά της ποιότητας ζωής ως προς το φύλο	44
Πίνακας 33 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner για την κλίμακα SF-36 και την ηλικία.....	45
Πίνακας 34 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner για την κλίμακα ZBI και την ηλικία.....	46
Πίνακας 35 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner για την κλίμακα αυτοφροντίδας και την ηλικία.....	46

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Γκούβα Μαίρη για την καθοδήγηση και την υποστήριξη που μου παρείχε σε όλη τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και τα μέλη της τριμελούς μου επιτροπής κο. Κουράκο Μιχαήλ και κα. Κωνσταντή Ζωίτσα.

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 φροντίδα ενός μέλους της οικογένειας με άνοια αποτελεί μια σύνθετη και συχνά αγχωτική διαδικασία, η οποία επηρεάζει σημαντικά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των φροντιστών, με συνέπεια τη μείωση της ποιότητας ζωής τους (Schölzel-Dorenbos et al., 2009; Von Känel et al., 2008). Η άνοια είναι μια χρόνια, εκφυλιστική νόσος που χαρακτηρίζεται από σταδιακή επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας, της μνήμης και της ικανότητας εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, προκαλώντας σημαντικές προκλήσεις στους ασθενείς και στους φροντιστές τους (Mortimer, Schuman & French, 1981).

Η επιβάρυνση που προκύπτει από τη φροντίδα ατόμων με άνοια είναι ιδιαίτερα έντονη λόγω της φύσης των συμπτωμάτων, τα οποία περιλαμβάνουν γνωστικές, συμπεριφορικές και ψυχολογικές δυσκολίες (BPSD) και απαιτούν συνεχή και εξειδικευμένη φροντίδα (Δουδούμη κ.α., 2003; Medical Advisor Secretariat, 2008). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, το βάρος αυτό ξεπερνά εκείνο που αντιμετωπίζουν φροντιστές ατόμων με άλλες χρόνιες παθήσεις, με περιγραφές που αναφέρονται στο ρόλο του φροντιστή ως «36 ώρες την ημέρα» (Brodaty & Donkin, 2009).

Η φροντίδα αυτή επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως κοινωνικοί, οικονομικοί, δημογραφικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και από την ύπαρξη ή απουσία δικτύων κοινωνικής υποστήριξης, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, τη σοβαρότητα της νόσου, τις ώρες φροντίδας, την κοινωνική απομόνωση και την οικογενειακή συνοχή (Arango-Lasprilla et al., 2010; NurFatimah et al., 2013). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν και συμβάλλουν στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση του φροντιστή, καθιστώντας το αντικείμενο της φροντίδας ένα πολύπλευρο ζήτημα.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι φροντιστές είναι άτυποι ή μη επαγγελματίες, δηλαδή συγγενείς, σύντροφοι ή φίλοι που αναλαμβάνουν τον ρόλο χωρίς να έχουν λάβει κατάλληλη εκπαίδευση ή προετοιμασία (Vrettos et al., 2023). Η φροντίδα, πέρα από τις φυσικές απαιτήσεις, συχνά επιφέρει υψηλό ψυχολογικό βάρος, που μπορεί να εκδηλωθεί ως άγχος, κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση και εξάντληση (Zarit Orr & Zarit, 1985). Επιπλέον, πολλές φορές οι άτυποι φροντιστές αντιμετωπίζουν μειωμένες δυνατότητες εργασίας ή οικονομικές δυσκολίες, γεγονός που επηρεάζει περαιτέρω την ποιότητα ζωής τους (Rose et al., 2021; Frias et al., 2020).

Η έννοια της ποιότητας ζωής (ΠΖ) στον πληθυσμό των φροντιστών ατόμων με άνοια είναι πολυδιάστατη και σύνθετη. Αφορά όχι μόνο τη σωματική υγεία, αλλά και την ψυχολογική ευεξία, την κοινωνική λειτουργικότητα και το αίσθημα προσωπικής ικανοποίησης (Balash et al., 2017; Liu, Sun & Zhong, 2018). Ενώ η ποιότητα ζωής συχνά μειώνεται λόγω των απαιτήσεων της φροντίδας, δεν λείπουν και οι θετικές πτυχές, όπως η αίσθηση πληρότητας και η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών που μπορεί να προκύψουν από το έργο των φροντιστών (Frias et al., 2020).

Η επιβάρυνση της φροντίδας (caregiver burden) περιλαμβάνει το σύνολο των δυσκολιών και των πιέσεων που βιώνει ο φροντιστής. Αποτελεί σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής, καθώς αυξημένη επιβάρυνση συχνά συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και μειωμένης σωματικής υγείας (Seitz et al., 2018). Η έρευνα δείχνει ότι η αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων των ασθενών, η κοινωνική υποστήριξη και οι στρατηγικές αυτοφροντίδας μπορούν να μετριάσουν αυτή την επιβάρυνση και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των φροντιστών (Gouva et al., 2025).

Παρά τη σημαντική ποσότητα έρευνας που έχει διεξαχθεί διεθνώς, υπάρχουν ερευνητικά κενά, ειδικά σε επίπεδο ελληνικού πληθυσμού. Οι μελέτες στην Ελλάδα είναι περιορισμένες και συχνά βασίζονται σε μικρά ή τοπικά δείγματα, χωρίς να προσφέρουν μια πλήρη και πολυδιάστατη εικόνα της εμπειρίας των φροντιστών (Vrettos et al., 2023). Επιπλέον, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει συνδυαστικά τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους όπως η μοναξιά, το άγχος και η αυτοφροντίδα, που είναι κρίσιμες για την κατανόηση της συνολικής επιβάρυνσης και της ποιότητας ζωής (Gouva et al., 2025).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της επιβάρυνσης που βιώνουν οι άτυποι φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων με άνοια και της ποιότητας ζωής τους, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως το άγχος, η μοναξιά και η αυτοφροντίδα. Επιπλέον, επιδιώκεται η ανάδειξη των ψυχοκοινωνικών μηχανισμών που επηρεάζουν αυτή τη σχέση, καθώς και η καταγραφή δεδομένων από ευρύτερα και αντιπροσωπευτικά δείγματα φροντιστών στην Ελλάδα. Η εργασία φιλοδοξεί να συμβάλει στη βελτίωση της κατανόησης των αναγκών αυτής της ομάδας και στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα μειώσουν την επιβάρυνση και θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Συνοψίζοντας, η φροντίδα ατόμων με άνοια είναι ένα σύνθετο φαινόμενο με σημαντικές επιπτώσεις για τους φροντιστές, οι οποίοι συχνά εργάζονται κάτω από

δύσκολες συνθήκες και χωρίς την απαραίτητη υποστήριξη. Η αναγνώριση και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους είναι ουσιώδης προϋπόθεση για τη βελτίωση της φροντίδας και την προώθηση της ευεξίας τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους.

Η εργασία αποτελείται από επτά (7) κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την εισαγωγή και στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο βασικός στόχος της έρευνας, 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, με το θεωρητικό υπόβαθρο του θέματος, τη συστηματική ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας, την κριτική αξιολόγηση των ευρημάτων και τον 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 έρευνας, 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. Η εργασία ολοκληρώνεται με το κεφάλαιο 7 όπου συνοψίζονται τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας.

2. Στόχος και σκοποί της εργασίας

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της επιβάρυνσης που βιώνουν οι άτυποι φροντιστές ηλικιωμένων με άνοια και της ποιότητας ζωής τους, καθώς και να εξετάσει παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν αυτή τη σχέση.

Οι επιμέρους σκοποί της μελέτης είναι:

1. Να περιγραφούν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών και οι παράμετροι φροντίδας (π.χ. συγγενική σχέση, ώρες φροντίδας ανά εβδομάδα).
2. Να εκτιμηθούν τα επίπεδα επιβάρυνσης μέσω της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI) (Zarit et al., 1980) και η ποιότητα ζωής μέσω του ερωτηματολογίου SF-36 (μετρώντας τόσο τη φυσική όσο και τη ψυχική διάσταση).
3. Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ επιβάρυνσης και αυτοφροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία που καταδεικνύει αρνητική σχέση μεταξύ τους μέσω της κλίμακας αυτοφροντίδας, νοήματος ζωής και μοναξιάς (Gouna et al., 2025; Hu et al., 2025; Tahami Monfared et al., 2024; Vrettos et al., 2023; Wang et al., 2020).
4. Να εξετασθούν τυχόν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επιβάρυνση και την ποιότητα ζωής/αυτοφροντίδας με βάση το φύλο των φροντιστών.

2.1 Ερευνητική ερώτηση

Η ποσοτική και η ποιοτική έρευνα είναι οι δύο κοινές προσεγγίσεις στην έρευνα για την υγεία που όμως διαφέρουν στις αναφορές τους σχετικά με οντολογικές και επιστημολογικές προοπτικές, με αποτέλεσμα να αντιπροσωπεύουν ανόμοιες απόψεις. Μια σημαντική διαφορά μεταξύ των ποσοτικών και ποιοτικών ερευνητικών ερωτημάτων είναι ότι ο πρώτος τύπος αποτελεί μια γραμμική διαδικασία, ενώ ο δεύτερος μια κυκλική διαδικασία. Στις ποσοτικές μελέτες, που διερευνάται η σχέση μεταξύ αιτίου - αποτελέσματος ή η παρέμβαση, το πλαίσιο πληθυσμού, παρέμβασης, σύγκρισης, αποτελεσμάτων (PICO) είναι καταλληλότερο, συγκριτικά με ένα πλαίσιο SPIDER (δείγμα, φαινόμενα, σχεδιασμός, αξιολόγηση, έρευνα) και SPICES (πλαίσιο, πληθυσμός, παρέμβαση, σύγκριση και αξιολόγηση) που εφαρμόζεται σε ποιοτικές

μελέτες (Rehman, Campbell & Chew-Graham, 2021). Η παρούσα έρευνα εστιάζει στους άτυπους/οικογενειακούς φροντιστές ενηλίκων με διαγνωσμένη άνοια και την επίδραση της επιβάρυνσης που βιώνουν στην ποιότητα ζωής τους. Με βάση την τεχνική PICO,

1. P (Population/Πληθυσμός): Άτυποι φροντιστές ενηλίκων με άνοια στην Άρτα (Vrettos et al., 2023).
2. I (Intervention - exposure/Παρέμβαση): Υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης φροντιστή, όπως μετρώνται μέσω της κλίμακας Zarit Burden Interview (Zarit et al., 1980; Khan et al., 2023).
3. C (Comparison/Σύγκριση): Χαμηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης φροντιστή μέσω της κλίμακας αυτοφροντίδας, νοήματος ζωής και μοναξιάς (Gouva et al., 2025).
4. O (Outcome/Αποτέλεσμα): Ποιότητα ζωής φροντιστών, μετρημένη μέσω του SF-36 (Hu et al., 2025; Wang et al., 2020), αυτοφροντίδα, άγχος, μοναξιά (Gouva et al., 2025).

Η κύρια ερευνητική ερώτηση διαμορφώνεται ως εξής:

Ποια είναι η επίδραση της επιβάρυνσης των φροντιστών ατόμων με άνοια στην ποιότητα ζωής, το άγχος, την αυτοφροντίδα και το αίσθημα μοναξιάς, σε σύγκριση με φροντιστές που βιώνουν χαμηλότερη επιβάρυνση;

2.2 Αιτιολόγηση/ σκεπτικό της εργασίας

Η φροντίδα ενηλίκων με άνοια αποτελεί σημαντική πρόκληση για τους άτυπους φροντιστές, οι οποίοι συχνά βιώνουν υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης, τα οποία επιβαρύνουν την ψυχική και σωματική τους υγεία (Hu et al., 2025; Khan et al., 2023). Η επιβάρυνση αυτή σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής τους, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα συμπτώματα άγχους, μοναξιάς και εξουθένωσης (Gouva et al., 2025; Lim et al., 2023). Παράλληλα, η διερεύνηση πιθανών διαφορών ανά φύλο μπορεί να αποκαλύψει κρίσιμες παραμέτρους που επηρεάζουν την εμπειρία των φροντιστών, καθώς το φύλο φαίνεται να διαμορφώνει διαφορετικά επίπεδα επιβάρυνσης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης (Papastavrou et al., 2014).

Η έλλειψη στοχευμένων ελληνικών ερευνών που να εξετάζουν σε βάθος τη σχέση μεταξύ επιβάρυνσης και ποιότητας ζωής/αυτοφροντίδας των φροντιστών στην Ελλάδα

καθιστά αναγκαία την παρούσα έρευνα. Η κατανόηση αυτών των σχέσεων μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων και πολιτικών υποστήριξης, με στόχο τη βελτίωση της ευημερίας των φροντιστών και, κατ' επέκταση, των ατόμων με άνοια που φροντίζουν (Sousa et al., 2022; Vrettos et al., 2023).

2.3 Αναστοχασμός

Ως νοσηλεύτρια, η ενασχόλησή μου με τους άτυπους φροντιστές ατόμων με άνοια έχει καταστήσει σαφές πόσο σημαντική είναι η υποστήριξή τους, όχι μόνο για την υγεία των ασθενών αλλά και για την ίδια τους τη ζωή. Μέσα από αυτή την έρευνα, αντιλαμβάνομαι ότι η επιβάρυνση που βιώνουν επηρεάζει βαθιά την ψυχολογική και σωματική τους ευεξία, και συνεπώς επηρεάζει και την ποιότητα της φροντίδας που μπορούν να προσφέρουν. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής θα με βοηθήσουν να ενσωματώσω στην πρακτική μου πιο στοχευμένες παρεμβάσεις, όπως ψυχολογική υποστήριξη, εκπαίδευση και χρήση νέων τεχνολογιών, με στόχο να ανακουφίσω τους φροντιστές και να ενισχύσω την αποτελεσματικότητα της φροντίδας. Πιστεύω πως η γνώση που θα αποκτήσω θα συμβάλει σημαντικά στην προαγωγή της νοσηλευτικής πρακτικής, προωθώντας μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει την υποστήριξη τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους.

3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Το υπόβαθρο του θέματος

Η φροντίδα ατόμων με άνοια αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες κοινωνικές και υγειονομικές προκλήσεις παγκοσμίως, επηρεάζοντας όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και τους άτυπους φροντιστές τους. Οι άτυποι φροντιστές, συνήθως μέλη της οικογένειας, αναλαμβάνουν τη συνεχή υποστήριξη και περίθαλψη των ατόμων με άνοια χωρίς επαγγελματική κατάρτιση, με αποτέλεσμα να εκτίθενται σε αυξημένο ψυχολογικό, σωματικό και κοινωνικό φορτίο (Brodady & Donkin, 2009).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2021), περισσότεροι από 55 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άνοια παγκοσμίως, με περίπου 10 εκατομμύρια νέα περιστατικά ετησίως. Η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνει φροντίδα εντός της οικογένειας, ενώ η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2023) επισημαίνει ότι περίπου 80% της φροντίδας παρέχεται από άτυπους φροντιστές, κυρίως γυναίκες, με μέσο όρο φροντίδας 20–60 ώρες εβδομαδιαίως.

Η συνεχής έκθεση στις απαιτήσεις φροντίδας οδηγεί συχνά σε σύνδρομο επιβάρυνσης φροντιστή (caregiver burden), που έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και μοναξιάς (Pinquart & Sörensen, 2003). Παράλληλα, πλήττεται σημαντικά η ποιότητα ζωής των φροντιστών, ιδίως όταν απουσιάζει κοινωνική υποστήριξη και δεν διατηρούνται βασικές πρακτικές αυτοφροντίδας (Cheng, 2017).

Στην Ελλάδα, η αύξηση του γηρασμένου πληθυσμού και η περιορισμένη δομική υποστήριξη των φροντιστών καθιστούν το φαινόμενο ακόμη πιο έντονο. Η μελέτη του Vrettos et al. (2023) αναδεικνύει ότι οι Έλληνες φροντιστές βιώνουν σημαντική επιβάρυνση, η οποία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους, ενώ η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί προστατευτικά. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται από τους Gouna et al. (2025), όπου η έλλειψη αυτοφροντίδας συσχετίζεται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία.

Η σημασία διερεύνησης του θέματος εντείνεται από την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις που να ενισχύουν την ανθεκτικότητα και την ευημερία των φροντιστών. Η επιστημονική τεκμηρίωση του βαθμού επιβάρυνσης και της σχέσης του με την ποιότητα ζωής και την αυτοφροντίδα μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών υποστηρικτικών μηχανισμών.

Ως εκ τούτου, η εστίαση στην ψυχολογική και κοινωνική εμπειρία των άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια δεν είναι μόνο επιστημονικά επίκαιρη, αλλά και κοινωνικά επιτακτική, σε ένα πλαίσιο που χαρακτηρίζεται από πληθυσμιακή γήρανση, περιορισμένες δημόσιες δομές και μεταβαλλόμενα οικογενειακά πρότυπα.

3.2 Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί βασικό εργαλείο για την τεκμηρίωση της αναγκαιότητας διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Ακολουθώντας καθορισμένη στρατηγική αναζήτησης και συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, αναζητήθηκαν άρθρα που εστιάζουν στην ψυχοκοινωνική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ασθενών με άνοια.

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων υψηλής εγκυρότητας: PubMed, Scopus, ScienceDirect, και Google Scholar. Για την ενίσχυση της ακρίβειας της αναζήτησης, χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες λέξεις-κλειδιά, σε συνδυασμό με τους Boolean τελεστές AND και OR: (“informal caregivers” OR “family caregivers”) AND (“dementia” OR “Alzheimer's disease”) AND (“self-care” OR “self-management”) AND (“loneliness” OR “social isolation”) AND (“stress” OR “burden” OR “mental health”), «επιβάρυνση φροντιστή», «άτυποι φροντιστές», «άγχος φροντιστή», «άνοια», «αυτοφροντίδα», «ποιότητα ζωής».

Οι αναζητήσεις περιορίστηκαν σε άρθρα με πλήρες κείμενο διαθέσιμο, που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 2015–2025, σε επίσημα επιστημονικά περιοδικά, στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα.

Τα κριτήρια ένταξης περιλαμβάνουν άρθρα που αφορούν σε άτυπους φροντιστές ατόμων με άνοια, σε έρευνες που αξιολογούν τουλάχιστον μία από τις εξής μεταβλητές: αυτοφροντίδα, μοναξιά, άγχος, σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση με έγκυρα εργαλεία μέτρησης.

