



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»**

Στεφανίδου Παρασκευή

ΑΜ: 149

Επιβλέπουσα: Ζωίτσα Κωνσταντή

Επίκουρη Καθηγήτρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2026

**«QUANTITATIVE INVESTIGATION OF THE PSYCHOLOGICAL
ADAPTATION OF INFORMAL CAREGIVERS IN THE CARE OF
POSTOPERATIVE PATIENTS »**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, Ιούλιος 2026

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Ζωίτσα Κωνσταντή

2. Μέλος επιτροπής

Μαίρη Γκούβα

3. Μέλος επιτροπής

Μιχαήλ Κουράκος

© Στεφανίδου Παρασκευή, 2026.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα προπτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Στεφανίδου Παρασκευή

Υπογραφή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σύγχρονη χειρουργική πραγματικότητα, με την εφαρμογή των πρωτοκόλλων ταχείας ανάρρωσης (ERAS) και των πολιτικών βραχείας νοσηλείας, έχει μετατοπίσει το βάρος της μετεγχειρητικής φροντίδας από το νοσοκομείο στο οικιακό περιβάλλον. Η ανάληψη του ρόλου του άτυπου φροντιστή κατά την οξεία μετεγχειρητική φάση αποτελεί μια αιφνίδια κρίση, η οποία επηρεάζει άμεσα την ψυχοκοινωνική υγεία της οικογένειας.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει κύριο στόχο της να διερευνήσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) που επιστρατεύουν οι άτυποι φροντιστές ασθενών έπειτα από γενικές χειρουργικές επεμβάσεις κατά την περίοδο ανάρρωσης στο σπίτι, καθώς και να εντοπίσει τους δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες που τις επηρεάζουν.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη μια συγχρονική (cross-sectional) ποσοτική έρευνα με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 100 άτυποι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών, με έντονη την επικράτηση του γυναικείου φύλου (76,0%).

Ερευνητικό Υλικό: Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δημογραφικό ερωτηματολόγιο και η σταθμισμένη κλίμακα F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales, McCubbin et. al.· 1981, 1987). Η στατιστική ανάλυση περιλαμβάνει περιγραφική στατιστική, ελέγχους κανονικότητας και κριτήρια επαγωγικής στατιστικής (t-test, ANOVA, συντελεστές συνάφειας).

Αποτελέσματα: Οι φροντιστές παρουσίασαν υψηλή επιστράτευση ενεργητικών μηχανισμών προσαρμογής, με κυρίαρχες στρατηγικές την Αναπλαισίωση (Reframing) και την Κοινωνική Υποστήριξη (Social Support). Αντίθετα, η Πνευματική Υποστήριξη (Spiritual Support) κατέγραψε χαμηλότερες τιμές. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική έμφυλη διαφοροποίηση ($p=0.004$), με τις γυναίκες να αναλαμβάνουν μεγαλύτερο βάρος και να καταφεύγουν συχνότερα σε στρατηγικές Παθητικής Εκτίμησης, αλλά και στην Κινητοποίηση της Οικογένειας ($p=0,033$). Επιπλέον, η οικογενειακή κατάσταση επηρέασε την πνευματική υποστήριξη ($p=0,042$), πράγμα που σημαίνει πως οι άγαμοι και έγγαμοι φροντιστές καταφεύγουν συχνότερα στην συγκεκριμένη τακτική, συγκριτικά με τους διαζευγμένους. Τέλος, οι κλινικές παράμετροι (είδος χειρουργείου, επιπλοκές) δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν σημαντικά τις επιλεγμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των φροντιστών.

Συμπεράσματα: Η μετεγχειρητική φροντίδα στο σπίτι φαίνεται να είναι μία οξεία κρίση, ανεξάρτητα από την κλινική βαρύτητα της επέμβασης. Κρίνεται αναγκαίος ο προσυμπτωματικός έλεγχος της ετοιμότητας των φροντιστών από το νοσηλευτικό προσωπικό, με ιδιαίτερη έμφαση στις γυναίκες, καθώς και ο σχεδιασμός δομημένων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης και εξατομικευμένων γραπτών οδηγιών πριν από το εξιτήριο.

Λέξεις Κλειδιά: Άτυποι φροντιστές, μετεγχειρητική φροντίδα, στρατηγικές αντιμετώπισης, κλίμακα F-COPES, νοσηλευτική.

ABSTRACT

Introduction: Contemporary surgical reality, with the widespread use of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols and short-stay policies, has significantly shifted the burden of post-operative care from hospital settings to the domestic environment. Taking on the role of an informal caregiver during the acute post-operative phase is a sudden crisis, which directly impacts the psychosocial well-being and functionality of the family unit.

Aim: This study aimed to investigate the coping strategies deployed by informal caregivers of patients undergoing general surgical procedures during the home recovery period, and to identify the demographic and clinical factors influencing these strategies.

Materials and Methods: A cross-sectional quantitative research design was employed using data from a convenience sample. The sample consisted of 100 informal caregivers of post-operative patients, with a high predominance of females (76.0%). Data collection was performed using a demographic/clinical questionnaire and the F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales) instrument. Statistical analysis included descriptive statistics, normality testing, and inferential statistical methods (t-test, ANOVA, correlation coefficients).

Results: Caregivers presented a high reliance on active adaptation mechanisms, with Reframing and Social Support seeking emerging as the predominant coping strategies. Conversely, Spiritual Support recorded the lowest scores. A statistically significant gender differentiation was observed ($p = 0.004$), with female caregivers bearing a greater burden and resorting more frequently to Passive Coping strategies, as well as Mobilizing Family to accept help ($p=0,033$). Additionally, marital status and any other potential relation to the patient significantly influenced spiritual support ($p=0,042$). Finally, clinical parameters (type of surgery, complications) were not found to significantly influence the caregivers' choice of coping mechanisms.

Conclusions: Post-operative home care is perceived as an acute crisis irrespective of the clinical severity of the operation. It is deemed necessary for nursing personnel to implement pre-discharge readiness screenings, with a specific focus on high-risk female caregivers, alongside the design of structured psychoeducational interventions and personalized written instructions prior to patient discharge.

Keywords: Informal caregivers, post-operative care, coping strategies, F-COPES scale, nursing.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iv
ABSTRACT	vi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	ix
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	x
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εισαγωγή	1
1.1. Ορισμός και Εννοιολογικό Πλαίσιο της Άτυπης Φροντίδας	1
1.2. Η Σύγχρονη Χειρουργική Πραγματικότητα και η Μετεγχειρητική Φροντίδα	1
1.3. Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις και Στρατηγικές Αντιμετώπισης (Coping)	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Στόχος και σκοποί της εργασίας	4
2.1. Ερευνητικό ερώτημα PICO	5
2.2. Αιτιολόγηση / σκεπτικό της εργασίας	5
2.3. Αναστοχασμός	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	8
3.1. Το υπόβαθρο του θέματος	8
3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση	9
3.3. Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας	10
3.3.1. Επικρατούσες Στρατηγικές Αντιμετώπισης: Αναπλάσισή και Κοινωνική Υποστήριξη	9
3.3.2. Έμφυλες Διαφοροποιήσεις στη Διαχείριση της Φροντίδας	10
3.3.3. Η Επίδραση των Κλινικών Χαρακτηριστικών της Νόσου	11
3.4. Το ερευνητικό κενό	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Σχεδιασμός της Έρευνας	14
4.1. Επιστημολογία	14
4.2. Μεθοδολογία	15