Αποκλείστηκαν άρθρα που αφορούν αποκλειστικά επαγγελματίες υγείας ή φροντιστές σε δομές φροντίδας και έρευνες που αφορούν άλλες παθήσεις (π.χ. καρκίνο, καρδιοπάθειες, σκλήρυνση κατά πλάκας, νεφρική ανεπάρκεια κ.α.). Η αρχική αναζήτηση απέφερε 112 άρθρα. Μετά την απομάκρυνση διπλότυπων και την αρχική εξέταση τίτλων/περιλήψεων, προέκυψαν για πλήρη ανάγνωση 38 άρθρα. Τελικά, επιλέχθηκαν 9 άρθρα που πληρούσαν πλήρως τα κριτήρια ένταξης και κρίθηκαν κατάλληλα για τη βιβλιογραφική ανάλυση.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με σκοπό την ανίχνευση επιστημονικών ερευνών που εστιάζουν στην επίδραση της επιβάρυνσης, της μοναξιάς, και της αυτοφροντίδας στην ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια.

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Τα επιλεγμένα άρθρα παρουσιάζουν πλούσιο ερευνητικό υλικό γύρω από τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της φροντίδας σε άτυπους φροντιστές ατόμων με άνοια (Πίνακας 1).

Πίνακας 1 Συγκεντρωτικός πίνακας βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Συγγραφέας	Έτος	Τύπος έρευνας	Δείγμα	Εργαλεία μέτρησης	Κύρια ευρήματα
Hu et al.	2025	Ποσοτική διατομεακή μελέτη	150 φροντιστές ατόμων με άνοια	Zarit Burden Interview (ZBI), SF-36, MSPSS (υποστ.), δημογραφικά	Η κοινωνική υποστήριξη μεσολαβεί στη σχέση επιβάρυνσης-ποιότητας ζωής. Υψηλή επιβάρυνση σχετίζεται με χαμηλότερη HRQoL.
Tahami Monfared et al.	2024	Ποσοτική διατομεακή	100 φροντιστές (σε 3 κέντρα άνοιας)	ZBI, EQ-5D, ερωτ. λειτουργικότητας ασθενών	Η βαρύτητα της άνοιας επηρεάζει έμμεσα την ποιότητα ζωής μέσω αυξημένης επιβάρυνσης φροντιστή.
Wang et al.	2020	Διατομεακή ποσοτική	273 άτυποι φροντιστές	ZBI, SF-36, CES-D	Αυξημένη επιβάρυνση σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης στους φροντιστές.
Vrettos et al.	2023	Ποσοτική, διατομεακή με ανάλυση μεσολάβησης	311 φροντιστές στην Ελλάδα	ZBI, WHOQOL-BREF, MSPSS	Η κοινωνική υποστήριξη μετριάζει την αρνητική επίδραση της επιβάρυνσης στην ποιότητα ζωής. Διαφορές παρατηρούνται ανά φύλο.
McCabe et al.	2021	Συστηματική ανασκόπηση	40 μελέτες (ποσοτικές)	-	Η ποιότητα ζωής των φροντιστών επηρεάζεται από επιβάρυνση,

			& ποιοτικές)		υποστήριξη και ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, χρόνος φροντίδας).
Lai et al.	2022	Διατομεακή μελέτη	130 φροντιστές ασθενών με Alzheimer	ZBI, SF-12	Οι γυναίκες φροντιστές εμφανίζουν μεγαλύτερη επιβάρυνση και χαμηλότερη ποιότητα ζωής.
Khan et al.	2023	Ποσοτική μελέτη	186 φροντιστές ατόμων με άνοια	ZBI, WHOQOL-BREF, PHQ-9	Υψηλή επιβάρυνση και κατάθλιψη σχετίζονται αρνητικά με όλους τους τομείς ποιότητας ζωής.
Gouva et al.	2025	Διατομεακή μεθοδολογική μελέτη	205 φροντιστές (Ελλάδα)	Κλίμακα Αυτοφροντίδας, ZBI, SF-36	Η αυτοφροντίδα σχετίζεται αρνητικά με την επιβάρυνση και θετικά με την ποιότητα ζωής. Πλήρης επαλήθευση εγκυρότητας/αξιοπιστίας κλίμακας.
Zacharopoulou et al.	2015	Ποσοτική	-	-	Ανέπτυξαν και έλεγξαν μοντέλο πρόβλεψης της ποιότητας ζωής με βάση επιβάρυνση και παράγοντες κινδύνου

Η πλειοψηφία των ερευνών αξιοποιεί ψυχομετρικά εργαλεία όπως το Zarit Burden Interview (ZBI) και το SF-36 ή WHOQOL-BREF για την αξιολόγηση της επιβάρυνσης και της ποιότητας ζωής. Παρά την υψηλή εγκυρότητα των εργαλείων, ορισμένες μελέτες παρουσιάζουν ελλείψεις ως προς την ενσωμάτωση παραγόντων μοναξιάς ή αυτοφροντίδας ως μεταβλητών, κάτι που αναδεικνύει το ερευνητικό κενό.

3.4 Το ερευνητικό κενό

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε σημαντικά ευρήματα σχετικά με την επιβάρυνση και την ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια. Η πλειονότητα των μελετών (Hu et al., 2025; Wang et al., 2020; Khan et al., 2023) επιβεβαιώνει σταθερά την αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βάρους φροντίδας και της υγείας-σχετιζόμενης ποιότητας ζωής (HRQoL) των φροντιστών. Παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη (Vrettos et al., 2023) και η αυτοφροντίδα (Gouva et al., 2025)

διαφαίνεται ότι ασκούν προστατευτική επίδραση και ενισχύουν την ψυχοκοινωνική ευημερία των φροντιστών.

Ωστόσο, η ανάλυση της βιβλιογραφίας αποκάλυψε σημαντικά ερευνητικά κενά που καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα:

1. Έλλειψη πολυπαραγοντικής ανάλυσης: Οι περισσότερες μελέτες εξετάζουν απομονωμένα τη σχέση μεταξύ επιβάρυνσης και ποιότητας ζωής, χωρίς να ενσωματώνουν σημαντικές ψυχοκοινωνικές μεταβλητές όπως η αυτοφροντίδα, η κοινωνική υποστήριξη, το άγχος ή το αίσθημα μοναξιάς (Hu et al., 2025; Khan et al., 2023). Δεν συναντώνται μοντέλα με πολλαπλή παλινδρόμηση ή ανάλυση διαμεσολάβησης που να προτείνουν μια πιο ολοκληρωμένη ερμηνεία των σχέσεων αυτών.
2. Απουσία αντιπροσωπευτικών ελληνικών δεδομένων: Οι ελληνικές έρευνες, αν και σημαντικές (Gouna et al., 2025; Vrettos et al., 2023), είναι περιορισμένες σε γεωγραφικό εύρος και συχνά βασίζονται σε βολικά ή τοπικά δείγματα. Δεν έχει διεξαχθεί, μέχρι σήμερα, έρευνα σε ευρύ και ετερογενές δείγμα φροντιστών στην Ελλάδα, χρησιμοποιώντας επικαιροποιημένα και συνδυασμένα ψυχομετρικά εργαλεία.
3. Υποεκπροσώπηση κρίσιμων ψυχοκοινωνικών δεικτών: Παράγοντες όπως το άγχος (Wang et al., 2020), το αίσθημα μοναξιάς, και το νόημα ζωής συναντώνται ελάχιστα στη βιβλιογραφία, παρότι έχουν θεωρητική και πρακτική σημασία στην κατανόηση της φροντιστικής εμπειρίας (McCabe et al., 2021).
4. Περιορισμένη χρήση πολυδιάστατων εργαλείων: Οι περισσότερες έρευνες βασίζονται σε βασικά εργαλεία όπως το Zarit Burden Interview (ZBI) και το SF-36 (Lai et al., 2022; Tahami Monfared et al., 2024), χωρίς να ενισχύονται από ψυχομετρικά εργαλεία που μετρούν άγχος (STAI), μοναξιά ή αυτοφροντίδα. Η έλλειψη αυτών των εργαλείων στερεί από τις μελέτες βάθος και πληρότητα στην αποτύπωση της εμπειρίας των φροντιστών.

Προκύπτει πως, η παρούσα εργασία έρχεται να καλύψει αυτά τα κενά, φιλοδοξώντας να προσφέρει μια ολιστική αποτύπωση της επιβάρυνσης, της ποιότητας ζωής και των ψυχολογικών παραμέτρων των άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια στην Ελλάδα. Θα

χρησιμοποιηθούν πολλαπλά και επικυρωμένα εργαλεία (ZBI, SF-36, κλίμακα Αυτοφροντίδας) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα, επιτρέποντας βαθύτερη στατιστική ανάλυση, καθώς και ερμηνεία των πολύπλοκων σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών.

Κεφ. 4: Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1 Επιστημολογία

Ο Michael Crotty, στο έργο του *The Foundations of Social Research*, ορίζει την ερευνητική διαδικασία ως ένα δομημένο σύστημα αποτελούμενο από τέσσερα βασικά στοιχεία: επιστημολογία, θεωρητική προοπτική, μεθοδολογία και μέθοδοι. Αυτή η ιεραρχική δομή παρέχει ένα συνεκτικό πλαίσιο για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση της κοινωνικής έρευνας, εξασφαλίζοντας τη θεωρητική συνέπεια μεταξύ του τι θεωρείται γνώση, πώς αυτή μπορεί να αποκτηθεί και με ποια εργαλεία μπορεί να μελετηθεί ο κοινωνικός κόσμος (Feast & Mells, 2010).

Η παρούσα έρευνα υιοθετεί τη μεταθετικιστική επιστημολογική προσέγγιση, η οποία, αν και αποδέχεται την ύπαρξη μιας αντικειμενικής πραγματικότητας, αναγνωρίζει ταυτόχρονα ότι η ανθρώπινη παρατήρηση, οι αξίες και η ερμηνεία επηρεάζουν αναπόφευκτα την πρόσβαση σε αυτή την πραγματικότητα (Crotty, 1998). Ο μεταθετικισμός συνιστά εξέλιξη του θετικισμού και επιδιώκει την αιτιώδη ερμηνεία, την αξιοπιστία των ποσοτικών δεδομένων, και τη συγκρατημένη γενίκευση των ευρημάτων, λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα των κοινωνικών φαινομένων (Godwin, et al., 2021; Reed, 2010).

Η ερευνητική προσέγγιση βασίζεται στη μέτρηση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών μέσω του εργαλείου Zarit Burden Interview (ZBI), της ποιότητας ζωής μέσω του SF-36 και της στάσης απέναντι στην αυτοφροντίδα με την κλίμακα αυτοφροντίδας (Gouna et al., 2025). Η επιλογή αυτών των σταθμισμένων, ποσοτικών εργαλείων ευθυγραμμίζεται με τη μεταθετικιστική αρχή της εμπειρικής μέτρησης μεταβλητών και της συστηματικής διερεύνησης των σχέσεών τους. Όπως επισημαίνουν οι Tahami Monfared et al. (2024), οι μελέτες που βασίζονται σε έγκυρα ποσοτικά εργαλεία μπορούν να αναδείξουν κρίσιμους παράγοντες που επηρεάζουν τους φροντιστές, ενώ οι Hu et al. (2025) υπογραμμίζουν τη σημασία της κατανόησης της φροντιστικής επιβάρυνσης μέσα από πολύπλευρες μεταβλητές και μετρήσιμους δείκτες ευημερίας.

Η χρήση στατιστικών τεχνικών, όπως συσχετιστικές αναλύσεις και πολλαπλή παλινδρόμηση, επιτρέπει την ανίχνευση προτύπων και σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, στοχεύοντας στην εξαγωγή γενικεύσιμων συμπερασμάτων με επαγγελματική εφαρμογή στη νοσηλευτική πρακτική. Όπως σημειώνει ο Creswell

(2014), η επιστημονική εγκυρότητα στις ποσοτικές μελέτες ενισχύεται όταν η μεθοδολογία είναι ευθυγραμμισμένη με μια συνεπή επιστημολογική βάση, όπως συμβαίνει στην παρούσα εργασία.

Συνολικά, η μεταθετικιστική προσέγγιση καθιστά δυνατή την κριτική, αλλά αξιόπιστη ποσοτική μελέτη των σχέσεων μεταξύ της φροντιστικής επιβάρυνσης, της ποιότητας ζωής και της αυτοφροντίδας. Τα ευρήματα φιλοδοξούν να συμβάλουν σε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις και πολιτικές υποστήριξης των άτυπων φροντιστών στον τομέα της άνοιας.

4.2 Μεθοδολογία

Οι φαινομενολογικές ερευνητικές μέθοδοι βασίζονται στη φιλοσοφία του Husserl και του Heidegger, εστιάζοντας στην εις βάθος κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας. Ο Husserl προτείνει ότι η ουσία ενός φαινομένου μπορεί να αναδειχθεί μέσω της περιγραφής της εμπειρίας, ενώ ο Heidegger προσθέτει την έννοια της ερμηνείας εντός του καθημερινού πλαισίου. Έτσι, οι φαινομενολογικές μέθοδοι παρέχουν ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων για τη μελέτη της υποκειμενικής εμπειρίας, διαφοροποιούμενες ως προς τον σκοπό, τον ρόλο του ερευνητή και τις τεχνικές συλλογής και ανάλυσης δεδομένων. Οι φαινομενολογικές μέθοδοι με περιγραφικό προσανατολισμό εστιάζουν στην ακριβή καταγραφή της βιωμένης εμπειρίας, με στόχο την κατανόηση της ουσίας του φαινομένου, αφήνοντας στην άκρη τις προσωπικές προϋποθέσεις του ερευνητή. Αντίθετα, οι ερμηνευτικά προσανατολισμένες φαινομενολογικές προσεγγίσεις αναγνωρίζουν το ενσωματωμένο νόημα στην εμπειρία και επιδιώκουν την ερμηνεία της, χωρίς να θεωρούν εφικτή την πλήρη αποστασιοποίηση του ερευνητή από τις δικές του προϋποθέσεις. Προκύπτει πως δύο βασικές φαινομενολογικές φιλοσοφικές προσεγγίσεις έχουν δημιουργήσει ένα ευρύ φάσμα μεθοδολογιών για τη μελέτη υποκειμενικών ψυχολογικών και κοινωνικών φαινομένων. Οι ερευνητές καλούνται να επιλέξουν μεταξύ περιγραφικών ή ερμηνευτικών προσεγγίσεων, ανάλογα με το αν επιθυμούν να εστιάσουν στην περιγραφή ή στην ερμηνεία της εμπειρίας. Επιπλέον, η συνδυαστική χρήση αυτών των προσεγγίσεων μπορεί να προσφέρει ευελιξία και καλύτερη προσαρμογή στις ανάγκες της εκάστοτε έρευνας (Finlay, 2009; Heotis, 2020).

Η παρούσα εργασία ακολουθεί ποσοτική, περιγραφική και μη πειραματική μεθοδολογία, κατάλληλη για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών

της φροντιστικής επιβάρυνσης (ZBI), της ποιότητας ζωής (SF-36) και της αυτοφροντίδας, στάσης ζωής και μοναξιάς (κλίμακα Gouna et al., 2025) στους άτυπους φροντιστές ατόμων με άνοια. Η περιγραφική προσέγγιση εστιάζει στη συστηματική καταγραφή, ανάλυση και ερμηνεία ποσοτικών δεδομένων χωρίς την παρέμβαση ή χειραγώγηση μεταβλητών, ενώ η μη πειραματική φύση της μελέτης αντικατοπτρίζει τον στόχο της: να αποτυπώσει με ακρίβεια την υφιστάμενη κατάσταση σε πραγματικό πληθυσμό, χωρίς πειραματικό σχεδιασμό ή παρεμβάσεις (Creswell, 2014).

Η ποσοτική προσέγγιση κρίθηκε κατάλληλη, καθώς επιτρέπει τη μέτρηση συσχετίσεων, την ανάλυση διαφορών και την εξαγωγή γενικεύσιμων συμπερασμάτων, ιδίως όταν χρησιμοποιούνται έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία. Η έρευνα δεν επιδιώκει εις βάθος κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας των φροντιστών, όπως θα απαιτούσε μια φαινομενολογική ή ερμηνευτική ποιοτική μέθοδος· αντιθέτως, επικεντρώνεται στην ποσοτική αποτύπωση της σχέσης μεταξύ μετρήσιμων μεταβλητών, όπως ενδείκνυται από τη μεταθετικιστική της βάση.

Η επιλεγμένη μεθοδολογική προσέγγιση υποστηρίζει τον σκοπό της μελέτης: την ποσοτική διερεύνηση και ανάλυση της σχέσης ανάμεσα στην επιβάρυνση, την ποιότητα ζωής και την αυτοφροντίδα των άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια. Η μεθοδολογία είναι συνεπής με την επιστημολογική βάση, τα ερευνητικά ερωτήματα και τις δυνατότητες που προσφέρονται στο συγκεκριμένο πλαίσιο της έρευνας.

4.3 Δειγματοληπτική τεχνική

Οι τεχνικές δειγματοληψίας είναι ένα σύνολο μεθόδων που επιτρέπει να μειώσουμε το μέγεθος των δεδομένων που πρέπει να συλλεχθούν θεωρώντας δεδομένα από υποομάδες παρά από όλες τις δυνατές περιπτώσεις. Οι ερευνητές που εφαρμόζουν τις ποσοτικές μεθόδους προσπαθούν να ανακαλύψουν κάτι για μία μεγάλη ομάδα ατόμων μελετώντας μία πολύ μικρότερη ομάδα. Η μεγαλύτερη ομάδα για την οποία θέλουν να μάθουν, ονομάζεται πληθυσμός, και η μικρότερη ομάδα την οποία τελικά μελετούν ονομάζεται δείγμα. Στην ποσοτική έρευνα η δειγματοληψία αναφέρεται σε αυτή τη διαδικασία επιλογής δείγματος από έναν καθορισμένο πληθυσμό, με σκοπό το δείγμα να αντιπροσωπεύει με ακρίβεια αυτόν τον πληθυσμό (Edwards, Nebel & Heinrich, 2005).