4.3.	Δειγματοληπτική τεχνική	16
4.4.	Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος	14
4.4.1.	Περιγραφή του δείγματος	19
4.5.	Περιγραφή του χώρου	19
4.6.	Μέθοδος συλλογής των δεδομένων	20
4.7.	Ηθική της έρευνας	21
4.8.	Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αποτελέσματα της έρευνας		24
5.1.	Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών	24
5.2.	Ανάλυση ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	26
5.3.	Ανάλυση ως προς τα Χαρακτηριστικά της φροντίδα και της σχέσης με τον ασθενή	38
5.4.	Ανάλυση ως προς τα Κλινικά Χαρακτηριστικά του Ασθενούς	47
5.5.	Περίληψη των αποτελεσμάτων	53
5.6	Περίληψη των Ευρημάτων Επαγωγικής Στατιστικής	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Συζήτηση		57
6.1.	Συζήτηση των αποτελεσμάτων	57
6.2.	Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας	59
6.3.	Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συμπεράσματα		63
7.1.	Κύρια συμπεράσματα και προτάσεις	63
7.2.	Κλινικές και Πρακτικές Εφαρμογές για τη Νοσηλευτική	64
7.3.	Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		70

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Περιγραφικά στατιστικά των διαστάσεων της κλίμακας F-COPES (N=100)	25
Πίνακας 2: Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο	26
Πίνακας 3: Κατανομή δείγματος ως προς την ηλικιακή ομάδα	27
Πίνακας 4: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στις στρατηγικές αντιμετώπισης	29
Πίνακας 5: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης	30
Πίνακας 6: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης	32
Πίνακας 7: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση της σχέσης με τον ασθενή στις στρατηγικές αντιμετώπισης	33
Πίνακας 8: Έλεγχος t-test των διαστάσεων της F-COPES ως προς τη συγκατοίκηση με τον ασθενή	34
Πίνακας 9: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς τη συνολική διάρκεια φροντίδας	35
Πίνακας 10: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς την καθημερινή ενασχόληση με τη φροντίδα	36
Πίνακας 11: Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA) ως προς την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου	37
Πίνακας 12: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση του τύπου χειρουργικής επέμβασης στις στρατηγικές αντιμετώπισης	38
Πίνακας 13: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς τον χρόνο που έχει παρέλθει από το χειρουργείο	39
Πίνακας 14: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών	40
Πίνακας 15: Έλεγχος t-test των διαστάσεων της F-COPES ως προς τη συγκατοίκηση με τον ασθενή	41
Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ως προς τη συνολική διάρκεια φροντίδας	42
Πίνακας 17: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς τη συνολική διάρκεια φροντίδας	43
Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ως προς τις ώρες καθημερινής ενόχλησης	44

Πίνακας 19: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς την καθημερινή ενασχόληση με τη φροντίδα	45
Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου	46
Πίνακας 21: Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA) ως προς την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου στις στρατηγικές αντιμετώπισης	47
Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος προς τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης	48
Πίνακας 23: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση του τύπου χειρουργικής επέμβασης στις στρατηγικές αντιμετώπισης	49
Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ως προς το χρόνο που έχει παρέλθει από τη χειρουργική επέμβαση	50
Πίνακας 25: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς τον χρόνο που έχει παρέλθει από το χειρουργείο	51
Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών	52
Πίνακας 27: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών	53
Πίνακας 28: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των υποκλιμάκων της κλίμακας F-COPES (N=100)	54

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όσους συνέβαλαν, άμεσα ή έμμεσα, στην επιτυχή εκπόνησή της.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια, Ζωίτσα Κωνσταντή , για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, την πολύτιμη επιστημονική καθοδήγηση, τις καίριες υποδείξεις και την αμέριστη υποστήριξη που μου παρείχε σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας.

Επιπλέον, εκφράζω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη προς όλους τους άτυπους φροντιστές που συμμετείχαν στην έρευνα. Η προθυμία τους να μοιραστούν τις προσωπικές τους εμπειρίες και να αφιερώσουν τον πολύτιμο χρόνο τους, εν μέσω μιας δύσκολης μετεγχειρητικής περιόδου, ήταν καθοριστική για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Τέλος, ένα ξεχωριστό και βαθύ ευχαριστώ ανήκει στην οικογένειά μου και στους δικούς μου ανθρώπους, για την υπομονή, κυρίως τη μαμά μου, για την αδιάκοπη ενθάρρυνση και την ηθική συμπαράσταση που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εισαγωγή

1.1. Ορισμός και Εννοιολογικό Πλαίσιο της Άτυπης Φροντίδας

Η παροχή υγειονομικής φροντίδας χαρακτηρίζεται διαχρονικά ως μία εξαιρετικά σύνθετη διαδικασία, η οποία ξεπερνά τα όρια των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και των επαγγελματιών υγείας. Στο σύγχρονο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, το τεράστιο αυτό φορτίο επωμίζονται οι λεγόμενοι *άτυποι* ή *οικογενειακοί φροντιστές* (informal/family caregivers).

Ως άτυπος φροντιστής ορίζεται το άτομο που προέρχεται από το συγγενικό, φιλικό ή κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο αναλαμβάνει τη συναισθηματική αλλά και σωματική υποστήριξη του, χωρίς οικονομικές απολαβές ή/και χωρίς προηγούμενη σχετική επαγγελματική κατάρτιση (Eurocarers, 2023).

Η ανάληψη του ρόλου αυτού δεν αποτελεί απλώς μια σειρά από πρακτικές διευθετήσεις, αλλά μια βαθιά και πολυδιάστατη μετάβαση για τη ζωή του ατόμου. Οι άτυποι φροντιστές αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο της φροντίδας στο σπίτι, καθώς είναι αυτοί οι οποίοι εξασφαλίζουν τη συνέχεια της θεραπευτικής διαδικασίας, μειώνοντας παράλληλα το κόστος για τα εθνικά συστήματα υγείας. Ωστόσο, η προσφορά αυτή συνοδεύεται από σοβαρό προσωπικό τίμημα για τους ίδιους, επηρεάζοντας την επαγγελματική, κοινωνική και προσωπική ζωή του φροντιστή.

1.2. Η Σύγχρονη Χειρουργική Πραγματικότητα και η Μετεγχειρητική Φροντίδα

Διαχρονικά, κατά την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, η φροντίδα και η παρακολούθηση της πορείας της ανάρρωσης του αποτελούσε αποκλειστική ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού. Εντούτοις, τα δεδομένα αυτά έχουν ανατραπεί ριζικά στη σύγχρονη χειρουργική πραγματικότητα. Η εισαγωγή πρωτοκόλλων όπως η Ταχεία Ανάρρωση μετά από Χειρουργική Επέμβαση (ERAS) και η κυριαρχία της πολιτικής της σύντομης νοσηλείας (fast-track surgery) έχουν μειώσει πια δραματικά τον χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο (Sánchez-Iglesias et al., 2022).

Η πρακτική αυτή, παρόλο που αποδεικνύεται κλινικά επωφελής για τον ασθενή, μεταφέρει άμεσα το βάρος της μετεγχειρητικής παρακολούθησης στο σπίτι. Ο άτυπος

φροντιστής καλείται σε ανύποπτο χρόνο να ανταπεξέλθει σε εξειδικευμένα καθήκοντα. Σε αυτά περιλαμβάνονται η διαχείριση της σύνθετης φαρμακευτικής και αναλγητικής αγωγής, η φροντίδα και η παρακολούθηση των χειρουργικών τραυμάτων, καθώς και κάθε είδους υποστήριξη, από την κινητοποίηση μέχρι τη σίτιση του ασθενούς. Επιπλέον, κρίσιμη είναι η έγκαιρη αναγνώριση πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Η μετεγχειρητική περίοδος διαφοροποιείται από τις χρόνιες νόσους, καθώς αποτελεί μια οξεία υγειονομική κρίση. Ο φροντιστής, στους γρήγορους ρυθμούς της σύγχρονης πραγματικότητας δεν διαθέτει τον χρόνο να προσαρμοστεί ομαλά και συστηματικά κατά τη διάρκεια των εξελίξεων, αλλά καλείται απροσδόκητα να λειτουργήσει άμεσα υπό καθεστώς χρονικής πίεσης και συναισθηματικής φόρτισης (Chen et al., 2023).

1.3. Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις και Στρατηγικές Αντιμετώπισης (Coping)

Η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή κατά τη μετεγχειρητική φάση προκαλεί μια σειρά από ψυχοκοινωνικές ανακατατάξεις. Το αίσθημα της ευθύνης για την υγεία ενός αγαπημένου προσώπου σε συνδυασμό με την άγνοια λόγω απουσίας νοσηλευτικής εκπαίδευσης, έχει ως αποτέλεσμα υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και σωματικής εξουθένωσης (caregiver burnout· Wang et al., 2023).

Προκειμένου να ανταπεξέλθουν σε αυτή την εσωτερική και εξωτερική πίεση, οι φροντιστές επιστρατεύουν διαφορετικούς μηχανισμούς προσαρμογής και στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies). Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984), οι στρατηγικές αυτές χωρίζονται σε αυτές που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα (Problem-focused) και όσες είναι εστιασμένες στο συναίσθημα (Emotion-focused). Οι στρατηγικές οι οποίες εστιάζουν στο πρόβλημα εστιάζουν σε ενεργητικές προσπάθειες για την επίλυση ή τη βελτίωση της κατάστασης, όπως για παράδειγμα η αναζήτηση πληροφοριών στις διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης και ο γνωστικός επανασχεδιασμός.

Οι προαναφερθείσες στρατηγικές δεν εμφανίζουν την ίδια αποτελεσματικότητα σε όλες τις περιπτώσεις. Κυρίως παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία και η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου επηρεάζουν καθοριστικά την επιλογή των μηχανισμών αντιμετώπισης από το άτομο (Liu & Gallagher, 2023). Η κατανόηση αυτών των

μηχανισμών μέσω εξειδικευμένων εργαλείων, όπως η κλίμακα F-COPES, κρίνεται σημαντική για τους εργαζόμενους στο υγειονομικό σύστημα, προκειμένου να διαμορφωθούν εξειδικευμένα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης και συμβουλευτικής πριν από το εξιτήριο του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Στόχος και σκοποί της εργασίας

Βασικός στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping strategies) που υιοθετούν οι άτυποι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών για τη διαχείριση της περιόδου ανάρρωσης, καθώς και η μελέτη της επίδρασης κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων στην επιλογή αυτών των στρατηγικών. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, τέθηκαν ορισμένοι επιμέρους σκοποί, όπως αρχικά η αξιολόγηση των κυρίαρχων μηχανισμών προσαρμογής του δείγματος μέσω της σταθμισμένης κλίμακας F-COPES και, στη συνέχεια, η διερεύνηση του ρόλου των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του άτυπου φροντιστή (όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, καθώς και το μορφωτικό επίπεδο) στη διαφοροποίηση των στρατηγικών προσαρμογής. Επιπλέον, η μελέτη επιδιώκει τη διερεύνηση της πιθανής επίδρασης παραμέτρων που σχετίζονται αμιγώς με τη φροντίδα, όπως για παράδειγμα η χρονική διάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας, η καθημερινή ενασχόληση με τον ασθενή, η συγκατοίκηση με αυτόν και η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ενώ, τέλος, εστιάζει στην αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του είδους της χειρουργικής επέμβασης στην οποία υποβλήθηκε ο ασθενής και των μηχανισμών που ενεργοποιούνται και υιοθετούνται από τον φροντιστή κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μελέτη εξειδικεύει την ερευνητική της προσέγγιση στους ακόλουθους άξονες: Πρώτα-πρώτα, στην αποτύπωση του βαθμού επιβάρυνσης που βιώνει η ελληνική οικογένεια κατά την αιφνίδια μετάβαση ενός ασθενούς στο σπίτι για την ανάρρωσή του. Δεύτερον, στην ανάδειξη των πιθανών ελλειμμάτων υποστήριξης από τις επίσημες δομές υγείας. Τρίτον, στη χαρτογράφηση των προστατευτικών μέτρων τα οποία μπορούν πιθανώς να ενισχύσουν την ψυχική ανθεκτικότητα των φροντιστών ενώ γενικότερα, η εργασία φιλοδοξεί να αποτελέσει ένα έγκυρο κλινικό έναυσμα για τη δημιουργία στοχευμένων πρωτοκόλλων νοσηλευτικής συμβουλευτικής. Με την ολοκληρωμένη αυτή καταγραφή, επιδιώκεται η γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της νοσοκομειακής αντιμετώπισης και της μετεγχειρητικής οικιακής φροντίδας, προσφέροντας εφαρμόσιμες προτάσεις για την ολιστική υποστήριξη του οικογενειακού συστήματος.

2.1.Ερευνητικό ερώτημα βάσει PICO

Για τη δόμηση του ερευνητικού ερωτήματος της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε η τεχνική PICO, η οποία προσαρμόστηκε στα δεδομένα μιας μη πειραματικής, συγχρονικής έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, τον Πληθυσμό (P, Population) αποτέλεσαν οι άτυποι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών, ως Παρέμβαση (I, Intervention) ορίστηκε η ανάληψη του ρόλου της άτυπης φροντίδας και η διαχείριση της μετεγχειρητικής περιόδου του ασθενούς, ως Σύγκριση (C, Comparison) ορίστηκαν οι επιμέρους διαφοροποιήσεις βάσει των κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος (π.χ. σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων, των ηλικιακών ομάδων, της ύπαρξης ή μη υποστηρικτικού δικτύου κ.λπ.) και ως Έκβαση-Αποτέλεσμα (O, Outcome) το είδος και ο βαθμός κινητοποίησης των στρατηγικών αντιμετώπισης και προσαρμογής (coping strategies), όπως αυτά αξιολογούνται μέσω της κλίμακας F-COPES. Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, το βασικό ερευνητικό ερώτημα που καλείται να απαντήσει η μελέτη διαμορφώνεται ως εξής: «Ποιες είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούν οι άτυποι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών για τη διαχείριση της περιόδου ανάρρωσης, και πως αυτές διαφοροποιούνται συγκριτικά με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τις παραμέτρους της παρεχόμενης φροντίδας;»

2.2.Συγχρονική Διάσταση

Η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης προκύπτει λόγω των ραγδαίων μεταβολών που παρατηρούνται στο σύστημα υγείας στις μέρες μας και στην τρέχουσα οργάνωση της χειρουργικής φροντίδας. Η ταχεία ανάρρωση των μετεγχειρητικών ασθενών οφείλεται στην εφαρμογή πρωτοκόλλων ενώ η πίεση για μείωση του χρόνου νοσηλείας έχουν μετατοπίσει το κέντρο βάρους της μετεγχειρητικής περιόδου αποκατάστασης από το νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου υπήρχε συντονισμένη επίβλεψη από το υγειονομικό προσωπικό στο περιβάλλον της οικίας του ασθενούς, στο οποίο αναλαμβάνουν πια την φροντίδα οι οικογενειακοί φροντιστές (Sánchez-Iglesias et al., 2022; Chua et al., 2022). Αυτή η μετάβαση τονίζει τον ρόλο του άτυπου φροντιστή και τον καθιστά κεντρικό, πλην όμως συχνά “αόρατο”, πυλώνα του συστήματος υγείας.