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η δειγματοληψία σκοπιμότητας (purposive sampling) ως τεχνική. Η επιλογή αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι το ερευνητικό

ερώτημα αφορά μια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού, δηλαδή άτυπους φροντιστές ατόμων με διαγνωσμένη άνοια, οι οποίοι έχουν προσωπική εμπειρία φροντίδας και μπορούν να παρέχουν έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την επιβάρυνσή τους και την επίδρασή της στην ψυχοκοινωνική τους κατάσταση. Η δειγματοληψία σκοπιμότητας χρησιμοποιείται ευρέως σε κοινωνικές και υγειονομικές μελέτες όταν ο πληθυσμός-στόχος δεν είναι εύκολα προσβάσιμος μέσω τυχαίας δειγματοληψίας, αλλά απαιτεί εστιασμένη επιλογή με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Επιπλέον, παρέχει ευελιξία στον εντοπισμό συμμετεχόντων με τα απαραίτητα χαρακτηριστικά (π.χ. άμεση φροντίδα ατόμου με άνοια) δηλαδή επιτρέπει τη στοχευμένη συλλογή δεδομένων, σύμφωνα με τους σκοπούς της έρευνας (Etikan, Musa, & Alkassim, 2016; Palinkas et al., 2015).

Η τυχαία δειγματοληψία (random sampling) δεν κρίθηκε κατάλληλη, καθώς δεν υπήρχε διαθέσιμο μητρώο όλων των άτυπων φροντιστών με άνοια στον γενικό πληθυσμό. Η συστηματική δειγματοληψία δεν εφαρμόστηκε, καθώς δεν υπήρχε αριθμητικά οργανωμένο δείγμα για επιλογή με σταθερό βήμα.

Η στρωματοποιημένη δειγματοληψία (stratified sampling) επίσης απορρίφθηκε, επειδή θα απαιτούσε υποομάδες με ισχυρή εκπροσώπηση (π.χ. φροντιστές σε διαφορετικά στάδια νόσου), κάτι που δεν ήταν εφικτό στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης.

4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε βάσει προκαθορισμένων και αιτιολογημένων κριτηρίων, ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η συνάφεια του δείγματος με τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Τα κριτήρια αποδοχής διαμορφώθηκαν ώστε να περιλαμβάνουν άτομα με σχετική εμπειρία και δυνατότητα ανταπόκρισης στη συλλογή δεδομένων, ενώ τα κριτήρια αποκλεισμού αποσκοπούν στην ελαχιστοποίηση παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάσουν την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων (Brodsky & Donkin, 2009; Eters, Goodall & Harrison, 2008). Ειδικότερα τα κριτήρια αποδοχής περιλαμβάνουν:

1. Ενήλικες άνω των 18 ετών
2. Άτυποι (μη επαγγελματίες) φροντιστές ατόμων με διαγνωσμένη άνοια, οι οποίοι παρέχουν φροντίδα για τουλάχιστον 6 μήνες.
3. Συγγενική ή στενή σχέση με τον ασθενή (π.χ. σύζυγος, τέκνο, αδελφός/ή).

4. Ικανότητα κατανόησης και χρήσης της ελληνικής γλώσσας.
5. Συγκατάθεση συμμετοχής μετά από ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας.

Ως κριτήρια αποκλεισμού εφαρμόστηκαν τα παρακάτω:

1. Άτομα που παρέχουν φροντίδα σε επαγγελματική βάση (νοσηλευτές, βοηθοί φροντίδας, φροντιστές επί πληρωμή).
2. Φροντιστές που ανήκουν σε επίσημες δομές/ιδρύματα, όπου η φροντίδα ασκείται οργανωμένα από προσωπικό.
3. Φροντιστές οι οποίοι βρίσκονται σε ενεργή ψυχοθεραπεία ή λήψη φαρμακοθεραπείας για βαριά ψυχική νόσο, η οποία ενδέχεται να επηρεάσει την αντίληψή τους σχετικά με την επιβάρυνση και την ψυχολογική τους κατάσταση.
4. Άτομα που αρνούνται ή αποσύρουν τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στη μελέτη.

4.5 Περιγραφή του δείγματος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» και διήρκεσε από τον Φεβρουάριο έως και τον Ιούνιο του 2025. Το δείγμα αποτελείται από 100 άτυπους ενήλικες φροντιστές ασθενών με διαγνωσμένη άνοια σε πρώιμο και τελικό στάδιο.

Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, τα οποία έχουν περιγραφεί προηγουμένως, διασφαλίζοντας παράλληλα την εθελοντική συμμετοχή, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των συλλεχθέντων δεδομένων. Όλοι οι φροντιστές είχαν ενεργή και άμεση εμπλοκή στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών, χωρίς να ανήκουν στο υγειονομικό προσωπικό.

Το δείγμα παρουσιάζει διαφοροποίηση ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (όπως ηλικία, φύλο, συγγενική σχέση με τον ασθενή, διάρκεια παροχής φροντίδας και επίπεδο εκπαίδευσης), προκειμένου να επιτευχθεί μια αντιπροσωπευτική κάλυψη του πληθυσμού-στόχου. Ωστόσο, περιορισμό της μελέτης αποτελεί η αδυναμία επαλήθευσης της ειλικρίνειας των ανώνυμων απαντήσεων στα ερωτηματολόγια.

Η επιλογή αυτού του δείγματος, με πραγματική βιωματική σχέση με το υπό μελέτη φαινόμενο, στοχεύει στην ενίσχυση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων και στην υποστήριξη της δυνατότητας γενίκευσης των συμπερασμάτων στον πληθυσμό των άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια στην Ελλάδα.

4.6 Περιγραφή του χώρου

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στον νομό Άρτας, στην Περιφέρεια Ηπείρου, μία περιοχή με έντονο δημογραφικό αποτύπωμα ηλικιωμένων και συχνή παρουσία άτυπων φροντιστών σε οικογενειακά περιβάλλοντα. Η επιλογή της Άρτας ως πεδίου μελέτης κρίθηκε εύστοχη, καθώς επέτρεψε την άμεση πρόσβαση στον πληθυσμό-στόχο: άτυπους ενήλικες φροντιστές ατόμων με διαγνωσμένη άνοια, τόσο σε πρώιμο όσο και σε προχωρημένο στάδιο.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με φυσική παρουσία στην τοπική κοινότητα, όπου τα έντυπα, αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Η διαδικασία διευκολύνθηκε μέσω καθοδήγησης από την ερευνήτρια, με στόχο τη διασφάλιση της κατανόησης των ερωτήσεων και την ελαχιστοποίηση των πιθανών σφαλμάτων απόκρισης. Η επιλογή της διανομής με φυσικό τρόπο συνέβαλε στη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης και στην αύξηση της συμμετοχής.

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου 2025. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια. Η χρονική διάρκεια της έρευνας κρίθηκε επαρκής ώστε να επιτραπεί η κάλυψη διαφορετικών περιπτώσεων φροντιστών και να ενισχυθεί η πληρότητα και αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

4.7 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Η επιλογή της μεθόδου συλλογής δεδομένων αποτελεί κρίσιμο στάδιο σε κάθε ερευνητική διαδικασία, καθώς επηρεάζει την ποιότητα, την εγκυρότητα και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Στην παρούσα έρευνα, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της χορήγησης δομημένων, αυτοσυμπληρούμενων έντυπων ερωτηματολογίων, επιλογή που συμφωνεί με τη

φιλοσοφία της ποσοτικής προσέγγισης και τη φύση των μεταβλητών που εξετάζονται (επίπεδα επιβάρυνσης, ποιότητα ζωής, αυτοφροντίδα).

Η χρήση ερωτηματολογίων επέτρεψε την τυποποιημένη και ανώνυμη καταγραφή των εμπειριών των άτυπων φροντιστών, διασφαλίζοντας την αξιοπιστία των απαντήσεων και διευκολύνοντας τη στατιστική επεξεργασία. Παράλληλα, κατέστη δυνατή η συλλογή δεδομένων από μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα, εντός εύλογου χρονικού πλαισίου. Αντιθέτως, μέθοδοι όπως η προσωπική συνέντευξη, αν και προσφέρουν δυνατότητες σε βάθος ανάλυσης, κρίθηκαν λιγότερο κατάλληλες, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων σε χρόνο, κόστος και περιορισμένης δυνατότητας γενίκευσης.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Άρτας, κατά το χρονικό διάστημα από τον Μάρτιο έως τον Ιούλιο του 2025. Η επιλογή της έντυπης μορφής των ερωτηματολογίων συνέβαλε στην ενίσχυση της εγκυρότητας και της στατιστικής αξιοπιστίας των συλλεγόμενων πληροφοριών, εξυπηρετώντας αποτελεσματικά τους σκοπούς της μελέτης (Creswell, 2014).

Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων αξιοποιήθηκε ένα σύνολο σταθμισμένων και αξιόπιστων εργαλείων (Zarit, SF-36, Κλίμακα Αυτοφροντίδας), τα οποία ευθυγραμμίζονται πλήρως με τους στόχους της παρούσας έρευνας.

Εργαλεία μέτρησης:

1. Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων:

Το εργαλείο αυτό αποσκοπεί στη συλλογή βασικών κοινωνικο-δημογραφικών πληροφοριών των συμμετεχόντων, όπως ηλικία, φύλο, καταγωγή, επαγγελματική κατάσταση και οικογενειακή σύνθεση.

2. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της υγείας – SF-36:

Το SF-36 αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και περιλαμβάνει συνολικά 36 ερωτήσεις, οργανωμένες σε οκτώ επιμέρους διαστάσεις. Αυτές είναι: η φυσική λειτουργικότητα (Physical Functioning - PF), ο σωματικός ρόλος (Role Physical - RP), ο σωματικός πόνος (Bodily Pain - BP), η γενική υγεία (General Health - GH), η ζωτικότητα (Vitality - VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning - SF), ο συναισθηματικός ρόλος (Role Emotional - RE) και η ψυχική υγεία (Mental Health - MH) (Ware & Sherbourne, 1992).

Κάθε διάσταση μετατρέπεται σε μία αριθμητική βαθμολογία που κυμαίνεται από 0 έως 100, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη αντίληψη της υγείας. Το εργαλείο αυτό επιτρέπει τη συνολική ή επιμέρους ανάλυση των επιδράσεων σωματικής και ψυχικής υγείας στην καθημερινή λειτουργικότητα των ατόμων.

Η ελληνική έκδοση του SF-36 έχει σταθμιστεί και αξιολογηθεί για τον ελληνικό πληθυσμό, παρουσιάζοντας υψηλή αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha > 0.70$) και εγκυρότητα περιεχομένου και κατασκευής (Pappa et al., 2005). Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, η χρήση του SF-36 κρίθηκε κατάλληλη, καθώς επιτρέπει την πολύπλευρη αποτύπωση της αντίληψης των άτυπων φροντιστών για τη σωματική και ψυχική τους ευημερία, η οποία επηρεάζεται άμεσα από την ένταση και διάρκεια της φροντίδας που προσφέρουν.

3. Κλίμακα επιβάρυνσης Zarit (The Zarit Burden Interview)

Η κλίμακα περιλαμβάνει 22 δηλώσεις που αντανακλούν συναισθήματα των ατόμων που φροντίζουν ηλικιωμένους με άνοια (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). Περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις: ένταση ρόλου, προσωπική ένταση, αποστέρηση σχέσεων και διαχείριση της φροντίδας. Για κάθε στοιχείο, οι ερωτηθέντες υποδεικνύουν πόσο συχνά αισθάνονται με έναν συγκεκριμένο τρόπο χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert 5 βαθμών που κυμαίνεται από:

0 = Ποτέ

1 = Σπάνια

2 = Μερικές φορές

3 = Αρκετά Συχνά

4 = Σχεδόν Πάντα

Η κλίμακα παράγει μια συνολική βαθμολογία αθροίζοντας όλες τις απαντήσεις στο στοιχείο, που κυμαίνεται από 0 έως 88. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερο είναι το αντιληπτό βάρος. Ερμηνεία των βαθμολογιών:

0–21: Μικρή ή καθόλου βάρος

21–40: Ήπια έως μέτρια βαρύτητα

41–60: Μέτρια βαρύτητα

Άνω των 60: Σοβαρή βαρύτητα

Η ελληνική προσαρμογή της κλίμακας έγινε από την Παπασταύρου κ.α., (2006).

4. Κλίμακα αυτοφροντίδας ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας

Η Κλίμακα Αυτοφροντίδας Ατόμων Μεγάλης και Μεγαλύτερης Ηλικίας αναπτύχθηκε με σκοπό τη μέτρηση της ικανότητας και προδιάθεσης των ατόμων να φροντίζουν τον εαυτό τους σε ψυχοσωματικό, κοινωνικό και υπαρξιακό επίπεδο. Η κλίμακα αποτελείται από 60 δηλώσεις, οι οποίες ομαδοποιούνται σε πέντε διαστάσεις: (α) Καθημερινή φροντίδα εαυτού, (β) Αφοσίωση σε άλλους, (γ) Νόημα της ζωής, (δ) Πνευματικότητα, και (ε) Ενσυνειδητότητα (mindfulness).

Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα τύπου Likert πέντε βαθμίδων (από 1 = «Καθόλου» έως 5 = «Πάρα πολύ»), διευκολύνοντας την ποσοτική αξιολόγηση του βαθμού αυτοφροντίδας σε κάθε θεματική ενότητα. Υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν ενισχυμένη ικανότητα αυτοφροντίδας και θετική προδιάθεση του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και τη ζωή. Η κλίμακα έχει αναπτυχθεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και εμφανίζει ικανοποιητική ψυχομετρική εγκυρότητα και αξιοπιστία, καθιστώντας την κατάλληλο εργαλείο για ερευνητικές και κλινικές εφαρμογές (Gouna et al., 2025). Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιείται για να διερευνηθεί ο ρόλος της αυτοφροντίδας ως παράγοντας προστασίας απέναντι στις επιπτώσεις της φροντίδας ατόμων με άνοια.

4.8 Ηθική της έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας λάβαμε υπόψη τα παρακάτω ηθικά ζητήματα:

1. Εθελοντική συμμετοχή: Οι συμμετέχοντες ήταν ελεύθεροι να επιλέξουν να συμμετάσχουν ή να αποχωρήσουν από τη μελέτη ανά πάσα στιγμή.
2. Ενημερωμένη συναίνεση/Ιδιωτικότητα: Οι συμμετέχοντες γνώριζαν τον σκοπό, τα οφέλη, τους κινδύνους και τη χρηματοδότηση της έρευνας πριν συμφωνήσουν ή αρνηθούν να συμμετάσχουν.
3. Ανωνυμία: Δεν καταγράφηκε η ταυτότητα των συμμετεχόντων, ούτε συλλέχθηκαν προσωπικά αναγνωρίσιμα δεδομένα.
4. Εμπιστευτικότητα: Η ερευνήτρια αν και γνώριζε ποιοι είναι οι συμμετέχοντες, κράτησε αυτές τις πληροφορίες κρυφές από όλους τους άλλους. Με τον τρόπο αυτό έμειναν ανώνυμα τα προσωπικά

αναγνωρίσιμα δεδομένα, ώστε να μην μπορούν να συνδεθούν με άλλα δεδομένα από κανέναν άλλο.

5. Πιθανότητα βλάβης: Η σωματική, κοινωνική, ψυχολογική και κάθε άλλου είδους βλάβη περιορίστηκε στο απολύτως ελάχιστο.
6. Κοινοποίηση αποτελεσμάτων: Διασφαλίστηκε ότι η εργασία είναι απαλλαγμένη από λογοκλοπή ή ερευνητική κακοδιοίκηση και ότι θα παρουσιασθούν με ακρίβεια τα αποτελέσματα.

Για την εκπόνηση της έρευνας δε χρειάστηκε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος.

4.9 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων θα βασιστεί στην ποσοτική ερευνητική προσέγγιση, αξιοποιώντας στατιστικές τεχνικές με σκοπό την αναγνώριση σχέσεων και στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των βασικών μεταβλητών. Η ποσοτική μέθοδος κρίθηκε κατάλληλη, καθώς υποστηρίζει τη συστηματική διερεύνηση των επιπέδων επιβάρυνσης, ποιότητας ζωής και αυτοφροντίδας των άτυπων φροντιστών ασθενών με άνοια, λαμβάνοντας υπόψη και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τον Creswell (2014), η χρήση ποσοτικών μεθόδων επιτρέπει την αντικειμενική μέτρηση, τη στατιστική γενίκευση και την επαληθευσσιμότητα των ευρημάτων.

Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο σταθμισμένων και αξιόπιστων εργαλείων: η κλίμακα επιβάρυνσης Zarit (ZBI), η κλίμακα ποιότητας ζωής SF-36 και η κλίμακα αυτοφροντίδας, στάσης ζωής και μοναξιάς (Gouna et al., 2025). Τα ερωτηματολόγια αυτά παρέχουν συνεχείς ποσοτικές μεταβλητές, ενώ τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων θα καταγραφούν ως ονομαστικές ή κατηγορικές ποιοτικές μεταβλητές.

Η ανάλυση των δεδομένων θα ξεκινήσει με περιγραφική στατιστική: για τις ποσοτικές μεταβλητές θα υπολογιστούν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις, ενώ για τις ποιοτικές μεταβλητές θα παρουσιαστούν απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες. Για τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών θα εφαρμοστούν τεχνικές συσχέτισης (όπως ο συντελεστής Pearson), καθώς και ανάλυση γραμμικής και πολλαπλής παλινδρόμησης προκειμένου να εντοπιστούν ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις βαθμολογίες στις τρεις κλίμακες (Hair et al., 2010).

Επιπλέον, θα διεξαχθεί μονόδρομη ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ υποομάδων (π.χ. ηλικία, φύλο, συγγένεια με τον ασθενή), και όπου ενδείκνυται, θα ακολουθήσουν πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Tukey HSD, ώστε να προσδιοριστεί πού εντοπίζονται οι διαφορές. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται στο $\alpha=0,05$ και όλες οι αναλύσεις θα πραγματοποιηθούν με χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS.

Η επιλογή των στατιστικών μεθόδων βασίζεται στη φύση των δεδομένων και στους στόχους της έρευνας. Οι τεχνικές συσχέτισης και παλινδρόμησης θεωρούνται κατάλληλες για την κατανόηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ψυχοκοινωνικών μεταβλητών (Tabachnick & Fidell, 2013), ενώ η χρήση σταθμισμένων εργαλείων, όπως το ZBI και το SF-36, ενισχύει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των μετρήσεων στον ελληνικό πληθυσμό (Gouna et al., 2025), συμβάλλοντας έτσι στη συνολική επιστημονική αρτιότητα της παρούσας μελέτης.

Το παρόν κεφάλαιο παρουσίασε αναλυτικά τη μεθοδολογική προσέγγιση που υιοθετήθηκε για την υλοποίηση της παρούσας ποσοτικής έρευνας, εστιάζοντας στον σχεδιασμό, την επιλογή του δείγματος, τον χώρο διεξαγωγής, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων και τα ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης. Η μεθοδολογία αναπτύχθηκε με γνώμονα την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και τη σαφή ευθυγράμμιση με τους στόχους της μελέτης. Η χρήση σταθμισμένων εργαλείων και η τυποποιημένη διαδικασία συλλογής δεδομένων ενισχύουν την ποιότητα των ευρημάτων και τη δυνατότητα γενίκευσής τους. Με την ολοκλήρωση του μεθοδολογικού και θεωρητικού πλαισίου, στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων, με στόχο την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα.