Παρά την βασική τους θέση, οι άτυποι φροντιστές αντιμετωπίζουν συχνά σύνθετα προβλήματα και αναλαμβάνουν ευρεία γκάμα καθηκόντων, από τη διαχείριση και ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου, τη περιποίηση τραυμάτων μέχρι την ψυχολογική

υποστήριξη, χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση ή οποιαδήποτε προετοιμασία. Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η ανάληψη αυτού του ρόλου κάτω από συνθήκες οξείας κρίσης, όπως αποτελεί η χειρουργική επέμβαση, οδηγεί αύξηση των επιπέδων στρες, γεγονός το οποίο μπορεί να επιδράσει αρνητικά τόσο την υγεία του ίδιου του φροντιστή όσο και την έκβαση της ανάρρωσης του ασθενούς (Saini et al., 2024; Wang et al., 2023).

Ενώ η διεθνής έρευνα έχει μελετήσει εκτενώς την επιβάρυνση των φροντιστών σε χρόνιες καταστάσεις, όπως η άνοια ή ο καρκίνος, υπάρχει συγκριτικά περιορισμένη βιβλιογραφική κάλυψη για τους φροντιστές ασθενών που αναρρώνουν από γενικές χειρουργικές επεμβάσεις στο σπίτι. Το σκεπτικό της παρούσας εργασίας έγκειται στην παραδοχή ότι η κατανόηση των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping strategies) που επιστρατεύουν οι φροντιστές είναι καθοριστικής σημασίας. Σύμφωνα με τη θεμελιώδη θεωρητική προσέγγιση των Lazarus και Folkman (1984), η οποία επιβεβαιώνεται και από σύγχρονες έρευνες στη νοσηλευτική (Sulek et al., 2023), η επιτυχής προσαρμογή εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί την απειλή και κινητοποιεί τους διαθέσιμους γνωστικούς και συμπεριφορικούς πόρους του.

Επομένως, η διερεύνηση των μηχανισμών αυτών μέσω της κλίμακας F-COPES θα επιτρέψει τον εντοπισμό των ομάδων που κινδυνεύουν περισσότερο από ψυχολογική κατάρρευση. Τα αποτελέσματα της μελέτης φιλοδοξούν να προσφέρουν δεδομένα για τον σχεδιασμό στοχευμένων υποστηρικτικών παρεμβάσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενισχύοντας την ετοιμότητα της οικογένειας πριν από το εξιτήριο και διασφαλίζοντας την ομαλή συνέχεια της φροντίδας.

2.3.Αναστοχασμός

Η επιλογή του συγκεκριμένου ερευνητικού θέματος πηγάζει από έναν συνδυασμό προσωπικών και ακαδημαϊκών ερεθισμάτων. Έχοντας βιώσει τη χειρουργική εμπειρία τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και ως φροντιστής σε αντίστοιχες περιπέτειες υγείας στενών συγγενικών μου προσώπων, είχα την ευκαιρία να αντιληφθώ βιωματικά την απότομη μετάβαση από την ασφάλεια του νοσοκομείου στην αβεβαιότητα του σπιτιού. Παρατήρησα άμεσα το έντονο ψυχικό φορτίο, την αγωνία και το αίσθημα αδυναμίας που κατακλύζει τους οικείους μας, όταν καλούνται ξαφνικά να διαχειριστούν εξειδικευμένες μετεγχειρητικές ανάγκες χωρίς συστηματική καθοδήγηση.

Οι προσωπικές αυτές εμπειρίες λειτούργησαν ως καταλύτης κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής μου εκπαίδευσης. Συνειδητοποίησα ότι ως υγειονομικοί συχνά εστιάζουμε αποκλειστικά στην κλινική ετοιμότητα του ασθενούς, παραβλέποντας ότι στο σπίτι υπάρχει ένας «αόρατος» συνεργάτης που επωμίζεται ένα τεράστιο βάρος χωρίς καμία προετοιμασία. Αυτό το βιωματικό και γνωστικό κενό στη μετανοσοκομειακή συνέχεια της φροντίδας με κινητοποίησε να διερευνήσω επιστημονικά τις στρατηγικές που επιστρατεύουν αυτοί οι άνθρωποι για να ανταπεξέλθουν ψυχολογικά. Μέσα από την παρούσα εργασία, επιθυμώ να αναδείξω τις πραγματικές ανάγκες των άτυπων φροντιστών και να εξελίξω τη μελλοντική μου νοσηλευτική προσέγγιση, ενσωματώνοντας την ολιστική υποστήριξη της οικογένειας ως αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδιασμού εξιτηρίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1. Το υπόβαθρο του θέματος

Η έννοια της άτυπης φροντίδας (informal care) αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς, παρότι συχνά υποτιμημένους πυλώνες των σύγχρονων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Ως άτυπος φροντιστής ορίζεται συνήθως το μέλος της οικογένειας, ο φίλος ή ο γείτονας, ο οποίος παρέχει μη αμειβόμενη συνεχή ή περιστασιακή φροντίδα σε άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας, αναπηρία ή βρίσκεται σε κατάσταση ανάρρωσης (Eurocarers, 2023). Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2024), οι άτυποι φροντιστές παρέχουν πάνω από το 80% της συνολικής μακροχρόνιας και κατ' οίκον φροντίδας παγκοσμίως, αναπληρώνοντας ουσιαστικά τα κενά των επίσημων δομών υγείας.

Η υφιστάμενη βιβλιογραφία έχει επικεντρωθεί κατά κύριο λόγο στους φροντιστές ατόμων με χρόνιες ή εκφυλιστικές παθήσεις, όπως οι καρδιαγγειακές νόσοι, η άνοια και ο καρκίνος (García-Calvente et al., 2022). Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια σημειώνεται ραγδαία αλλαγή στο πεδίο της χειρουργικής περίθαλψης, η οποία προσελκύει το ενδιαφέρον για νέες μελέτες σχετικά με τους άτυπους φροντιστές και το μετεγχειρητικό πλαίσιο. Η διαχείριση των ασθενών υφίσταται δραστικές μεταβολές με την εφαρμογή πρωτοκόλλων Ταχείας Ανάρρωσης μετά από Χειρουργική Επέμβαση (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS), σε συνδυασμό με τις οικονομικές πιέσεις των συστημάτων υγείας για μείωση των ημερών νοσηλείας (Li et al., 2023).