5. Αποτελέσματα της έρευνας

5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών

5.1.1 Δημογραφικά στοιχεία άτυπων φροντιστών

Στις 100 απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν, από τον γενικό πληθυσμό των άτυπων ενήλικων φροντιστών ασθενών με διαγνωσμένη άνοια σε πρώιμο και τελικό στάδιο, οι 58 (ποσοστό 58 %) αντιστοιχούν σε γυναίκες και οι 42 (ποσοστό 42 %) σε άντρες (Πίνακας 2).

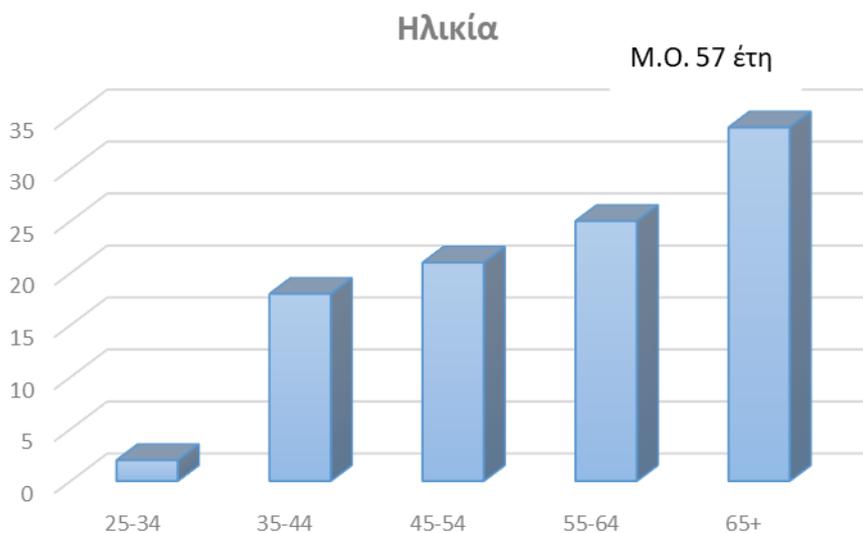
Πίνακας 2 Πίνακας συχνότητων για το φύλο

Φύλο				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Άντρας	42	42	42	42
Γυναίκα	58	58	58	100
Σύνολο	100	100	100	

Ο μέσος όρος της ηλικίας είναι τα 57 έτη. Το 34% των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών. Έχουν σε ποσοστό 25% ηλικία 55-64 έτη, το 21 % είναι 45-54, το 18% είναι 35-44, και το 2% είναι 25 έως 34 χρονών (Πίνακας 3 & γράφημα 1).

Πίνακας 3 Πίνακας συχνότητων για την ηλικία

Ηλικία				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
25-34	2	2	2	2
35-44	18	18	18	20
45-54	21	21	21	41
55-64	25	25	25	66
65+	34	34	34	100
Σύνολο	100	100	100	



Γράφημα 1 Ραβδόγραμμα συχνότητων για την ηλικία

Από τους ερωτηθέντες, το 24% ήταν άγαμοι, το 61% έγγαμοι, το 11% διαζευγμένοι και σε ποσοστό 4% ήταν χήροι (Πίνακας 4).

Πίνακας 4 Πίνακας συχνότητων για την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Άγαμος/η	24	24	24	24
Έγγαμος/η	61	61	61	85
Διαζευγμένος/η	11	11	11	96
Χήρος/α	4	4	4	100
Σύνολο	100	100	100	

Σε ποσοστό 42% κατάγονται από χωριό ή κωμόπολη, σε ποσοστό 43% από πόλη με λιγότερο από 150000 κατοίκους και σε ποσοστό 15% κατάγονται από πόλη με περισσότερο από 150000 κατοίκους (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 Πίνακας συχνοτήτων για τον τόπο καταγωγής

Περιγραφή	Τόπος καταγωγής			
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Χωριό/Κωμόπολη	42	42	42	42
Πόλη <150.000	43	43	43	85
Πόλη >150.000	15	15	15	100
Σύνολο	100	100	100	

Σε ποσοστό 79% οι άτυποι φροντιστές του δείγματός μας έχουν αδέρφια (Πίνακας 6).

Πίνακας 6 Πίνακας συχνοτήτων για την ύπαρξη αδερφών

Περιγραφή	Ύπαρξη αδερφών			
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	79	79	79	79
Όχι	21	21	21	100
Σύνολο	100	100	100	

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα σε ποσοστό 21% δεν έχουν κανένα αδερφό, οι περισσότεροι έχουν ένα ακόμα αδερφό (ποσοστό 46%), σε ποσοστό 18% έχουν δυο αδέρφια, σε ποσοστό 6% έχουν τρία, σε ποσοστό 5% έχουν άλλα πέντε αδέρφια και σε ποσοστό 2% έχουν άλλα τέσσερα ή έξι αδέρφια (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 Πίνακας συχνοτήτων για τον αριθμό των αδερφών

Αριθμός αδερφών				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
0	21	21	21	21
1	46	46	46	67
2	18	18	18	85
3	6	6	6	91
4	2	2	2	93
5	5	5	5	98
6	2	2	2	100
Σύνολο	100	100	100	

Από τους φροντιστές που έχουν αδέρφια, σε ποσοστό 58% είναι πρωτότοκοι, σε ποσοστό 23% είναι δευτερότοκοι, σε ποσοστό 14% είναι τριτότοκοι, σε ποσοστό 5% είναι γεννημένοι τέταρτοι σε σειρά (Πίνακας 8).

Πίνακας 8 Πίνακας συχνοτήτων για τη σειρά γέννησης

Σειρά γέννησης				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
1	46	58	58	58
2	18	23	23	81
3	11	14	14	95
4	4	5	5	100
Σύνολο	79	100	100	

Το 63% των συμμετεχόντων έχουν παιδιά (Πίνακας 9).

Πίνακας 9 Πίνακας συχνότητων για την ύπαρξη παιδιών

Ύπαρξη παιδιών				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	63	63	63	63
Όχι	37	37	37	100
Σύνολο	100	100	100	

Οι άτυποι φροντιστές του δείγματός μας σε ποσοστό 37% δεν έχουν παιδιά, σε ποσοστό 13% έχουν ένα παιδί και σε ποσοστό 32% δύο παιδιά (Πίνακας 10).

Πίνακας 10 Πίνακας συχνότητων για τον αριθμό παιδιών

Πλήθος παιδιών				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
0	37	37	37	37
1	13	13	13	50
2	32	32	32	82
3	18	18	18	100
Σύνολο	100	100	100	

Η πλειοψηφία των φροντιστών (ποσοστό 39%) είναι απόφοιτοι λυκείου, σε ποσοστό 31% έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 13% έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα, το 6% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, σε ποσοστό 8% έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό και σε ποσοστό 3% είναι φοιτητές (Πίνακας 11).

Πίνακας 11 Πίνακας συχνοτήτων για το επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Απόφοιτος δημοτικού	8	8	8	8
Απόφοιτος γυμνασίου	6	6	6	14
Απόφοιτος λυκείου	39	39	39	53
Φοιτητής/τρια	3	3	3	56
Απόφοιτος ΑΕΙ	31	31	31	87
Μεταπτυχιακά	13	13	13	100
Σύνολο	100	100	100	

Οι άτυποι φροντιστές των ασθενών με άνοια είναι σε ποσοστό 37% ιδιωτικοί υπάλληλοι, σε ποσοστό 25% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, σε ποσοστό 13% αυτοαπασχολούνται, σε ποσοστό 8% είναι είτε άνεργοι είτε ασχολούνται με τα οικιακά, σε ποσοστό 7% είναι συνταξιούχοι και σε ποσοστό 2% είναι φοιτητές (Πίνακας 12).

Πίνακας 12 Πίνακας συχνοτήτων για το επάγγελμα των φροντιστών

Επαγγελματική κατάσταση				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Άνεργος/η	8	8	8	8
Οικιακά	8	8	8	16
Φοιτητής/τρια	2	2	2	18
Ιδιωτικός υπάλληλος	37	37	37	55
Δημόσιος υπάλληλος	25	25	25	80
Αυτοαπασχολούμενος	13	13	13	93
Συνταξιούχος	7	7	7	100
Σύνολο	100	100	100	

Σε ποσοστό 41% οι συμμετέχοντες στην έρευνα φροντίζουν τον πατέρα τους, το 32% προσέχουν τη μητέρα τους, το 10% τον παππού ή τη γιαγιά τους, σε ποσοστό 7% τον αδερφό τους, σε ποσοστό 6% το σύζυγό τους και σε ποσοστό 4% φροντίζουν τον πεθερό ή την πεθερά τους (Πίνακας 13).

Πίνακας 13 Πίνακας συχνοτήτων για το συγγενή που φροντίζουν οι άτυποι φροντιστές

Συγγενής που φροντίζετε				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Μητέρα	32	32	32	32
Πατέρας	41	41	41	73
Αδερφός/ή	7	7	7	80
Παππούς/γιαγιά	10	10	10	90
Πεθερός/ά	4	4	4	94
Σύζυγος	6	6	6	100
Σύνολο	100	100	100	

Οι άτυποι φροντιστές φροντίζουν τον ασθενή, σε ποσοστό 45% για 1-5 έτη, σε ποσοστό 20% για 5-9 έτη, το 19% για 9-13 έτη, το 9% λιγότερο από ένα έτος, σε ποσοστό 5% φροντίζουν κάποιο για 13-17 έτη και το 2% για 17-20 έτη (Πίνακας 14).

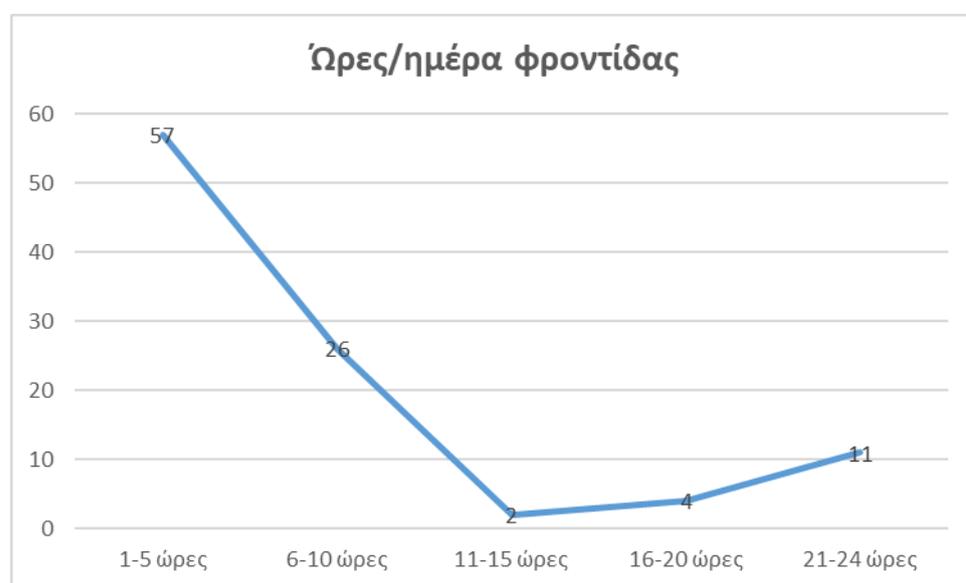
Πίνακας 14 Πίνακας συχνοτήτων για τη διάρκεια φροντίδας

Διάρκεια φροντίδας				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
< 1 έτος	9	9	9	9
1-5 έτη	45	45	45	54
5-9 έτη	20	20	20	74
9-13 έτη	19	19	19	93
13-17 έτη	5	5	5	98
17-20 έτη	2	2	2	100
Σύνολο	100	100	100	

Σε ποσοστό 57% οι άτυποι φροντιστές αφιερώνουν 1-5 ώρες την ημέρα στη φροντίδα του συγγενούς, σε ποσοστό 26% αφιερώνουν 6-10 ώρες, το 11% αφιερώνουν 21-24 ώρες, το 4% αφιερώνουν 16-20 ώρες και το 2% αφιερώνουν 11-15 ώρες (Πίνακας 15, Γράφημα 2).

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

Περιγραφή	Ώρες/ημέρα φροντίδας			
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
1-5 ώρες	57	57	57	57
6-10 ώρες	26	26	26	83
11-15 ώρες	2	2	2	85
16-20 ώρες	4	4	4	89
21-24 ώρες	11	11	11	100
Σύνολο	100	100	100	



Γράφημα 2 Ιστόγραμμα συχνοτήτων των ωρών που αφιερώνουν ημερησίως οι άτυποι φροντιστές των ασθενών με άνοια

Οι άτυποι φροντιστές σε ποσοστό 59% φροντίζουν τον ασθενή και τις 7 ημέρες, σε ποσοστό 9% αφιερώνουν 3-4 ημέρες σε ποσοστό 8% αφιερώνουν 2-3 ή 5 ημέρες, σε ποσοστό 6% αφιερώνουν 4 ή 5-6 ημέρες και σε ποσοστό 4% αφιερώνουν 6 ημέρες (Πίνακας 16).

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

Ημέρες φροντίδας				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
2-3 ημέρες	8	8	8	8
3-4 ημέρες	9	9	9	17
4 ημέρες	6	6	6	23
5 ημέρες	8	8	8	31
5-6 ημέρες	6	6	6	37
6 ημέρες	4	4	4	41
7 ημέρες	59	59	59	100
Σύνολο	100	100	100	

Σε ποσοστό 73% οι άτυποι φροντιστές μοιράζονται τα βάρη της φροντίδας με κάποιο άλλο άτομο (Πίνακας 17).

Πίνακας 17 Πίνακας συχνοτήτων για το μοίρασμα της φροντίδας

Μοίρασμα φροντίδας				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	73	73	73	
Όχι	27	27	100	
Σύνολο	100	100		

Σε ποσοστό 37% οι άτυποι φροντιστές μοιράζονται τη φροντίδα του ασθενή με τα αδέρφια τους, το 43% με τους γονείς τους, το 7% με ιδιωτικό νοσηλευτή, το 5% με τα παιδιά (γιος, κόρη) τους, το 4% με το σύζυγο και το 3% με τη θεία. Μόνο το 1% ασκεί τη φροντίδα του ασθενή με την πεθερά και την κουνιάδα τους (Πίνακας 18).

Πίνακας 18 Πίνακας συχνοτήτων για το άτομο που μοιράζεται τη φροντίδα

Άτομο με το οποίο μοιράζονται τη φροντίδα				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Αδέρφια	27	37	37	37
Παιδιά	4	5	5	42
Ιδιωτικός νοσηλευτής/τρια	5	7	7	49
Γονείς	31	43	43	92
Θεία	2	3	3	95
Σύζυγος	3	4	4	99
Πεθερά, κουινιάδα	1	1	1	100
Σύνολο	73	100	100	

Όλοι οι φροντιστές έχουν ασθενείς που διατηρούν την ικανότητα ομιλίας (Πίνακας 19).

Πίνακας 19 Πίνακας συχνοτήτων για την ικανότητα ομιλίας του ασθενή

Ικανότητα ομιλίας				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	100	100	100	100

Οι άτυποι φροντιστές φροντίζουν ασθενείς που σε ποσοστό 82% περπατούν (Πίνακας 20).

Πίνακας 20 Πίνακας συχνοτήτων για την ικανότητα περπατήματος του ασθενή

Ικανότητα περπατήματος				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	82	82	82	82
Όχι	18	18	18	100
Σύνολο	100	100	100	

Σε ποσοστό 62% αυτοεξυπηρετούνται οι ασθενείς (Πίνακας 21).

Πίνακας 21 Πίνακας συχνοτήτων για την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή

Ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	62	62	62	62
Όχι	38	38	38	100
Σύνολο	100	100	100	

Σε ποσοστό 72% οι ασθενείς νοιώθουν ευγνωμοσύνη για τους φροντιστές τους και μόνο το 8% δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί. Σε ποσοστό 20% οι ασθενείς με άνοια δε γνωρίζουν αν νιώθουν ή όχι ευγνωμοσύνη (Πίνακας 22).

Πίνακας 22 Πίνακας συχνοτήτων για το αίσθημα ευγνωμοσύνης που νιώθει ο ασθενής προς τον φροντιστή του

Αίσθημα ευγνωμοσύνης				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	72	72	72	72
Όχι	8	8	8	80
Δεν ξέρω	20	20	20	100
Σύνολο	100	100	100	

Σε ποσοστό 77 % οι ασθενείς με άνοια καταλαβαίνουν τον κόπο του φροντιστή τους (Πίνακας 23).

Πίνακας 23 Πίνακας συχνοτήτων για το αν ο ασθενής καταλαβαίνει τον κόπο του φροντιστή

Αντίληψη του κόπου του φροντιστή				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	77	77	77	77
Όχι	23	23	23	100
Σύνολο	100	100	100	

Οι άτυποι φροντιστές της έρευνας δηλώνουν σε ποσοστό 33% πως είναι αισιόδοξοι για το μέλλον, σε ποσοστό 14% δεν είναι αισιόδοξοι και το 53% δεν ξέρουν (Πίνακας 24).

Πίνακας 24 Πίνακας συχνοτήτων της αισιοδοξίας για το μέλλον, του φροντιστή

Αισιοδοξία για το μέλλον				
Περιγραφή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Αθροιστική Συχνότητα
Ναι	33	33	33	33
Όχι	14	14	14	47
Δεν ξέρω	53	53	53	100
Σύνολο	100	100	100	

5.1.2 Κλίμακα επισκόπησης της υγείας – SF-36

Το ερωτηματολόγιο SF-36 έχει 11 ενότητες που οργανώνονται ως εξής:

1. Γενική υγεία (General Health – GH)
2. Σωματική λειτουργικότητα (Physical Functioning – PF)
3. Ρόλοι λόγω σωματικής υγείας (Role Physical – RP)
4. Σωματικός πόνος (Bodily Pain – BP)
5. Ζωτικότητα / Ενέργεια (Vitality – VT)
6. Κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning – SF)
7. Ρόλοι λόγω συναισθηματικής κατάστασης (Role Emotional – RE)
8. Ψυχική υγεία (Mental Health – MH)
9. Γενική αλλαγή υγείας (Health Transition)
10. Εμπόδια λόγω υγείας σε κοινωνικές δραστηριότητες (μέρος του SF)
11. Αντίληψη υγείας σε σύγκριση με άλλους (μέρος του GH)

Κάθε τέτοια ενότητα έχει υπο-ερωτήσεις ενώ ο συνδυασμός τους οδηγεί σε 8 υποκλίμακες (σωματική λειτουργικότητα, περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας, σωματικός πόνος, γενική αντίληψη υγείας, ζωντάνια/ενεργητικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, ψυχική υγεία). Και οι οκτώ τομείς συμβάλλουν στις βαθμολογίες για τη σύνοψη των σωματικών

συνιστωσών (PCS/ PF, RP, BP, GH) και τη σύνοψη των ψυχικών συνιστωσών (MCS/ VT, SF, RE, MH)

Ο υπολογισμός του μέσου σκορ για κάθε μια από τις 8 υποκλίμακες αναδεικνύει πως η μέση αντιλαμβανόμενη γενική υγεία (GH μέσος όρος των ερωτήσεων 1 και 11Α-Δ, με τις 1, 11Α και Γ να αντιστρέφονται) των συμμετεχόντων είναι 57.75, δηλαδή μέτρια και ίσως υπάρχει ανησυχία για επιδείνωση. Ο μέσος όρος της σωματικής λειτουργικότητας (PF-ερώτηση 3) προκύπτει 78.85 που θεωρείται αρκετά ικανοποιητική καθώς υπάρχουν μικροπροβλήματα αλλά δεν επηρεάζουν σοβαρά τη ζωή. Οι περιορισμοί στη δουλειά/καθημερινότητα λόγω σωματικής υγείας (RP – ερώτηση 2) έχουν μέσο σκορ 57.5 που χαρακτηρίζει πως η σωματική υγεία περιορίζει την ικανότητα του ατόμου να εκπληρώνει ρόλους και ευθύνες στην εργασία ή στις καθημερινές δραστηριότητες. Ο σωματικός πόνος (BP-ερωτήσεις 7 και 8) προκύπτει 75.025 είναι ήπιος προς μέτριος με αποτέλεσμα να μην εμποδίζει σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες. Η ζωντάνια (VT – ερωτήσεις 9Α, 9Ε, 9Ζ, 9Θ με τις δυο τελευταίες να αντιστρέφονται) έχει μέσο σκορ 65.5 που επισημαίνει πως οι άτυποι φροντιστές διατηρούν αρκετή ζωντάνια και ενέργεια, αλλά εξακολουθούν να βιώνουν επεισόδια κόπωσης ή εξάντλησης. Η κοινωνική λειτουργικότητα (SF – ερωτήσεις 6, 10) έχει μέση τιμή 54. Οι άτυποι φροντιστές του δείγματός μας έχουν μέτριους περιορισμούς στην κοινωνική ζωή λόγω υγείας. Οι ρόλοι λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (RE – ερωτήσεις 5Α-Γ) είναι 76.3 που σημαίνει πως κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχουν σχετικά λίγους περιορισμούς στις καθημερινές/εργασιακές τους δραστηριότητες λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (άγχος, κατάθλιψη).

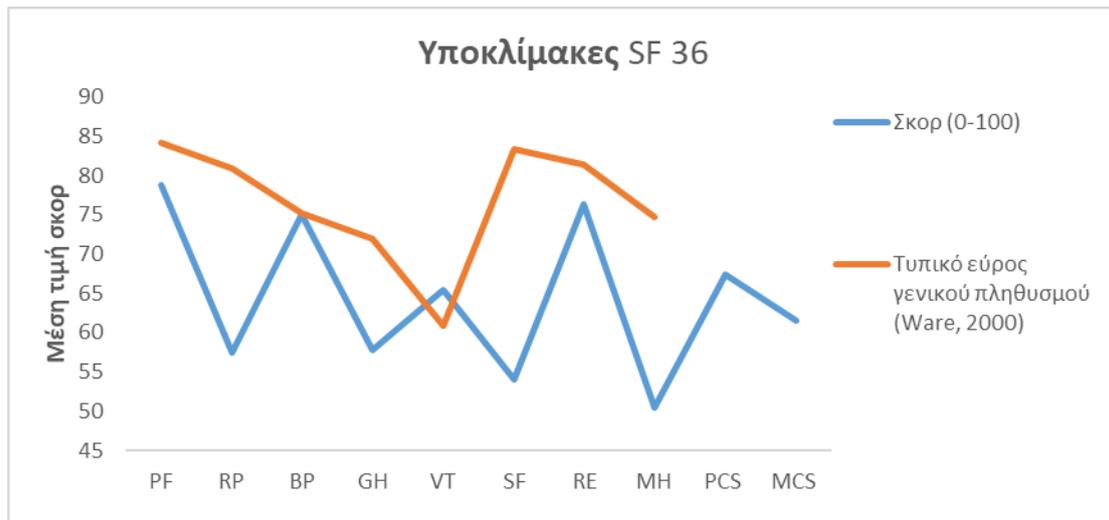
Η ψυχική υγεία (MH – ερωτήσεις 9Β, 9Γ, 9Δ, 9ΣΤ, 9Η με τις 9Β, Γ, ΣΤ να αντιστρέφονται) δίνουν σκορ 50.4, τιμή που υποδηλώνει χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής ευεξίας. Οι σύνθετοι δείκτες, σωματική διάσταση, PCS, προκύπτει 67.3 ενώ η ψυχολογική διάσταση (MCS) έχει μέσο σκορ 61.55 (Πίνακας 25).

Πίνακας 25 Μέσες τιμές υποκλιμάκων του SF-36 και τυπικές τιμές γενικού πληθυσμού (Ware, 2000).

Υποκλίμακες SF36	Σκορ (0-100)	Τυπικό εύρος γενικού πληθυσμού (Ware, 2000)
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	78.85	84.2

Περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (RP)	57.5	80.9
Σωματικός πόνος (BP)	75.025	75.2
Γενική αντίληψη υγείας (GH)	57.75	71.9
Ζωτικότητα (VT)	65.5	60.9
Κοινωνική λειτουργικότητα (SF)	54	83.3
Περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (RE)	76.3	81.3
Ψυχική υγεία (MH)	50.4	74.7
Σωματική διάσταση PCS (PF, RP, BP, GH)	67.3	-
Ψυχολογική διάσταση MCS (VT, SF, RE, MH)	61.55	-
*Σημείωση: Οι τιμές των δεικτών PCS και MCS που παρουσιάζονται στον πίνακα υπολογίστηκαν ως αθροιστικά raw scores από τις αντίστοιχες υποκλίμακες (PF, RP, BP, GH για PCS και VT, SF, RE, MH για MCS). Στη διεθνή βιβλιογραφία (Ware, 2000) οι δείκτες PCS/MCS συνήθως δίνονται σε normalized μορφή (mean = 50, SD = 10), συνεπώς δεν είναι άμεσα συγκρίσιμοι με τις παρούσες τιμές.		

Οι άτυποι φροντιστές της έρευνας αναδεικνύουν μεγαλύτερες μέσες τιμές ζωτικότητας από το γενικό πληθυσμό, ίδιες τιμές φυσικού πόνου και χαμηλότερα σκορ σε όλες τις υπόλοιπες υποκλίμακες (γράφημα 3).



Γράφημα 3 Ιστόγραμμα μέσων τιμών υποκλιμάκων SF 36

5.1.3 Κλίμακα επιβάρυνσης Zarit

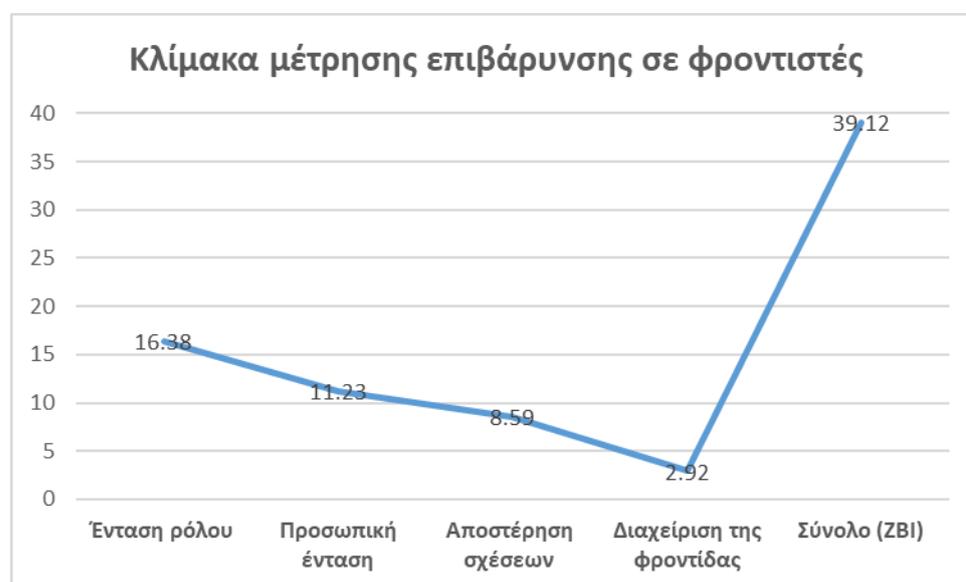
Η έκδοση 22 στοιχείων της συνέντευξης φορτίου Zarit (ZBI; Zarit, Orr, & Zarit, 1985) είναι το εργαλείο που χρησιμοποιείται με τη μεγαλύτερη συνέπεια στην έρευνα για τη φροντίδα ατόμων με άνοια (Bédard et al., 2001). Οι υποκλίμακες ZBI (σύμφωνα με την ταξινόμηση (Παπασταύρου κ.α., 2006) περιλαμβάνουν τέσσερις διαστάσεις επιβάρυνσης της φροντίδας:

1. Ένταση ρόλου (Role strain) → 9 ερωτήσεις (8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22).
2. Προσωπική ένταση (Personal strain) → 7 ερωτήσεις (1, 4, 5, 6, 7, 13, 19).
3. Αποστέρηση σχέσεων (Relationship deprivation) → 4 ερωτήσεις (2, 3, 11, 12).
4. Διαχείριση της φροντίδας (Care management) → 2 ερωτήσεις (20, 21).

Η επεξεργασία των απαντήσεων του δείγματός μας αναδεικνύει πως το συνολικό σκορ των απαντήσεων ισούται με 39.12 στα 88, που δείχνει ήπια έως μέτρια επιβάρυνση. Σε επίπεδο υποκλιμάκων, μεγαλύτερη επιβάρυνση εμφανίζεται στην Ένταση ρόλου (16.38) και στην Προσωπική ένταση (11.23), ενώ χαμηλότερα σκορ παρατηρούνται στην Αποστέρηση σχέσεων (8.59) και στη Διαχείριση της φροντίδας (2.92) (Πίνακας 26, γράφημα 4).

Γράφημα 4 Μέσες τιμές ZBI και επιμέρους υποκλιμάκων

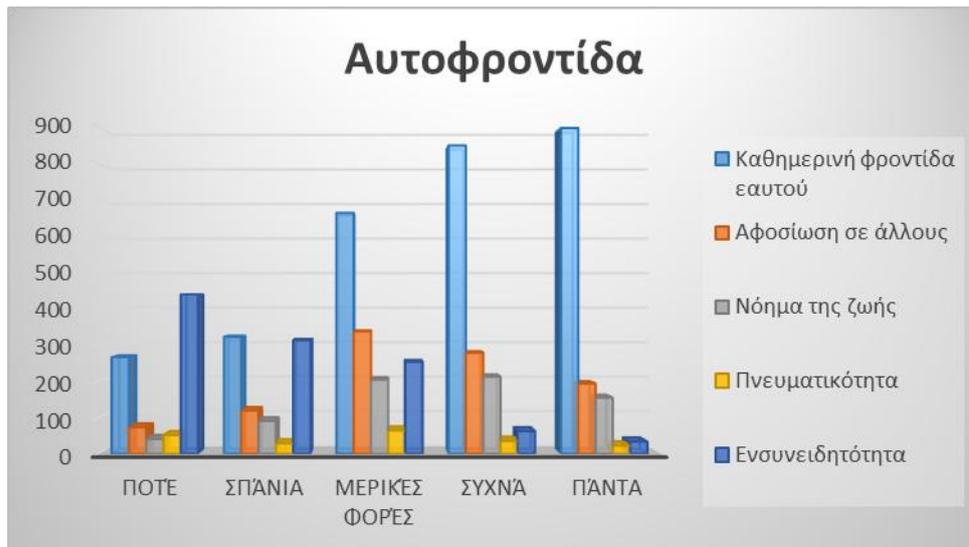
Υποκλίμακα	Μέση τιμή	Ερμηνεία
Ένταση ρόλου	16.38	Υψηλότερη επιβάρυνση, δυσκολία να ανταποκριθούν σε πολλαπλούς ρόλους και ευθύνες
Προσωπική ένταση	11.23	Σημαντική συναισθηματική επιβάρυνση και αίσθημα κόπωσης.
Αποστέρηση σχέσεων	8.59	Μέτριος περιορισμός στην κοινωνική/προσωπική ζωή λόγω φροντίδας.
Διαχείριση της φροντίδας	2.92	Χαμηλότερη επιβάρυνση, λιγότερες δυσκολίες σε πρακτικά ζητήματα φροντίδας.
Συνολικό σκορ ZBI	39.12	Αντιστοιχεί σε μέτρια επιβάρυνση σύμφωνα με την ταξινόμηση (Zarit et al., 1985).



Γράφημα 5 Ιστογράμμα μέσω τιμών κλίμακας μέτρησης της επιβάρυνσης των φροντιστών (ZBI)

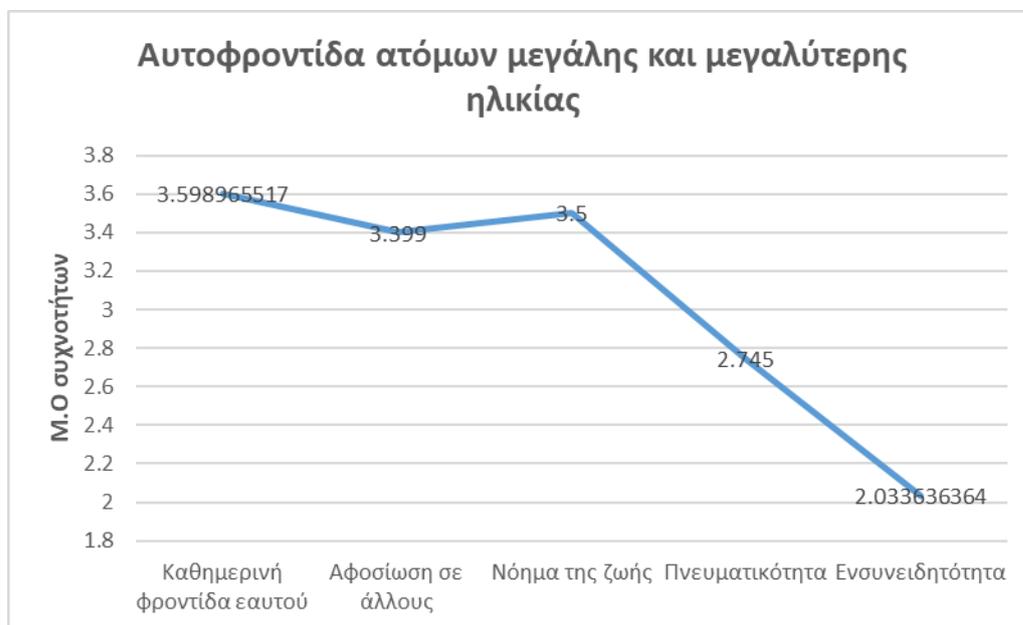
5.1.4 Κλίμακα αυτοφροντίδας, ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας

Η κλίμακα αυτοφροντίδας ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας αποτελείται από πέντε διαστάσεις για τις οποίες οι συμμετέχοντες στην έρευνα απαντούν πως πάντα ασχολούνται με την καθημερινή φροντίδα του εαυτού τους, μερικές φορές βιώνουν συναισθήματα αφοσίωσης σε άλλους και τους αφορά η πνευματικότητα, συχνά εστιάζουν στο νόημα της ζωής και στην πνευματικότητα και νοιώθουν ενσυνειδητότητα (γράφημα 6).



Γράφημα 6 Ραβδόγραμμα για τους Μ.Ο. του συνόλου των απαντήσεων σε κάθε υποκλίμακα αυτοφροντίδας

Οι μέσοι όροι για την κλίμακα της αυτοφροντίδας (Gouna et al., 2025) δείχνουν πως το σκορ για την καθημερινή φροντίδα εαυτού είναι 3.60 (το μέγιστο), για την αφοσίωση σε άλλους 3.40, για το νόημα της ζωής 3.50, για την πνευματικότητα 2.75 και για την ενσυνειδητότητα 2.03 (το ελάχιστο) (Γράφημα 7).



Γράφημα 7 Ιστόγραμμα για τους Μ.Ο. των υποκλιμάκων της κλίμακας αυτοφροντίδας, ατόμων μεγάλης και μεγαλύτερης ηλικίας που φροντίζουν ασθενείς με άνοια

5.1.5 Στατιστική ανάλυση

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση αναδεικνύει πως για την ποιότητα υγείας ο μέσος όρος των συμμετεχόντων συμφωνεί πως έχουν πολύ καλή υγεία, οι φροντιστές μερικές φορές νιώθουν επιβάρυνση και ασχολούνται με την αυτοφροντίδα τους (Πίνακας 26). Αξίζει να σημειωθεί πως και για τις 3 κλίμακες ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α είναι μεγαλύτερος του 0.9 που δηλώνει πολύ υψηλή αξιοπιστία.

Πίνακας 26 Περιγραφικά στατιστικά των κλιμάκων

	M.O.	T.A.
Επισκόπηση υγείας	2.46	0.945
Επιβάρυνση φροντιστών	1.76	1.333
Αυτοφροντίδα	2.05	1.138

Υπολογίζουμε το γραμμικό συντελεστή συσχέτισης r Pearson για να συσχετίσουμε τις μεταβλητές από τις τρεις κλίμακες που έχουμε, την επισκόπηση υγείας, την επιβάρυνση των φροντιστών και την αυτοφροντίδα μεγάλης ή μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης θα τις συσχετίσουμε με τα δημογραφικά στοιχεία. Ο γραμμικός συντελεστής είναι ένας δείκτης που κυμαίνεται από -1 έως 1 και με κέντρο το 0. Αξίζει να σημειωθεί πως ο συντελεστής συσχέτισης δεν αφορά σε σχέση αιτίου αποτελέσματος αλλά οι καταστάσεις συνυπάρχουν.