Η πολιτική της σύντομης νοσηλείας (fast-track surgery) έχει αναμφισβήτητα οφέλη για τον ασθενή, όπως η ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων μετάδοσης ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων αλλά και η ταχύτερη κινητοποίησή του (Papadopoulos & Karagianni, 2024). Παρ' όλα αυτά, η άμεση έκβαση αυτής της πρακτικής είναι η μεταφορά μιας εξαιρετικά απαιτητικής και εξειδικευμένης φροντίδας στο περιβάλλον του σπιτιού. Οι άτυποι φροντιστές καλούνται μέσα σε λίγα εικοσιτετράωρα και συχνά χωρίς επαρκή προειδοποίηση ή ψυχολογική προετοιμασία να αναλάβουν σύνθετα ιατρικά και νοσηλευτικά καθήκοντα. Αυτά περιλαμβάνουν τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, την περιποίηση των τραυμάτων, την παρακολούθηση της κλινικής εξέλιξης για τη πρόληψη τυχόν επιπλοκών καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς (Thompson et al., 2025).

Σε αντίθεση με τις χρόνιες νόσους, κατά την εξέλιξη της οποίας ο φροντιστής συνήθως διαθέτει τον χρόνο να προσαρμοστεί σταδιακά στην επιδείνωση της κατάστασης και στις προοδευτικά αυξημένες ανάγκες του ασθενούς, η μετεγχειρητική φροντίδα αποτελεί μια οξεία κρίση που απαιτεί άμεση ανταπόκριση από τον φροντιστή. Συχνά, η ανάληψη του ρόλου αυτού γίνεται αιφνίδια, χωρίς προηγούμενη προειδοποίηση ή εκπαίδευση από τους επαγγελματίες υγείας πριν το εξιτήριο. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κατακόρυφη αύξηση του άγχους, τη σωματική και ψυχική εξουθένωση (burnout), καθώς και ένα διάχυτο αίσθημα αβεβαιότητας και ανασφάλειας (Chen et al., 2023). Υπό αυτές τις συνθήκες, η έρευνα η οποία αφορά τους μηχανισμούς προσαρμογής και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) τις οποίες συχνά επιστρατεύουν οι φροντιστές κρίνεται εξαιρετικά υψηλής σημασίας, τόσο για τη ψυχική υγεία των ίδιων όσο και για την ομαλή ανάρρωση του ασθενούς σε μετεγχειρητικό στάδιο.

3.2.Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων και την εκπόνηση του παρόντος θεωρητικού πλαισίου, πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση πληροφοριών στην σύγχρονη βιβλιογραφία. Κύριος σκοπός ήταν η συγκέντρωση, αξιολόγηση και σύνδεση των διαθέσιμων επιστημονικών δεδομένων γύρω από την άτυπη φροντίδα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης στη μετεγχειρητική περίοδο.

Η αναζήτηση των επιστημονικών άρθρων διεξήχθη σε διεθνώς αναγνωρισμένες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων επιστημών υγείας, πιο συγκεκριμένα στις PubMed, Scopus και Google Scholar.

Για τη συλλογή της σχετικής αρθρογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες λέξεις-κλειδιά, τόσο μεμονωμένα όσο και συνδυαστικά μεταξύ τους μέσω των λογικών τελεστών (Boolean operators) AND και OR. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στα αγγλικά με τους ακόλουθους συνδυασμούς λέξεων και φράσεων "informal caregivers" OR "family caregivers", "postoperative care" OR "surgery recovery", "coping strategies", "F-COPES", "psychological burden", "gender differences". Καθώς επίσης και στην ελληνική γλώσσα με τις μεταφράσεις των προηγούμενων εκφάνσεων δηλαδή, "άτυποι φροντιστές" Ή "οικογενειακοί φροντιστές", "μετεγχειρητική φροντίδα", "στρατηγικές αντιμετώπισης" Ή "μηχανισμοί προσαρμογής". Με σκοπό τη διασφάλιση της συνάφειας του υλικού, εφαρμόστηκαν αυστηρά κριτήρια ένταξης (inclusion criteria). Πιο αναλυτικά, επιλέχθηκαν

πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες και συστηματικές ανασκοπήσεις δημοσιευμένες σε επιστημονικά περιοδικά με σύστημα κριτών (peer-reviewed). Επιπλέον, προστέθηκε φίλτρο ώστε τα άρθρα να έχουν δημοσιευτεί κατά την τελευταία δεκαετία, με ιδιαίτερη έμφαση στην πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, διασφαλίζοντας έτσι ότι τα δεδομένα να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες υγειονομικές συνθήκες. Οι μελέτες που επιλέχθηκαν ήταν γραμμένες είτε στην αγγλική είτε στην ελληνική γλώσσα, ενώ αφορούσαν αποκλειστικά άτυπους φροντιστές ενήλικων ασθενών.

Στον αντίποδα, θεσπίστηκαν και συγκεκριμένα κριτήρια αποκλεισμού (exclusion criteria). Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν άρθρα τα οποία αναφέρονταν σε παιδιατρικούς ασθενείς, έρευνες οι οποίες επικεντρώνονται σε χρόνιες παθήσεις χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια χειρουργική επέμβαση, καθώς και άρθρα από γκριζα βιβλιογραφία ή μη ακαδημαϊκές πηγές, προκειμένου να διατηρηθεί η επιστημονική εγκυρότητα της μελέτης.

3.3.Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Η διερεύνηση των μηχανισμών που επιστρατεύουν οι άτυποι φροντιστές προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις νέες συνθήκες και στην πίεση που προκαλεί ο απαιτητικός τους ρόλος συγκεντρώνει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον. Μέσα από την κριτική ανασκόπηση των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων, αναδεικνύεται μια σειρά από συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία σχετίζονται τόσο με το είδος των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping) όσο και με τους ποικίλους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

3.3.1.Επικρατούσες Στρατηγικές Αντιμετώπισης: Αναπλασίωση και Κοινωνική Υποστήριξη

Η διεθνής βιβλιογραφία συγκλίνει στο ότι οι φροντιστές που έρχονται αντιμέτωποι με οξεία υγειονομικά περιστατικά, όπως η μετεγχειρητική περίοδος, τείνουν να βασίζονται σε ενεργητικές, εστιασμένες στρατηγικές στο πρόβλημα ή στο συναίσθημα. Με μια πιο κοντινή ματιά, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (social support) και η αναπλαισίωση (reframing) αναφέρονται ως οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι μηχανισμοί (AL-Rawashdeh et al., 2021; Mitchell et al., 2023).

Σύμφωνα με τους Taylor και Smith (2024), η ικανότητα του φροντιστή να αναδιαμορφώνει τη στρεσογόνο κατάσταση με έναν πιο θετικό τρόπο (αναπλαισίωση)

αποτελεί τον ισχυρότερο προστατευτικό παράγοντα ενάντια στην εμφάνιση κατάθλιψης. Αντίστοιχα, η προσφυγή στο ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο (συγγενείς, φίλοι, κοινότητα) ισοσταθμίζει το άγχος, δίνοντας την ευκαιρία στον φροντιστή να μοιράζεται το πρακτικό και συναισθηματικό βάρος (Kim & Schulz, 2022).

Από την άλλη πλευρά, η αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης καταγράφει καθοδική πορεία στη σύγχρονη δυτική βιβλιογραφία, κυρίως στους νεότερους σε ηλικία φροντιστές, οι οποίοι φαίνεται να στρέφονται προς πιο πρακτικές και ρεαλιστικές μορφές διαχείρισης της κρίσης (Martinez et al., 2023).

3.3.2. Έμφυλες Διαφοροποιήσεις στη Διαχείριση της Φροντίδας

Το φύλο του φροντιστή αποτελεί μία από τις πιο σταθερές δημογραφικές μεταβλητές διαφοροποίησης στη βιβλιογραφία. Οι σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι γυναίκες όχι μόνο αναλαμβάνουν συχνότερα τον ρόλο του φροντιστή, αλλά βιώνουν και υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής επιβάρυνσης (caregiver burden) συγκριτικά με τους άντρες (Zuniga et al., 2022).

Αυτή η αυξημένη συναισθηματική πίεση έχει εμφανή αντίκτυπο και στο είδος των στρατηγικών που επιστρατεύουν. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη ποικιλομορφία στην ανάπτυξη μηχανισμών Coping. Από τη μια μεριά, κινητοποιούν εντονότερα το οικογενειακό περιβάλλον για την αποδοχή βοήθειας, γεγονός που απορρέει από τους κοινωνικά εγγεγραμμένους ρόλους που τις θέλουν να διαχειρίζονται τους οικογενειακούς δεσμούς (Liu & Gallagher, 2023). Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, καταφεύγουν συχνότερα σε στρατηγικές παθητικής αντιμετώπισης (passive coping) ή αποφυγής, ως μηχανισμό άμυνας για την αποσυμφόρησή τους από το υπερβολικό συναισθηματικό φορτίο (Ahrens et al., 2024).

3.3.3. Η Επίδραση των Κλινικών Χαρακτηριστικών της Νόσου

Η αντικειμενική σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς και το κατά πόσο επηρεάζει τις στρατηγικές προσαρμογής του φροντιστή αποτελεί ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα στη βιβλιογραφία. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι κλινικοί παράγοντες, όπως η εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών ή η πολυπλοκότητα του χειρουργείου, αυξάνουν κατακόρυφα το άγχος αναγκάζοντας τον φροντιστή να τροποποιεί ριζικά τον τρόπο αντιμετώπισης (Wong et al., 2021).

Ωστόσο, νεότερες έρευνες αναδεικνύουν μια διαφορετική προσέγγιση όπου οι μηχανισμοί προσαρμογής των φροντιστών εξακολουθούν να μένουν σχετικά σταθεροί και δεν φαίνεται να εξαρτώνται άμεσα από την αντικειμενική κλινική εικόνα ή τον χρόνο που έχει παρέλθει από την επέμβαση (Pecoraro et al., 2023; Santos & Ribeiro, 2024). Η συλλογιστική αυτή, η οποία βασίζεται στη θεωρία των Lazarus και Folkman, υποστηρίζει ότι η υποκειμενική γνωστική εκτίμηση (cognitive appraisal) του γεγονότος από τον ίδιο το φροντιστή είναι αυτή που διαμορφώνει τη συμπεριφορά του και όχι η ίδια η σοβαρότητα της νόσου. Με άλλα λόγια, η ανάληψη της φροντίδας βιώνεται ως κρίση εξ ορισμού, ανεξάρτητα από το αν το χειρουργείο ήταν μικρής ή μεγάλης βαρύτητας.

3.4. Το ερευνητικό κενό

Παρά το γεγονός ότι η παραγωγή επιστημονικών μελετών σχετικά με την επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών είναι εκτενής, η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει ένα σαφές και σημαντικό ερευνητικό κενό.

Το μεγαλύτερο μέρος της ήδη υπάρχουσας έρευνας αφορά σχεδόν αποκλειστικά χρόνιες και προοδευτικά επιδεινούμενες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα, τη νόσο Alzheimer, τον καρκίνο ή τις νευροεκφυλιστικές παθήσεις. Αντίθετα, η περίοδος μετά ένα χειρουργείο, η οποία συνιστά μια οξεία, αιφνίδια και χρονικά περιορισμένη κρίση, παραμένει παραγνωρισμένη και ανεπαρκώς μελετημένη (Adler et al., 2024). Η έλλειψη αυτή είναι ακόμη πιο έντονη όσον αφορά τους ασθενείς που υποβάλλονται σε γενικές χειρουργικές επεμβάσεις και παίρνουν γρήγορα εξιτήριο, καθώς η πλειονότητα των ελάχιστων μετεγχειρητικών μελετών περιορίζεται σε εξειδικευμένους πληθυσμούς, όπως οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση ή οι καρδιοχειρουργικοί ασθενείς (Grant & Morris, 2025).

Επιπλέον, εντοπίζεται ένα σημαντικό μεθοδολογικό κενό στη χρήση σταθμισμένων εργαλείων. Ενώ τα περισσότερα ερωτηματολόγια εστιάζουν αποκλειστικά στη μέτρηση της αρνητικής επιβάρυνσης (caregiver burden), όπως η κλίμακα Zarit, υπάρχει σαφές έλλειμμα στη διερεύνηση των θετικών μηχανισμών προσαρμογής και των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping) μέσω πολυδιάστατων εργαλείων, όπως η κλίμακα F-COPES στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Τέλος, στη διεθνή αλλά και στην ελληνική βιβλιογραφία, οι απόψεις παραμένουν διχασμένες σχετικά με το αν οι κλινικές παράμετροι (όπως το είδος του χειρουργείου ή οι

επιπλοκές) επηρεάζουν τελικά τη συμπεριφορά του φροντιστή ή αν η προσαρμογή του είναι καθαρά ζήτημα υποκειμενικής αντίληψης. Η παρούσα μελέτη έρχεται να καλύψει αυτό ακριβώς το κενό, προσφέροντας νέα δεδομένα για τον τρόπο με τον οποίο οι άτυποι φροντιστές επιστρατεύουν τους εσωτερικούς και εξωτερικούς τους πόρους κατά την οξεία φάση της μετεγχειρητικής ανάρρωσης στο σπίτι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1.Επιστημολογία

Στο πλαίσιο του σχεδιασμού και της υλοποίησης της παρούσας ερευνητικής μελέτης, κρίνεται αναγκαίος ο σαφής προσδιορισμός της επιστημολογικής θέσης που καθοδηγεί και ενημερώνει τη διαδικασία παραγωγής της γνώσης. Η επιστημολογία, ως κλάδος της φιλοσοφίας, εξετάζει τη φύση, τις πηγές και τα όρια της γνώσης, καθορίζοντας τον τρόπο με τον οποίο ο ερευνητής προσεγγίζει και ερμηνεύει την πραγματικότητα (Polit & Beck, 2021). Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, υιοθετείται με απόλυτη συνέπεια η επιστημολογική θέση του θετικισμού (positivism).

Ο θετικισμός αποτελεί την παραδοσιακή και θεμελιώδη φιλοσοφική προσέγγιση που υποστηρίζει τη συντριπτική πλειονότητα των ποσοτικών μελετών στις επιστήμες υγείας και, κατ' επέκταση, στη σύγχρονη νοσηλευτική επιστήμη (Rutberg & Bouikidis, 2018). Κεντρική και απαραβίαστη αρχή της θετικιστικής προσέγγισης είναι η παραδοχή ότι η πραγματικότητα είναι αντικειμενική, εξωτερική, απτή και, το κυριότερο, εντελώς ανεξάρτητη από τις υποκειμενικές αντιλήψεις, τις προσδοκίες, τις αξίες ή τα συναισθήματα του ερευνητή. Σύμφωνα με αυτό το πρίσμα, ο κόσμος διέπεται από σταθερούς νόμους αιτιότητας, και η έγκυρη επιστημονική παρατήρηση απαιτεί την αυστηρή μέτρηση και τη συλλογή δεδομένων που επιδέχονται ποσοτικοποίηση (Creswell & Creswell, 2023).