Προκύπτει πως η ποιότητα υγείας με την επιβάρυνση φροντίδας συσχετίζονται υψηλά θετικά ($r= 0.987$) και με την αυτοφροντίδα επίσης υψηλά θετικά ($r=0.983$). Η επιβάρυνση φροντίδας έχει υψηλή θετική συσχέτιση με την αυτοφροντίδα ($r=0.978$). Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης είναι στατιστικά σημαντικοί σε στάθμη σημαντικότητας $p<0.001$ (Πίνακας 27).

Πίνακας 27 Πίνακας συσχετίσεων των κλιμάκων

	Ποιότητα υγείας	Επιβάρυνση φροντίδας	Αυτοφροντίδα
Ποιότητα υγείας	—		
Επιβάρυνση φροντίδας	0.987 ***	—	
Αυτοφροντίδα	0.983 ***	0.978 ***	—

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

Ο πίνακας συνάφειας για την ποιότητα ζωής και το φύλο αναδεικνύει πως οι άντρες και οι γυναίκες απαντούν εντελώς διαφορετικά σε σχέση με τα εμπόδια στις κοινωνικές δραστηριότητες λόγω συναισθηματικής ή σωματικής υγείας (Πίνακας 28).

Πίνακας 28 Πίνακας συνάφειας για το φύλο και την επισκόπηση υγείας

Φύλο	Εμπόδια στις κοινωνικές δραστηριότητες λόγω συναισθηματικής ή σωματικής υγείας					Σύνολο
	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ	
Άντρας	3 7.1 %	6 14.3 %	26 61.9 %	7 16.7 %	0 0.0 %	42 100.0 %
Γυναίκα	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	35 60.3 %	23 39.7 %	58 100.0 %
Σύνολο	3 3.0 %	6 6.0 %	26 26.0 %	42 42.0 %	23 23.0 %	100 100.0 %

Ο πίνακας συνάφειας για την επιβάρυνση των φροντιστών και το φύλο αναδεικνύει πως οι άντρες και οι γυναίκες απαντούν εντελώς διαφορετικά σε σχέση με τα εμπόδια στις κοινωνικές δραστηριότητες λόγω υγείας (Πίνακας 29).

Πίνακας 29 Πίνακας συνάφειας για το φύλο και την επιβάρυνση των φροντιστών

Φύλο	Ένταση ρόλου					Σύνολο
	Ποτέ	Λίγο	Μερικές φορές	Αρκετά	Σχεδόν πάντα	
Άντρας	14 33.3 %	23 54.8 %	5 11.9 %	0 0.0 %	0 0.0 %	42 100.0 %
Γυναίκα	0 0.0 %	0 0.0 %	17 29.3 %	18 31.0 %	23 39.7 %	58 100.0 %
Σύνολο	14 14.0 %	23 23.0 %	22 22.0 %	18 18.0 %	23 23.0 %	100 100.0 %

Όμοια, ο πίνακας συνάφειας για την αυτοφροντίδα και το φύλο αναδεικνύει πως οι άντρες και οι γυναίκες απαντούν εντελώς διαφορετικά σε σχέση με τη φροντίδα στην καθημερινότητα (Πίνακας 30).

Πίνακας 30 Πίνακας συνάφειας για την αυτοφροντίδα και το φύλο

Φύλο	Καθημερινότητα					Σύνολο
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	
Άντρας	9 21.4 %	11 26.2 %	22 52.4 %	0 0.0 %	0 0.0 %	42 100.0 %
Γυναίκα	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	28 48.3 %	30 51.7 %	58 100.0 %
Σύνολο	9 9.0 %	11 11.0 %	22 22.0 %	28 28.0 %	30 30.0 %	100 100.0 %

Για τον υπολογισμό του μοντέλου γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης θεωρούμε πως εξαρτημένη μεταβλητή (Dependent Variable) είναι η επισκόπηση υγείας και ανεξάρτητες μεταβλητές οι κλίμακες επιβάρυνση φροντιστή και αυτοφροντίδα.

Υπολογίζεται πως ο συντελεστής προσδιορισμού είναι $R^2 = 0.982 > 0.5$, δηλαδή το μοντέλο μας είναι καλά προσαρμοσμένο στα δεδομένα μας. Δηλαδή, η ποιότητα υγείας αποδίδεται κατά 87.7% στην επιβάρυνση του φροντιστή και στην αυτοφροντίδα του.

Το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης είναι της μορφής $Y = b_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2$ όπου b_i οι συντελεστές βαρύτητας (b_0 είναι ο σταθερός όρος), X_1 και X_2 είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές και Y η εξαρτημένη μεταβλητή.

Από τις επιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη, προκύπτει πως μεγαλύτερο β έχει η επιβάρυνση του φροντιστή ($\beta=0.59$) και είναι αυτή που ερμηνεύει περισσότερο τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής. Για την επιβάρυνση φροντιστή, $t=8.92$ και επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.001 < 0.05$ που σημαίνει πως ο συντελεστής της επιβάρυνσης είναι στατιστικά σημαντικός. Όμοια για την αυτοφροντίδα το $t=6.13$ και επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.001$ που σημαίνει πως και ο συντελεστής της αυτοφροντίδας είναι στατιστικά σημαντικός (Πίνακας 31).

Πίνακας 31 Παλινδρόμηση της επισκόπησης υγείας ως προς την επιβάρυνση φροντιστή και την αυτοφροντίδα

Ανεξάρτητες μεταβλητές	β	SE	t	p
Επιβάρυνση φροντιστή	0.590	0.0469	8.92	< .001
Αυτοφροντίδα	0.406	0.0549	6.13	< .001

Κάνουμε τον έλεγχο t test για να βρούμε σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων με δυο μόνο κατηγορίες όπως το φύλο και την ανάλυση διασποράς ANOVA I για να βρούμε σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων με περισσότερες κατηγορίες. Το τεστ του Levene's δίνει $p= 0.006 < 0.05$ που σημαίνει πως οι διασπορές είναι άνισες και τρέχουμε το Welch's test. Ισχύει ότι $t(96.8) = -16.1, p < 0.001$. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ποιότητα ζωής. Όμοια για την επιβάρυνση φροντιστή που το $p(\text{Levene's}) = 0.001 < 0.05$ το Welch's test δίνει πως $t(90.3) = -16.6, p < 0.001$ αναδεικνύοντας πάλι τη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Για την κλίμακα της αυτοφροντίδας το $p(\text{Levene's}) = 0.297 > 0.05$ που σημαίνει πως οι διασπορές είναι ίσες και το Student's test δίνει πως $t(98) = -16.1, p < 0.001$ αναδεικνύοντας πάλι τη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Στον πίνακα 32 φαίνεται η χειρότερη ποιότητα ζωής των γυναικών φροντιστών.

Πίνακας 32 Περιγραφικά στατιστικά της ποιότητας ζωής ως προς το φύλο

		N	ΜΟ	ΤΑ
Ποιότητα ζωής	Άνδρας	42	1.532	0.385
	Γυναίκα	58	3.13	0.600
Επιβάρυνση φροντιστή	Άνδρας	42	0.452	0.459
	Γυναίκα	58	2.70	0.878
Αυτοφροντίδα	Άνδρας	42	0.914	0.550

	N	MO	TA
Γυναίκα	58	2.87	0.632

Τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά που έχουν δυο κατηγορίες απαντήσεων επίσης διαφέρουν σημαντικά για όλες τις κλίμακες και τα ζεύγη.

Η ανάλυση ANOVA πραγματοποιείται για έναν παράγοντα, την ηλικία ανάμεσα στις τρεις μεταβλητές μας. Το τεστ των Shapiro - Wilk έδωσε $p < 0.05$ για την ποιότητα ζωής, την επιβάρυνση του φροντιστή και την αυτοφροντίδα, οπότε δεν έχουμε κανονικότητα στην κατανομή και τρέχουμε μη παραμετρική Ανονα.

Εφαρμόζουμε το μη παραμετρικό τεστ των Kruskal – Wallis για την ποιότητα ζωής, την επιβάρυνση των φροντιστών και την αυτοφροντίδα, για την ηλικία. Για την ποιότητα ζωής $\chi^2(4) = 92.4$ και $p < 0.001$, για την επιβάρυνση του φροντιστή $\chi^2(5) = 56.9$ και $p < 0.001$, για την αυτοφροντίδα $\chi^2(4) = 91.3$ και $p < 0.001$ και για την μοναξιά $\chi^2(4) = 91.9$ και $p < 0.001$. Άρα συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά 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 την ποιότητα ζωής, την επιβάρυνση του φροντιστή και την αυτοφροντίδα για τις ηλικίες άνω των 35 ετών ανά δύο ($p < 0.05$) (Πίνακας 33-35).

Πίνακας 33 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner για την κλίμακα SF-36 και την ηλικία

Συγκρίσεις κατά ζεύγη - SF 36

	W	p
25-34 35-44	3.29	0.136
25-34 45-54	3.30	0.135
25-34 55-64	3.36	0.123
25-34 65+	3.39	0.117
35-44 45-54	7.60	< .001
35-44 55-64	7.94	< .001
35-44 65+	8.41	< .001
45-54 55-64	8.21	< .001
45-54 65+	8.81	< .001
55-64 65+	9.28	< .001

Πίνακας 34 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner για την κλίμακα ZBI και την ηλικία

Συγκρίσεις κατά ζεύγη - ZBI

		W	p
25-34	35-44	1.35	0.877
25-34	45-54	3.32	0.130
25-34	55-64	3.34	0.126
25-34	65+	3.38	0.118
35-44	45-54	7.25	< .001
35-44	55-64	7.97	< .001
35-44	65+	8.43	< .001
45-54	55-64	8.01	< .001
45-54	65+	8.80	< .001
55-64	65+	9.20	< .001

Πίνακας 35 Συγκρίσεις κατά ζεύγη σύμφωνα με το τεστ Dwass-Steel-Crichtlow-Fligner για την κλίμακα αυτοφροντίδας και την ηλικία

Συγκρίσεις κατά ζεύγη - αυτοφροντίδα

		W	p
25-34	35-44	2.71	0.310
25-34	45-54	3.72	0.065
25-34	55-64	3.51	0.095
25-34	65+	3.36	0.121
35-44	45-54	7.80	< .001
35-44	55-64	8.02	< .001
35-44	65+	8.39	< .001
45-54	55-64	8.41	< .001
45-54	65+	8.86	< .001
55-64	65+	9.05	< .001

Για τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά σημαντικές διαφορές η οικογενειακή κατάσταση και για τις 3 κλίμακες-οι άγαμοι με τους έγγαμους και τους διαζευγμένους και οι έγγαμοι με τους διαζευγμένους - ($p < 0.001$), το πλήθος των αδερφών – κανένα με 1 ή 2 και το 1 με 2 αδέρφια - ($p < 0.001$) η σειρά γέννησης του φροντιστή – ο πρώτος με τον δεύτερο ή τρίτο και ο δεύτερος με τον τρίτο ($p < 0.001$), το πλήθος παιδιών σε όλα τα ζεύγη. Το εκπαιδευτικό επίπεδο σε όλες τις κλίμακες – απόφοιτοι δημοτικού με

φοιτητές και πτυχιούχους ΑΕΙ, και ανά δύο οι φοιτητές με τους πτυχιούχους ΑΕΙ και κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου ($p < 0.001$). Το ίδιο ισχύει για την επαγγελματική κατάσταση μεταξύ ιδιωτικών/δημοσίων υπαλλήλων και ανέργων, όσων ασχολούνται με τα οικιακά ή είναι συνταξιούχοι. Η διάρκεια φροντίδας μέχρι τα 9 έτη παρουσιάζει σημαντικές διαφορές, οι 7 μέρες/εβδομάδα φροντίδας με όλες τις άλλες, οι 1-5 ώρες και 6-10 ώρες με όλο το εικοσιτετράωρο και οι 6-10 με όλο το εικοσιτετράωρο, ο ιδιωτικός φροντιστής/νοσηλεύτης με τα αδέρφια και τους γονείς.

5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Η πλειοψηφία των άτυπων φροντιστών ασθενών με άνοια, είναι γυναίκες (58%) με μέσο όρο ηλικίας τα 57 έτη, ενώ σημαντικό ποσοστό (34%) είναι άνω των 65 ετών. Οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (61%) και προέρχονται από ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές. Η πλειονότητα των άτυπων φροντιστών του δείγματος (79%) έχει αδέρφια, με τους περισσότερους να δηλώνουν ότι έχουν ένα ακόμα αδερφό (46%), ενώ μικρότερα ποσοστά αναφέρουν δύο (18%), τρία (6%) ή περισσότερα αδέρφια (12%). Από αυτούς, το 58% είναι πρωτότοκοι, το 23% δευτερότοκοι, το 14% τριτότοκοι και το 5% τέταρτοι σε σειρά γέννησης. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, το 63% των συμμετεχόντων έχουν παιδιά συγκεκριμένα, το 13% έχουν ένα παιδί και το 32% δύο παιδιά, ενώ το 37% δεν έχουν παιδιά. Σε επίπεδο εκπαίδευσης, οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι λυκείου (39%), με αρκετούς να έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση (31%) ή μεταπτυχιακές σπουδές (13%).

Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση, οι φροντιστές είναι κυρίως ιδιωτικοί υπάλληλοι (37%) ή δημόσιοι υπάλληλοι (25%), ενώ σε μικρότερο ποσοστό είναι αυτοαπασχολούμενοι, συνταξιούχοι ή άνεργοι. Η οικογενειακή σχέση με τον ασθενή αφορά κυρίως τον πατέρα (41%) ή τη μητέρα (32%), ενώ λιγότερο συχνά τον σύζυγο, τον παπού/γιαγιά ή άλλα συγγενικά πρόσωπα.

Η διάρκεια της φροντίδας κυμαίνεται κυρίως από 1 έως 5 έτη (45%), αν και ένα σημαντικό ποσοστό (20%) συνεχίζει τη φροντίδα για 5-9 έτη ή περισσότερο. Οι φροντιστές αφιερώνουν συνήθως 1-5 ώρες ημερησίως (57%), αλλά ένα 11% αναφέρει συνεχή φροντίδα όλο το 24ωρο. Επίσης, η πλειοψηφία (59%) φροντίζει τους ασθενείς όλες τις ημέρες της εβδομάδας. Παράλληλα, σε ποσοστό 73% μοιράζονται το βάρος

με άλλα άτομα, συνήθως με τα αδέρφια (37%) ή τους γονείς (43%), γεγονός που δείχνει ότι η φροντίδα τείνει να είναι οικογενειακή υπόθεση.

Σε επίπεδο λειτουργικότητας, οι περισσότεροι ασθενείς εξακολουθούν να περπατούν (82%) και να αυτοεξυπηρετούνται (62%), ενώ οι φροντιστές αναγνωρίζουν σε μεγάλο ποσοστό (72%) την ευγνωμοσύνη των ασθενών για τη φροντίδα που λαμβάνουν. Για τη στάση απέναντι στο μέλλον, το 33% των φροντιστών δηλώνει αισιοδοξία, το 14% απαισιοδοξία, ενώ η πλειοψηφία (53%) εκφράζει αβεβαιότητα.

Στην παρούσα εργασία υπολογίστηκαν raw scores (0–100) σύμφωνα με την τυποποιημένη μέθοδο του SF-36. Συνολικά, οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στις περισσότερες υποκλίμακες σε σχέση με τα αναμενόμενα επίπεδα του γενικού πληθυσμού. Η ζωτικότητα (VT) εμφανίζεται ελαφρώς υψηλότερη, ενώ ο σωματικός πόνος (BP) είναι αντίστοιχος με τις διεθνείς τιμές. Οι πιο επιβαρυνόμενοι τομείς είναι η ψυχική υγεία (MH), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF) και οι περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (RP).

Η μέση συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Zarit Burden Interview (ZBI) ήταν 39,12, ένδειξη μέτριας επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών. Η υψηλότερη επιβάρυνση καταγράφηκε στην υποκλίμακα Ένταση ρόλου (M=16,38) και στην Προσωπική ένταση (M=11,23), που αντικατοπτρίζουν την πίεση των πολλαπλών ευθυνών και την ψυχολογική κόπωση. Αντίθετα, χαμηλότερες μέσες τιμές βρέθηκαν στην Αποστέρηση σχέσεων (M=8,59) και στη Διαχείριση της φροντίδας (M=2,92), δείχνοντας μικρότερη επιβάρυνση στις κοινωνικές σχέσεις και στις πρακτικές πτυχές της φροντίδας. Συνολικά, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι οι φροντιστές βιώνουν κυρίως συναισθηματική πίεση και ένταση ρόλου, ενώ αισθάνονται λιγότερο πρακτική επιβάρυνση.

Οι άτυποι φροντιστές του δείγματος δείχνουν σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα σε διαστάσεις όπως η καθημερινή φροντίδα εαυτού, η αφοσίωση σε άλλους και το νόημα της ζωής, αλλά χαμηλότερες τιμές σε πνευματικότητα και κυρίως ενσυνειδητότητα, που φαίνεται να αποτελεί την πιο αδύναμη διάσταση.

Η περιγραφική στατιστική ανέδειξε ότι οι φροντιστές αξιολόγησαν την ποιότητα της υγείας τους ως καλή, ενώ παράλληλα δήλωσαν ότι βιώνουν μέτρια επιβάρυνση και ασχολούνται με την αυτοφροντίδα τους. Η αξιοπιστία των τριών κλιμάκων ήταν ιδιαίτερα υψηλή (Cronbach's $\alpha > 0.9$).

Η ανάλυση συσχέτισης Pearson έδειξε πολύ ισχυρές θετικές συσχετίσεις μεταξύ ποιότητας υγείας, επιβάρυνσης και αυτοφροντίδας ($r = 0.978-0.987$, $p < 0.001$). Επίσης, βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά φύλο σε όλες τις κλίμακες.

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι το μοντέλο είναι καλά προσαρμοσμένο ($R^2 = 0.982$). Η ποιότητα υγείας ερμηνεύεται κυρίως από την επιβάρυνση του φροντιστή ($\beta = 0.59$, $p < 0.001$), ενώ σημαντική συμβολή έχει και η αυτοφροντίδα ($\beta = 0.41$, $p < 0.001$).

Οι έλεγχοι διαφορών με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανέδειξαν ότι το φύλο αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης: οι γυναίκες φροντιστές εμφάνισαν χειρότερη ποιότητα ζωής, μεγαλύτερη επιβάρυνση και χαμηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας σε σχέση με τους άνδρες ($p < 0.001$).