Η επιλογή του θετικισμού ως καθοδηγητικό πλαισίου για τη συγκεκριμένη μελέτη κρίνεται ως η πλέον κατάλληλη και επιστημονικά τεκμηριωμένη. Πρωταρχικός στόχος της έρευνας δεν είναι η υποκειμενική ερμηνεία μεμονωμένων ανθρώπινων εμπειριών, αλλά η αντικειμενική, αξιόπιστη και γενικεύσιμη αποτύπωση μιας υφιστάμενης κατάστασης και των στρατηγικών αντιμετώπισης που επιστρατεύουν οι άτυποι φροντιστές. Μέσω της χρήσης ενός δομημένου και σταθμισμένου ψυχομετρικού εργαλείου, οι αφηρημένες ψυχολογικές έννοιες και οι μηχανισμοί προσαρμογής μετατρέπονται σε συγκεκριμένα, μετρήσιμα ποσοτικά δεδομένα.

Αυτή η ποσοτικοποίηση επιτρέπει τη διεξαγωγή αντικειμενικών στατιστικών αναλύσεων, διασφαλίζοντας την απαραίτητη απόσταση μεταξύ ερευνητή και του

αντικειμένου μελέτης, ελαχιστοποιώντας έτσι τον κίνδυνο μεροληψίας και υποκειμενικών αυθαιρεσιών κατά την εξαγωγή των συμπερασμάτων (Bloomfield & Fisher, 2019).

4.2.Μεθοδολογία

Για την εκπλήρωση των ερευνητικών σκοπών και την απάντηση του κεντρικού ερωτήματος, η παρούσα μελέτη ακολουθεί την ποσοτική μεθοδολογία και, ειδικότερα, προκρίνει έναν μη-πειραματικό, περιγραφικό και συσχετιστικό σχεδιασμό συγχρονικής μελέτης (non-experimental, descriptive and correlational cross-sectional design). Ο σχεδιασμός αυτός επιλέχθηκε με βάση τη φύση του ερευνητικού προβλήματος και τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού-στόχου.

Η συγχρονική μελέτη (cross-sectional) επιτρέπει την ταυτόχρονη καταγραφή, μέτρηση και αξιολόγηση των χαρακτηριστικών του πληθυσμού των άτυπων φροντιστών, καθώς και τη διερεύνηση των πιθανών στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών (δημογραφικά και κλινικά στοιχεία) και της εξαρτώμενης μεταβλητής (στρατηγικές αντιμετώπισης F-COPES) σε μια συγκεκριμένη, δεδομένη χρονική στιγμή (Wang & Cheng, 2020) .

Στο στάδιο του μεθοδολογικού σχεδιασμού εξετάστηκαν και αποκλείστηκαν εναλλακτικές προσεγγίσεις, καθώς κρίθηκαν ακατάλληλες για την επίτευξη των συγκεκριμένων στόχων. Η ποιοτική μεθοδολογία (όπως η φαινομενολογία ή η θεμελιωμένη θεωρία) απορρίφθηκε, διότι ο σκοπός της παρούσας εργασίας δεν εστιάζει στην εις βάθος, υποκειμενική και ιδιογραφική ανάδειξη των βιωμάτων ενός μικρού αριθμού φροντιστών μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων. Αντίθετα, επιδιώκεται η ανίχνευση ευρύτερων τάσεων, η μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης συγκεκριμένων στρατηγικών coping και η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Η πειραματική μεθοδολογία αποκλείστηκε ομοίως, καθώς ο παρών σχεδιασμός δεν περιλαμβάνει τον έλεγχο ή τη χειραγώγηση μεταβλητών, ούτε την εφαρμογή κάποιας κλινικής, συμβουλευτικής ή ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε πειραματική ομάδα με παράλληλη ύπαρξη ομάδας ελέγχου.

Συνεπώς, ο μη-πειραματικός συσχετιστικός σχεδιασμός αποτελεί την ιδανική μεθοδολογική οδό, καθώς επιτρέπει την αποτύπωση της φυσικής κατάστασης των πραγμάτων και τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη μετεγχειρητική φροντίδα, προσφέροντας ισχυρά και αντικειμενικά τεκμήρια (Polit & Beck, 2021).

4.3.Δειγματοληπτική τεχνική

Η προσέγγιση του πληθυσμού-στόχου πραγματοποιήθηκε με τη χρήση μη πιθανοθεωρητικής δειγματοληψίας ευκολίας (non-probability convenience sampling). Η συγκεκριμένη τεχνική επιλέχθηκε ως η πλέον ρεαλιστική και αποτελεσματική, καθώς επιτρέπει την ταχεία, άμεση και οικονομικά βιώσιμη συλλογή δεδομένων από άτομα που πληρούν τα κριτήρια ένταξης, είναι εύκολα προσβάσιμα και εκδηλώνουν εθελοντικά την πρόθεση τους να συμμετάσχουν στην έρευνα (Stratton, 2021). Η χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις νοσηλευτικές διπλωματικές εργασίες, καθώς επιτρέπει τη συγκέντρωση ενός ικανοποιητικού και στατιστικά αξιοποιήσιμου όγκου δεδομένων μέσα στα αυστηρά και περιορισμένα χρονικά πλαίσια εκπόνησης της μελέτης.

Κατά τον σχεδιασμό της μελέτης εξετάστηκαν εναλλακτικές πιθανοθεωρητικές μέθοδοι, με κυριότερη την απλή τυχαία δειγματοληψία (simple random sampling), οι οποίες όμως απορρίφθηκαν για λόγους αντικειμενικής ανωτέρας βίας. Η εφαρμογή μιας τυχαιοποιημένης δειγματοληψίας προϋποθέτει την ύπαρξη ενός πλήρους, επικαιροποιημένου και επίσημου εθνικού μητρώου (sampling frame) του συνόλου των άτυπων φροντιστών μετεγχειρητικών ασθενών στην Ελλάδα.

Καθώς ένας τέτοιος κατάλογος δεν έχει συσταθεί στο ελληνικό σύστημα υγείας, δεδομένου ότι οι άτυποι φροντιστές δρουν ιδιωτικά στο σπίτι και δεν καταγράφονται επίσημα, η τυχαία επιλογή ήταν πρακτικά και μεθοδολογικά ανέφικτη. Παρά το γεγονός ότι η δειγματοληψία ευκολίας ενέχει τον κίνδυνο περιορισμού της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος, η λήψη μέτρων (όπως η στόχευση σε ποικίλα διαδικτυακά φόρουμ) βοήθησε στον μετριασμό αυτής της αδυναμίας, καθιστώντας τη μέθοδο τη μόνη βιώσιμη λύση (Sgier, 2012).

4.4.Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Προκειμένου να διασφαλιστεί η εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας, τέθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια επιλογής. Τα κριτήρια ένταξης περιλάμβαναν άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών, τα οποία έχουν αναλάβει τον ρόλο του άτυπου φροντιστή, χωρίς χρηματική αμοιβή ή άλλο προσωπικό όφελος, για ασθενή που βρισκόταν στο στάδιο ανάρρωσης μετά από χειρουργική επέμβαση. Επιπλέον, κριτήριο για την ένταξή τους στην έρευνα

αποτέλεσαν η επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας, τόσο στην ικανότητα ανάγνωσης όσο και γραφής, για την κατανόηση του ερωτηματολογίου. Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν και δήλωσαν εγγράφως τη συγκατάθεσή τους ώστε να πάρουν μέρος στην μελέτη, υπογράφοντας τη φόρμα ενημέρωσης συγκατάθεσης.