Η ανάλυση με βάση την ηλικία, μέσω μη παραμετρικών ελέγχων (Kruskal–Wallis), έδειξε σημαντικές διαφορές σε όλες τις κλίμακες (ποιότητα ζωής, επιβάρυνση και αυτοφροντίδα) μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ($p < 0.001$), με εντονότερες αποκλίσεις στις ηλικίες άνω των 35 ετών.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις καταγράφηκαν επίσης ανάλογα με:

1. οικογενειακή κατάσταση (άγαμοι, έγγαμοι, διαζευγμένοι),
2. αριθμό και σειρά γέννησης αδελφών,
3. αριθμό παιδιών,
4. εκπαιδευτικό επίπεδο,
5. επαγγελματική κατάσταση,
6. διάρκεια και ένταση φροντίδας (ώρες και ημέρες ανά εβδομάδα),
7. καθώς και το ποιος μοιράζεται τη φροντίδα (αδέρφια, γονείς, ιδιωτικός φροντιστής).

Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τόσο την ποιότητα ζωής όσο και την επιβάρυνση και την αυτοφροντίδα των άτυπων φροντιστών.

6. Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Η υποστήριξη των φροντιστών για τον αυξανόμενο πληθυσμό ατόμων που ζουν με άνοια στο σπίτι απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο τις ειδικές ανάγκες φροντίδας (εκπαίδευση για την άνοια, υπηρεσίες ανάπαυλας), αλλά και την κάλυψη βασικών υλικών και κοινωνικών αναγκών (Winslow et al., 2024). Το δείγμα της παρούσας έρευνας ανέδειξε ορισμένα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά που συμφωνούν με προηγούμενα ευρήματα. Η πλειονότητα των φροντιστών ήταν γυναίκες μέσης ηλικίας, γεγονός που επιβεβαιώνει τον παραδοσιακό «γυναικείο» χαρακτήρα της φροντίδας ηλικιωμένων με άνοια τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς (Pinquart & Sörensen, 2006; Schulz & Eden, 2016). Η ύπαρξη αδελφών στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, καθώς και η υπεραντιπροσώπηση των πρωτότοκων, εξηγούν γιατί συχνά οι τελευταίοι αναλαμβάνουν τον κύριο ρόλο, καθώς κοινωνικές νόρμες τείνουν να αποδίδουν περισσότερες ευθύνες στα μεγαλύτερα παιδιά (Grigoryeva, 2017).

Η παρουσία παιδιών στο 63% των φροντιστών, σε συνδυασμό με την επαγγελματική απασχόληση, αναδεικνύει τη «διπλή επιβάρυνση» μεταξύ οικογενειακών, επαγγελματικών και φροντιστικών υποχρεώσεων, η οποία συνδέεται με αυξημένο στρες και ψυχολογική κόπωση (Brodady & Donkin, 2009). Αν και η φροντίδα συχνά μοιράζεται ενδοοικογενειακά, η κύρια ευθύνη συγκεντρώνεται σε ένα άτομο, αυξάνοντας την πιθανότητα επιβάρυνσης. Η πολυετής διάρκεια φροντίδας και η συχνή 24ωρη ενασχόληση με τον ασθενή υπογραμμίζουν τον εντατικό χαρακτήρα της φροντίδας. Παράλληλα, όμως, η αναγνώριση ευγνωμοσύνης από τον ασθενή και η αισιοδοξία που εκφράζεται από μερίδα φροντιστών λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες, μειώνοντας την ψυχολογική καταπόνηση (Riley et al., 2018).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άτυποι φροντιστές του δείγματος βιώνουν μέτρια συνολική επιβάρυνση (M.T.=39,12), ιδιαίτερα στον ψυχοκοινωνικό τομέα, σε συμφωνία με διεθνείς μελέτες (Papastavrou et al., 2011; Zarit, Orr & Zarit, 1985). Η μεγαλύτερη επιβάρυνση εντοπίστηκε στην «ένταση ρόλου» (M.T.=16,38), γεγονός που καταδεικνύει ότι οι ευθύνες της φροντίδας περιορίζουν σημαντικά την ικανότητα των φροντιστών να ανταποκριθούν σε άλλες κοινωνικές ή επαγγελματικές υποχρεώσεις

(James et al., 2021; Stavrou & Garip, 2023). Υψηλή βαθμολογία καταγράφηκε και στην προσωπική ένταση (M.T.=11,23), επιβεβαιώνοντας τη συχνή εμφάνιση ψυχολογικής κόπωσης και άγχους (Schulz & Sherwood, 2008). Αντίθετα, χαμηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες «αποστέρηση σχέσεων» (M.T.=8,59) και «διαχείριση φροντίδας» (M.T.=2,92) δείχνουν ότι οι κοινωνικές σχέσεις και οι πρακτικές πτυχές της φροντίδας επηρεάζονται λιγότερο, αν και πιθανότατα επιβαρύνονται με την πάροδο του χρόνου (Connors et al., 2020).

Όσον αφορά την αυτοφροντίδα, οι φροντιστές διατηρούν σχετικά καλή λειτουργία στην καθημερινή πρακτική φροντίδα του εαυτού, αλλά εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα πνευματικότητας και ενσυνειδητότητας. Ανάλογα ευρήματα έχουν καταγραφεί διεθνώς, όπου η πνευματικότητα και η ενσυνειδητότητα αναγνωρίζονται ως παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότητας, αλλά συχνά παραμένουν αναξιοποίητοι (Garcia et al., 2022; La et al., 2020). Οι φροντιστές πιθανότατα θα ωφεληθούν από παρεμβάσεις που ενισχύουν αυτές τις διαστάσεις, όπως προγράμματα mindfulness, αυτογνωσίας ή ψυχοεκπαίδευσης.

Τα ευρήματα διαφοροποίησης βάσει φύλου ενισχύουν το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες φροντιστές είναι πιο ευάλωτες, καθώς εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, μεγαλύτερη επιβάρυνση και χαμηλότερη αυτοφροντίδα σε σχέση με τους άνδρες. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με πρόσφατες μελέτες που δείχνουν ότι οι γυναίκες φροντιστές βιώνουν αυξημένο άγχος, πόνο και προβλήματα ύπνου (Rico-Blázquez et al., 2022), ενώ οι άνδρες συχνότερα υιοθετούν διαχειριστική προσέγγιση στη φροντίδα (Hong & Coogle, 2016). Στον ελληνικό χώρο, παρόμοια ευρήματα αναφέρουν οι Ζαχαροπούλου κ.α. (2015) και οι Καραθάνου & Σκλάβου (2022), υπογραμμίζοντας τον έμφυλο χαρακτήρα της φροντίδας και τη μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση των γυναικών.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν ότι η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών έχει κυρίως ψυχοκοινωνικό χαρακτήρα και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Η αναγνώριση αυτής της πραγματικότητας καθιστά απαραίτητη την ανάπτυξη στοχευμένων υποστηρικτικών παρεμβάσεων, που θα ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα και την αυτοφροντίδα, μειώνοντας παράλληλα την ένταση ρόλου και την ψυχολογική κόπωση. Η ενσωμάτωση τέτοιων παρεμβάσεων σε πολιτικές υγείας και υπηρεσίες φροντίδας μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ευημερίας των φροντιστών και στη διατήρηση της βιωσιμότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η παρούσα έρευνα είχε ως βασικό σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας υγείας, της επιβάρυνσης και της αυτοφροντίδας των άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια, καθώς και τη μελέτη των σχέσεών τους με δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η διαδικασία υλοποίησής της παρουσίασε θετικά στοιχεία αλλά και ορισμένους περιορισμούς.

Τα ισχυρά σημεία της έρευνας αφορούν στην εστίαση σε έναν πληθυσμό που συχνά παραμένει «αόρατος» στην κλινική και ερευνητική πράξη, δηλαδή στους άτυπους φροντιστές ασθενών με άνοια, για τους οποίους η βιβλιογραφία στον ελληνικό χώρο είναι ακόμη περιορισμένη. Χρησιμοποιήθηκαν τυποποιημένα και ψυχομετρικά αξιόπιστα εργαλεία, γεγονός που ενισχύει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ανώνυμο και εθελοντικό τρόπο, διασφαλίζοντας την ειλικρίνεια των απαντήσεων και την προστασία της ιδιωτικότητας των συμμετεχόντων.

Περιορισμό συνιστά ο διατομεακός σχεδιασμός αυτής της έρευνας που δεν είναι σε θέση να προσδιορίσει την αιτιώδη σχέση μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών και του φορτίου του φροντιστή, αλλά μας δίνει μόνο συσχετίσεις. Επομένως, τα ευρήματά της θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Επίσης, το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά περιορισμένο, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό φροντιστών.

Η χρήση ερωτηματολογίων βασισμένων στην αυτοαναφορά ενδέχεται να έχει επηρεαστεί από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις, ειδικά σε ερωτήσεις που σχετίζονται με την ψυχολογική επιβάρυνση. Κοινωνικοοικονομικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων δεν ελήφθησαν υπόψη και θα ήταν χρήσιμο να αναλυθεί ο οικονομικός αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής των φροντιστών. Παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα, όπως η ένταση της φροντίδας, η συναισθηματική σχέση με τον ασθενή, η παράλληλη εργασία, ή το επίπεδο υποστήριξης από άλλους συγγενείς, δεν αποτυπώθηκαν πλήρως.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, σε συνδυασμό με όσα αναδεικνύουν προηγούμενες έρευνες, μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στον σχεδιασμό στρατηγικών που στοχεύουν στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των άτυπων φροντιστών, προσαρμοσμένων στις ιδιαίτερες ανάγκες και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Όπως επισημαίνουν οι Zacharopoulou, Zacharopoulou και Lazakidou (2015), είναι καθοριστικής σημασίας οι παρεμβάσεις να μειώνουν την έντονη επίδραση που ασκεί ο ασθενής στον φροντιστή, λαμβάνοντας υπόψη τις σωματικές, ψυχολογικές και οικονομικές διαστάσεις και των δύο πλευρών. Στο πλαίσιο αυτό, οι κρατικοί φορείς, οι σύλλογοι ασθενών, οι εθελοντικές οργανώσεις αλλά και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αποτελέσουν τους βασικούς πυλώνες γύρω από τους οποίους θα πρέπει να αναπτυχθούν προγράμματα κοινοτικής φροντίδας, οικονομικής στήριξης και κοινωνικής υποστήριξης. Η ενίσχυση και η επέκταση τέτοιων δομών, ιδίως σε απομακρυσμένες περιοχές, θα μπορούσε να μειώσει τις περιπτώσεις πρόωμης ιδρυματοποίησης ασθενών και να περιορίσει την περιττή νοσηρότητα των οικογενειακών φροντιστών.

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διερευνήσουν περισσότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των φροντιστών, όπως τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση, αλλά και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούν. Παράλληλα, απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη παρεμβάσεων που να στοχεύουν στη βελτίωση τροποποιήσιμων παραγόντων, όπως η σωματική ευθραυστότητα των ασθενών μέσω άσκησης ή γνωστικών προγραμμάτων, καθώς και η μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών μέσω ψυχοεκπαίδευσης και εκπαίδευσης στη διαχείριση του στρες (Vrettos et al., 2023).

Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της έγκαιρης παρηγορητικής φροντίδας, η οποία μπορεί να μειώσει το φορτίο του στρες και τα επίπεδα κατάθλιψης, ενισχύοντας ταυτόχρονα την ποιότητα ζωής των φροντιστών (McGuigan et al., 2024). Για να ξεπεραστούν οι περιορισμοί των υφιστάμενων ερευνών, είναι αναγκαία η εφαρμογή ποιοτικών μεθόδων, όπως συνεντεύξεις και ομάδες εστίασης, που μπορούν να αποδώσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τις προσωπικές εμπειρίες των φροντιστών. Επιπλέον, η διεξαγωγή διαχρονικών ερευνών και τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών θα ενισχύσει την εγκυρότητα και τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων,

συμβάλλοντας στη διαμόρφωση παρεμβάσεων υψηλής ποιότητας και επιστημονικής τεκμηρίωσης.

Η προοδευτική φύση και η σοβαρότητα της άνοιας, σε συνδυασμό με την παρουσία νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, επηρεάζουν αρνητικά τον ρόλο των άτυπων φροντιστών, οδηγώντας σε αυξημένη επιβάρυνση και σε χαμηλότερη αυτοαντίληψη ποιότητας ζωής (Frias, Cabrera & Zabalegui, 2020). Για τον λόγο αυτό, η παροχή κοινωνικής και επαγγελματικής υποστήριξης θεωρείται απαραίτητη, καθώς συμβάλλει στη διευκόλυνση της φροντίδας και στη βελτίωση της ευημερίας τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών. Η τακτική παρακολούθηση από επαγγελματίες υγείας μπορεί να διευκολύνει την έγκαιρη ανίχνευση επιδείνωσης στη σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση των φροντιστών, προσφέροντας παράλληλα τη δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης.

Επιπλέον, η διεύρυνση του μεγέθους του δείγματος σε μελλοντικές μελέτες θα επέτρεπε την ανάλυση υποομάδων, όπως ανά ηλικιακή κατηγορία ασθενών και φροντιστών, ώστε να αποσαφηνιστεί καλύτερα η επίδραση παραγόντων όπως η ηλικία, η διάρκεια φροντίδας ή η οικογενειακή σχέση στην ποιότητα ζωής και στο βάρος της φροντίδας.

7. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη κατέστησε σαφές ότι η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής, την αυτοφροντίδα και τους δείκτες άγχους/ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του φορτίου φροντίδας, της ποιότητας ζωής και της αυτοφροντίδας, ενώ οι υποκλίμακες του SF-36 που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και τις συναισθηματικές δυσκολίες κατέδειξαν ότι οι φροντιστές με υψηλότερη επιβάρυνση παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και συναισθηματικής καταπόνησης. Παράλληλα, οι αναλύσεις διαφορών (t-test, ANOVA/Kruskal-Wallis) επιβεβαίωσαν ότι παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο διαφοροποιούν σημαντικά το βάρος της φροντίδας και την εμπειρία άγχους. Συνολικά, τα δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι οι φροντιστές που βιώνουν υψηλότερη επιβάρυνση εμφανίζουν μειωμένη ποιότητα ζωής, περιορισμένη αυτοφροντίδα και αυξημένα επίπεδα άγχους, απαντώντας πλήρως στο ερευνητικό ερώτημα.

Η φροντίδα ενός ατόμου με μια προοδευτική εκφυλιστική ασθένεια, όπως η άνοια, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των οικογενειακών φροντιστών με πολλούς τρόπους. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία που να αναστέλλει την εξέλιξη της άνοιας, η μείωση των αρνητικών συνεπειών της φροντίδας για τους φροντιστές αποτελεί καθοριστικό στόχο. Όσο περισσότερο παραμένουν υγιείς οι φροντιστές, τόσο μεγαλύτερη είναι η δυνατότητα να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους και να παρέχουν πιο αποτελεσματική φροντίδα στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Σε διεθνές επίπεδο, η γήρανση του πληθυσμού έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του επιπολασμού της άνοιας, με τα συμπτώματα απώλειας μνήμης, έκπτωσης των πρακτικών ικανοτήτων και αλλαγών στη διάθεση να καθιστούν τους ασθενείς συχνά εξαρτημένους από την καθημερινή υποστήριξη ενός φροντιστή (Feast et al., 2016). Η εξάρτηση αυτή αυξάνει την ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών, οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό είναι μέλη της οικογένειας (Boots et al., 2014), χωρίς κατάλληλη εκπαίδευση ή επαγγελματική προετοιμασία (del-Pino-Casado et al., 2021). Έρευνες δείχνουν ότι οι φροντιστές ατόμων με άνοια βιώνουν μεγαλύτερο φορτίο και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με εκείνους που φροντίζουν ηλικιωμένους χωρίς άνοια (Bertrand, 2006). Ο όρος «φόρτος φροντίδας» (Zarit et al.,

1986) έχει πλέον εδραιωθεί ως βασικός δείκτης για την κατανόηση της εμπειρίας των φροντιστών, επηρεαζόμενος τόσο από τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα των ασθενών όσο και από κοινωνικοδημογραφικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Chiao, Wu & Hsiao, 2015).

Η πολιτισμική διάσταση αποτελεί κρίσιμο στοιχείο. Η κουλτούρα επηρεάζει όχι μόνο την αντίληψη της ασθένειας και τις στρατηγικές φροντίδας, αλλά και τη στάση απέναντι στο άγχος και την ανθεκτικότητα των φροντιστών (Sun, Ong & Burnette, 2012). Σε κοινωνίες όπου κυριαρχεί η υιική ευλάβεια, όπως στην Κορέα, η φροντίδα των γονέων από τα παιδιά εξακολουθεί να αποτελεί βαθιά ριζωμένη υποχρέωση (Lee & Sung, 1998; Sung, 1998). Η υιική ευλάβεια μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στο στρες και την κατάθλιψη των φροντιστών (Lai, 2010; Pan, Jones & Winslow, 2017), επηρεάζοντας θετικά την ψυχική ανθεκτικότητα και τη συνολική ευημερία (Funk, Chappell & Liu, 2013; Wang et al., 2023; Zhang, Clarke & Rhynas, 2019).

Τα δεδομένα της μελέτης αυτής επιβεβαιώνουν ότι στοχευμένες παρεμβάσεις, όπως η ψυχολογική υποστήριξη, η εκπαίδευση και η αξιοποίηση ψηφιακών τεχνολογιών, μπορούν να μειώσουν το βάρος των φροντιστών και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους, προσφέροντας πρακτικά μηνύματα για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας και κλινικών πρακτικών. Το προφίλ του μέσου φροντιστή αναδεικνύει μια μεσήλικα ή μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκα, με οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις, που αφιερώνει πολλές ώρες σε καθημερινή βάση στη φροντίδα συγγενικού προσώπου με άνοια. Αν και η φροντίδα αυτή είναι ψυχικά και σωματικά απαιτητική, η αναγνώριση και η ευγνωμοσύνη από τον ασθενή λειτουργούν ως ενισχυτικοί παράγοντες για την ανθεκτικότητα.

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι οι γυναίκες αναφέρουν συστηματικά υψηλότερο φορτίο σε σχέση με τους άνδρες (Reigada et al., 2015), καθώς αναλαμβάνουν δυσανάλογα το βάρος της φροντίδας εις βάρος της προσωπικής και επαγγελματικής τους ζωής (Swinkels et al., 2019). Οι άνδρες τείνουν να υιοθετούν περισσότερο διαχειριστικές στρατηγικές (Hong & Coogle, 2016), ενώ οι γυναίκες εμπλέκονται συναισθηματικά, γεγονός που αυξάνει την ψυχολογική τους καταπόνηση (Weinbrecht, Rieckmann & Renneberg, 2016). Παράλληλα, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο μπορεί να επιβαρύνει τους φροντιστές, καθώς συχνά συνδυάζεται με απαιτητικά επαγγελματικά καθήκοντα (Longacre et al., 2017; Oedekoven et al., 2019). Η παρατεταμένη διάρκεια φροντίδας, ιδιαίτερα όταν ξεπερνά τις 14 ώρες ημερησίως, συνδέεται με πολλαπλάσιες

πιθανότητες σοβαρού φορτίου (Goren et al., 2016; Yu et al., 2015), ενώ η έλλειψη επαρκούς ύπνου και ξεκούρασης επιτείνει την ψυχική και σωματική εξάντληση (Simón et al., 2019; Zubaidi et al., 2020).

Συνεπώς, είναι απαραίτητο το βάρος των φροντιστών να ενταχθεί κεντρικά στις στρατηγικές παρηγορητικής φροντίδας και στις πολιτικές δημόσιας υγείας. Η ενίσχυση των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης, τόσο τυπικών όσο και άτυπων, αποτελεί προτεραιότητα για τη μείωση της επιβάρυνσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτής της ευάλωτης ομάδας (Hu et al., 2025).

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Arango-Lasprilla, J. C., Lehan, T., Drew, A., Moreno, A., Deng, X., & Lemos, M. (2010). Health-related quality of life in caregivers of individuals with dementia from Colombia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 25(7), 556-561.
- Balash, Y., Korczyn, A. D., Knaani, J., Migirov, A. A., & Gurevich, T. (2017). Quality-of-life perception by Parkinson's disease patients and caregivers. *Acta Neurologica Scandinavica*, 136(2), 151-154.
- Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *The gerontologist*, 41(5), 652-657.
- Boots, L. M. M., de Vugt, M. E., Van Knippenberg, R. J. M., Kempen, G. I. J. M., & Verhey, F. R. (2014). A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(4), 331-344.
- Brody, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217-228.
- Cheng S. T. (2017). Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Current psychiatry reports*, 19(9), 64. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2>
- 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), 340-350.
- Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., & Brody, H. (2020). Dementia and caregiver burden: a three-year longitudinal study. *International journal of geriatric psychiatry*, 35(2), 250-258.
- Creswell, J.W., (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. Sage Publications.
- Crotty, M. J. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. Sage.

- del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *16*(3), e0247143.
- Edwards, S., Nebel, S., & Heinrich, M. (2005). Questionnaire surveys: Methodological and epistemological problems for field-based ethnopharmacologists. *Journal of Ethnopharmacology*, *100*(1-2), 30-36.
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, *5*(1), 1-4.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *20*(8), 423-428.
- Feast, L., & Melles, G. (2010). Epistemological positions in design research: A brief review of the literature.
- Feast, A., Moniz-Cook, E., Stoner, C., Charlesworth, G., & Orrell, M. (2016). A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *International psychogeriatrics*, *28*(11), 1761-1774.
- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, *3* (1), 6-25.
- Frias, C. E., Cabrera, E., & Zabalegui, A. (2020). Informal caregivers' roles in dementia: the impact on their quality of life. *Life*, *10*(11), 251.
- Frias, C. E., Garcia-Pascual, M., Montoro, M., Ribas, N., Risco, E., & Zabalegui, A. (2020). Effectiveness of a psychoeducational intervention for caregivers of people with dementia with regard to burden, anxiety and depression: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, *76*(3), 787-802.
- Funk, L. M., Chappell, N. L., & Liu, G. (2013). Associations between filial responsibility and caregiver well-being: Are there differences by cultural group?. *Research on Aging*, *35*(1), 78-95.
- Garcia, A. C. M., Ferreira, A. C. G., Silva, L. S. R., da Conceição, V. M., Nogueira, D. A., & Mills, J. (2022). Mindful self-care, self-compassion, and resilience among palliative care providers during the COVID-19 pandemic. *Journal of pain and symptom management*, *64*(1), 49-57.

- Godwin, A., Benedict, B., Rohde, J., Thielmeyer, A., Perkins, H., Major, J., ... & Chen, Z. (2021). New epistemological perspectives on quantitative methods: An example using topological data analysis. *Studies in Engineering Education*, 2(1).
- Goren, A., Montgomery, W., Kahle-Wroblewski, K., Nakamura, T., & Ueda, K. (2016). Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: findings from a community based survey in Japan. *BMC geriatrics*, 16(1), 122.
- Gouva M., Mantzoukas S. Zagorianakou N, Konstanti Z. & Dragioti E. (2025). Self-Care Scale for Older Adults (under publication)
- Grigoryeva, A. (2017). Own gender, sibling's gender, parent's gender: The division of elderly parent care among adult children. *American Sociological Review*, 82(1), 116-146.
- Hair, J. F. (2009). Multivariate data analysis. <https://www.drnishikantjha.com/papersCollection/Multivariate%20Data%20Analysis.pdf>
- Heotis, E. (2020). Phenomenological research methods: Extensions of Husserl and Heidegger. *International Journal of School and Cognitive Psychology*, 7(2), 221-231.
- Hong, S. C., & Coogle, C. L. (2016). Spousal caregiving for partners with dementia: A deductive literature review testing Calasanti's gendered view of care work. *Journal of Applied Gerontology*, 35(7), 759-787.
- Hu, Y., Guo, X., You, H., Liu, L., & Wang, Y. (2025). Mediating effect of social support on the relationships between caregiver burden and quality of life in family caregivers of people with dementia: a cross-sectional study in Rural China. *BMC nursing*, 24(1), 37.
- James, T., Mukadam, N., Sommerlad, A., Guerra Ceballos, S., & Livingston, G. (2021). Culturally tailored therapeutic interventions for people affected by dementia: a systematic review and new conceptual model. *The lancet. Healthy longevity*, 2(3), e171–e179. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00001-5](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00001-5)
- La, I. S., Johantgen, M., Storr, C. L., Cagle, J. G., Zhu, S., & Ross, A. (2020). Spirituality among family caregivers of cancer patients: the spiritual perspective scale. *Research in nursing & health*, 43(4), 407-418.

- Lai, D. W. (2010). Filial piety, caregiving appraisal, and caregiving burden. *Research on aging*, 32(2), 200-223.
- Lee, Y. R., & Sung, K. T. (1998). Cultural influences on caregiving burden: Cases of Koreans and Americans. *The International Journal of Aging and Human Development*, 46(2), 125-141.
- Liu, Z., Sun, Y. Y., & Zhong, B. L. (2018). Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Longacre, M. L., Valdmanis, V. G., Handorf, E. A., & Fang, C. Y. (2017). Work impact and emotional stress among informal caregivers for older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(3), 522-531.
- McCabe, J. E., Wickberg, B., Deberg, J., Davila, R. C., & Segre, L. S. (2021). Listening Visits for maternal depression: a meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 24(4), 595–603. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01101-4>
- 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.
- Medical Advisory Secretariat (2008). Caregiver-and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 8(4), 1.
- Mortimer JA, Schuman LM & French LR (1981). Epidemiology of dementing illness. In: Mortimer JA, Schuman LM (eds) *The epidemiology of dementia*. Oxford University Press, New York, pp 3–23
- NurFatimah, O. A., Rahmah, M. A., Rosnah, S., Ismail, D., Khadijah, S., & ShEzat, S. P. (2013). Quality of life among caregivers of elderly with dementia and its associated factors. *IOSR J Nurs Health Sci*, 1, 7-13.
- Oedekoven, M., Amin-Kotb, K., Gellert, P., Balke, K., Kuhlmeier, A., & Schnitzer, S. (2019). Associations between informal caregivers' burden and educational level. *GeroPsych*.

- Palinkas, L. A., et al. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533–544.
- Pan, Y., Jones, P. S., & Winslow, B. W. (2017). The relationship between mutuality, filial piety, and depression in family caregivers in China. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(5), 455-463.
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management*, 29(1), 3–25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., & Merkouris, A. (2014). Linking patient satisfaction with nursing care: the case of care rationing - a correlational study. *BMC nursing*, 13, 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-26>
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of life research*, 14(5), 1433-1438.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112-P128.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P33-P45.
- Reed, J. (2010). Appraising research evidence in practice: synthesizing findings and clinical judgment. *Nursing Times*, 106(15), 20–22.
- Rehman, Y., Campbell, S., & Chew-Graham, C. (2021). Difference between quantitative and qualitative research question-PICO vs. spider. *American Academic Scientific Research Journal for Engineering, Technology, and Sciences*, 77(1), 188-99.
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novella, A., & Gonçalves, E. (2015). The caregiver role in palliative care: a systematic review of the literature.
- Rico-Blázquez, M., Quesada-Cubo, V., Polentinos-Castro, E., Sánchez-Ruano, R., Rayo-Gómez, M. Á., & del Cura-González, I. (2022). Health-related quality of life in caregivers of community-dwelling individuals with disabilities or chronic

- conditions. A gender-differentiated analysis in a cross-sectional study. *BMC nursing*, 21(1), 69.
- Riley, G. A., Evans, L., & Oyeboode, J. R. (2018). Relationship continuity and emotional well-being in spouses of people with dementia. *Aging & mental health*, 22(3), 299-305.
- Rose, K. M., Williams, I. C., Anderson, J. G., & Geldmacher, D. S. (2021). Development and validation of the family quality of life in dementia scale. *The Gerontologist*, 61(6), e260-e268.
- Schölzel-Dorenbos, C. J., Draskovic, I., Vernooij-Dassen, M. J., & Rikkert, M. G. O. (2009). Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(2), 171-177.
- Schulz, R., Eden, J., & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). Family caregiving roles and impacts. In *Families caring for an aging America*. National Academies Press (US).
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 105-113.
- Seitz, D. P., Chan, C. C., Newton, H. T., Gill, S. S., Herrmann, N., Smailagic, N., ... & Fage, B. A. (2018). Mini-Cog for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a primary care setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Simón, M. A., Bueno, A. M., Otero, P., Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2019). Caregiver burden and sleep quality in dependent people's family caregivers. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 1072.
- Stavrou, K., & Garip, G. (2023). Investigation of the Caregivers' Quality of Life in Patients with Renal Failure. *EC Psychology and Psychiatry*, 12(3), 13-25.
- Sun, F., Ong, R., & Burnette, D. (2012). The influence of ethnicity and culture on dementia caregiving: A review of empirical studies on Chinese Americans. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 27(1), 13-22.
- Sung, K. T. (1998). Filial piety in modern times: Timely adaptation and practice patterns. *Australasian Journal on Ageing*, 17, 88-92.
- Swinkels, J., Tilburg, T. V., Verbakel, E., & Broese van Groenou, M. (2019). Explaining the gender gap in the caregiving burden of partner caregivers. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(2), 309-317.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics, 6th ed.* Ma: Pearson.
- Tahami Monfared, A. A., Khachatryan, A., Hummel, N., Kopiec, A., Martinez, M., Zhang, R., & Zhang, Q. (2024). Assessing quality of life, economic burden, and independence across the alzheimer's disease continuum using patient-caregiver dyad surveys. *Journal of Alzheimer's Disease, 99*(1), 191-206.
- Von Känel, R., Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Dimsdale, J. E., Aschbacher, K., Mills, P. J., ... & Grant, I. (2008). Increased Framingham Coronary Heart Disease Risk Score in dementia caregivers relative to non-caregiving controls. *Gerontology, 54*(3), 131-137.
- Vrettos, I., Anagnostopoulos, F., Voukelatou, P., Panayiotou, S., Kyvetos, A., Nikas, A., ... & Niakas, D. (2023). Factors associated with health-related quality of life of informal caregivers of older patients and the mediating role of subjective caregivers' burden. *Psychogeriatrics, 23*(2), 286-297.
- Wang, V. W., Kandiah, N., Lin, X., & Wee, H. L. (2020). Does health-related quality of life in Asian informal caregivers differ between early-onset dementia and late-onset dementia?. *Psychogeriatrics, 20*(5), 608-619.
- Wang, Q., Xiao, X., Zhang, J., Jiang, D., Wilson, A., Qian, B., ... & Yang, Q. (2023). The experiences of East Asian dementia caregivers in filial culture: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1173755.
- Ware, J. E., Jr. (1999). SF-36 Health Survey. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed., pp. 1227–1246). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Weinbrecht, A., Rieckmann, N., & Renneberg, B. (2016). Acceptance and efficacy of interventions for family caregivers of elderly persons with a mental disorder: a meta-analysis. *International Psychogeriatrics, 28*(10), 1615-1629.
- Winslow, V. A., Lindau, S. T., Huang, E. S., Asay, S., Johnson, A. E., Borson, S., ... & Makelarski, J. A. (2024). Caring for dementia caregivers: How well does social risk screening reflect unmet needs?. *Journal of the American Geriatrics Society.*
- World Health Organization, (2021). Dementia. Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., & Zhou, L. (2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease. *PloS one, 10*(7), e0132168.

- Zacharopoulou, G., Zacharopoulou, V., & Lazakidou, A. (2015). Quality of life for caregivers of elderly patients with dementia and measurement tools: a review. *Int J Health Res Innov*, 3(1), 49-64.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1987). Subjective burdens of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 1(2), 109-110.
- Zarit, S., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. NYU Press.
- Zhang, X., Clarke, C. L., & Rhynas, S. J. (2019). What is the meaning of filial piety for people with dementia and their family caregivers in China under the current social transitions? An interpretative phenomenological analysis. *Dementia*, 18(7-8), 2620-2634.
- Zubaidi, Z. S. A., Ariffin, F., & Oun, C. T. C. (2020). Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: A crosssectional study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 6.

Ελληνόγλωσση

- Δουδούμη, Σ., Τσολάκη, Μ., Σαγιαδινού, Μ., Δεουδή, Π., Καζή, Ε., Κιοσέογλου, Γ., & Καζής, Α. (2003). Ποιότητα ζωής φροντιζόντων τους ασθενείς με νόσο Alzheimer. *Εγκέφαλος*, 40, 3. <https://www.encephalos.gr/full/40-3-05g.htm>
- Ζαχαροπούλου, Γ., Ζαχαροπούλου, Β., Κωνσταντινοπούλου, Α., Τσαλουκίδης, Ν. & Λαζακίδου, Α., (2015). Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα. *Αρχία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5):14-621.
- Καραθάνου Φ. & Σκλάβου Κ. (2022). Σύγκριση ποιότητας ζωής τυπικών και άτυπων φροντιστών ασθενών με Alzheimer. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(2): 51-59.
- Παπασταύρου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αλεβιζόπουλος, Γ., Παπακόστας, Σ., Τσαγκάρη, Χ., & Σουρτζή, Π. (2006). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας της επιβάρυνσης (Zarit burden interview) σε Ελληνοκυπρίους φροντιστές ασθενών με άνοια. *Νοσηλευτική*, 45 (4), 439-449.

Παράρτημα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

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

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2025

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΠΩΛΗ < 150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΔΙΑΣΥΓΓΕΝΕΤΟΣ/Η

ΠΩΛΗ > 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 ΜΙΛΑΕΙ? ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΠΕΡΠΑΤΑΕΙ? ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΥ ΦΡΟΝΙΖΕΤΕ ΑΥΤΟΕΥΠΗΡΕΤΕΙΤΑΙ? 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

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και όσο καλύτερα υποστούτε να αναλογιστείτε με τις συνθηματικές δραστηριότητές σας, τόσο καλύτερα στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε ασάντα με τον τρόπο που σας δίνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιοι/βέβαιη για την ασάντα σας, προσπαθούμε να δώσετε την ασάντα που νομίζετε ότι ταίριαζε καλύτερα στην περίπτωσή σας.

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

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

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

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	1
Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	2
Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν	3
Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	4
Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	5

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

	Ναι, περιορίζονται Πολύ	Ναι, περιορίζονται Λίγο	Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου
A. Έντονη δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρών, αντλίες, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3
Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	1	2	3
Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3
ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	1	2	3
Z. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμισο χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3

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

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2

Β. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Υπερμόρασε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

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



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

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

- Καθόλου.....1
- Ελάχιστα2
- Μέτρια3
- Αρκετά4
- Πάρα πολύ.....5

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

- Καθόλου1
- Πολύ λίγο2
- Λίγο3
- Μέτρια4
- Έντονα5
- Πολύ έντονα.....6

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

- Καθόλου1
- Λίγα.....2
- Μέτρια3
- Αρκετά4
- Πάρα πολύ.....5

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

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
Α. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
Β. Είχατε ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τσίπα δεν υπαράχατε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
Δ. Νοιώθατε ηρεμος/ή και γαλήνιος;	1	2	3	4	5	6

Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Νιώσατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Νιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
Η. Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ. Νιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

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

- Πάντα.....1
 Τις πιο πολλές φορές.....2
 Μερικές φορές.....3
 Όχι συχνά.....4
 Ποτέ 5

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

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

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ (THE ZARIT BURDEN INTERVIEW)

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

Φροντίζοντας κάποιο συγγενή μέσα στην οικογένειά μας, αισθανόμαστε:	ΠΟΤΕ	ΛΙΓΟ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΑΡΚΕΤΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1. Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ' ό,τι χρειάζεται;	0	1	2	3	4
2. Πιστεύετε, επειδή δαπανάτε αρκετό χρόνο με τον/τη συγγενή σας, ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;	0	1	2	3	4
3. Νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για τον/τη συγγενή σας και στην προσπάθειά σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένειά σας ή την εργασία σας;	0	1	2	3	4
4. Νιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
5. Νιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
6. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με έναν αρνητικό τρόπο;	0	1	2	3	4
7. Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
8. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;	0	1	2	3	4
9. Νιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
10. Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
11. Νιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
12. Νιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
13. Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
14. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να τον/τη φροντίζετε σαν να είσατε η/ο μοναδική/ός στον/ στην οποία/ο θα μπορούσε να βασιστεί;	0	1	2	3	4
15. Νιώθετε ότι, επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδά σας, δεν έχετε αρκετά χρήματα για τη φροντίδα της/του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
16. Νιώθετε ότι είσατε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
17. Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η συγγενής σας;	0	1	2	3	4
18. Θα ευχόσαστε, έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενή σας σε κάποιον άλλο;	0	1	2	3	4
19. Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάμετε για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
20. Νιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον/τη συγγενή σας;	0	1	2	3	4
21. Νιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της/ του συγγενή σας;	0	1	2	3	4
22. Γενικά, πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνμένος/η με τη φροντίδα του συγγενή σας;	0	1	2	3	4

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 πιτζάμες 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 ταραχή;	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 γενναιόδωρος 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