Από όσους πληρούσαν τα παραπάνω, θεσπίστηκαν τα ακόλουθα κριτήρια αποκλεισμού. Πρώτα-πρώτα αποκλείστηκαν οι φροντιστές ασθενών που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου, καθώς ο ψυχολογικός αντίκτυπος, δηλαδή οι μηχανισμοί άμυνας και τα στάδια πένθους, διαφοροποιούν σημαντικά τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Kozlov et al., 2018) . Έπειτα, άτομα τα οποία εργάζονται στον τομέα της υγείας και τυγχάνει να παρέχουν φροντίδα σε κάποιο συγγενή ή αγαπημένο πρόσωπο αποκλείστηκαν καθώς το επιστημονικό τους υπόβαθρο αλλοιώνει τον ορισμό του άτυπου, μη εκπαιδευμένου φροντιστή.

Η αυστηρή και σαφώς οριοθετημένη θέσπιση των κριτηρίων αποδοχής και αποκλεισμού αποτελεί θεμελιώδη λίθο της ποσοτικής μεθοδολογίας, καθώς επηρεάζει άμεσα την εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Η απόφαση να συμπεριληφθούν αποκλειστικά ενήλικες άνω των 18 ετών βασίζεται στην παραδοχή ότι η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή απαιτεί ένα επίπεδο συναισθηματικής και γνωστικής ωριμότητας καθώς και νομικής ανεξαρτησίας, ικανό να διαχειριστεί τις σύνθετες απαιτήσεις μιας χειρουργικής ανάρρωσης στο οικιακό περιβάλλον. Οι ανήλικοι φροντιστές (young caregivers) αποτελούν μια εντελώς διακριτή κατηγορία με διαφορετικούς ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς άμυνας, η οποία χρήζει ξεχωριστής ερευνητικής προσέγγισης.

Παράλληλα, ο περιορισμός του δείγματος σε άτυπους φροντιστές που δρουν χωρίς χρηματική αμοιβή είναι κομβικής σημασίας για τη διατήρηση της εννοιολογικής καθαρότητας της έρευνας. Οι επαγγελματίες φροντιστές ή οι έμμισθοι οικιακοί βοηθοί διέπονται από ένα πλαίσιο εργασιακών υποχρεώσεων, διαθέτουν επαγγελματική απόσταση από τον ασθενή και δεν βιώνουν την οξεία υγειονομική κρίση ως απειλή για το προσωπικό τους οικογενειακό σύστημα. Συνεπώς, η συμπερίληψή τους θα αλλοίωνε τα αποτελέσματα της κλίμακας F-COPES, η οποία έχει σχεδιαστεί ειδικά για τη μέτρηση των εσωτερικών και εξωτερικών πόρων του οικογενειακού πυρήνα υπό συνθήκες έντασης και άγχους.

Όσον αφορά τα κριτήρια αποκλεισμού, η συνειδητή εξαίρεση των φροντιστών ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο ανίατης νόσου (όπως προχωρημένος μεταστατικός καρκίνος ή τελικού σταδίου οργανική ανεπάρκεια) κρίθηκε απαραίτητη για τον έλεγχο των μεταβλητών. Στις περιπτώσεις αυτές, η χειρουργική επέμβαση έχει συνήθως παρηγορητικό χαρακτήρα και η μετεγχειρητική φροντίδα δεν βιώνεται ως μια προσωρινή, οξεία κρίση ανάρρωσης, αλλά ως η συνέχεια μιας χρόνιας, φθίνουσας πορείας προς το τέλος της ζωής. Οι φροντιστές αυτοί εμφανίζουν συχνά προκαταβολικό πένθος (anticipatory grief) και χρόνια εξουθένωση, γεγονός που διαφοροποιεί ριζικά τις στρατηγικές coping (π.χ. υψηλότερα ποσοστά παθητικής εκτίμησης ή πνευματικής καταφυγής) σε σχέση με τους φροντιστές ασθενών που υποβάλλονται σε μια τυπική γενική χειρουργική επέμβαση με προοπτική πλήρους αποκατάστασης. Επιπλέον, ο αποκλεισμός των επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών, ιατρών, φυσικοθεραπευτών) που τυγχάνει να φροντίζουν οικεία πρόσωπα προκύπτει από το γεγονός ότι η προϋπάρχουσα κλινική τους γνώση μειώνει δραματικά το αίσθημα αβεβαιότητας και άγνοιας, το οποίο αποτελεί τον κύριο πυροδοτικό μηχανισμό του μετεγχειρητικού στρες. Ένας νοσηλευτής είναι εξ ορισμού προετοιμασμένος να διαχειριστεί ένα χειρουργικό τραύμα ή μια φαρμακευτική αγωγή, επομένως η επιστράτευση των δικών του στρατηγικών αντιμετώπισης βασίζεται σε γνωστική ετοιμότητα και όχι στην αυθόρμητη κρίση της οικογένειας, όπως μετράται από το F-COPES.

Τέλος, η απαίτηση για άριστη κατανόηση της ελληνικής γλώσσας δεν λειτούργησε ως κριτήριο κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά ως τεχνική αναγκαιότητα για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας των απαντήσεων. Καθώς η κλίμακα F-COPES περιλαμβάνει λεπτές εννοιολογικές αποχρώσεις (όπως η διαφορά μεταξύ παθητικής αποδοχής και ενεργητικής αναπλαισίωσης), τυχόν γλωσσικά εμπόδια θα οδηγούσαν σε εσφαλμένη μετάδοση και ερμηνεία των ερωτημάτων και, κατά συνέπεια, σε συστηματικό σφάλμα μέτρησης (measurement bias). Μέσω αυτού του σχολαστικού φιλτραρίσματος, το τελικό δείγμα των 100 φροντιστών παρουσιάζει υψηλό βαθμό ομοιογένειας ως προς τα βασικά λειτουργικά χαρακτηριστικά του ρόλου, επιτρέποντας στην επαγωγική στατιστική να αναδείξει τις πραγματικές διαφοροποιήσεις που οφείλονται αποκλειστικά στις κοινωνικές, δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, χωρίς την παρεμβολή εξωτερικών παραγόντων που θα μπορούσαν να αλλοιώσουν τα συμπεράσματα της μελέτης.

4.4.1. Περιγραφή του δείγματος

Το τελικό δείγμα της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτέλεσαν 100 άτομοι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών (N=100), οι οποίοι ολοκλήρωσαν με επιτυχία και σε όλη του την έκταση το ερωτηματολόγιο. Η δημογραφική σύσταση του δείγματος ανέδειξε μια έντονη και στατιστικά αναμενόμενη έμφυλη ασυμμετρία, καθώς η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, σε ποσοστό 76,0% (N=76), ενώ οι άνδρες αντιπροσώπευαν το 24,0% (N=24) του συνόλου.

Η ηλικιακή κατανομή των φροντιστών παρουσίασε ένα ευρύ φάσμα, καθώς οι ηλικίες κυμάνθηκαν από το ελάχιστο όριο των 18 ετών έως το μέγιστο των 67 ετών, με τον μέσο όρο να διαμορφώνεται στα 35,72 έτη. Η ανωνυμία και το απόρρητο των συμμετεχόντων διασφαλίστηκαν απόλυτα σε όλα τα επίπεδα της έρευνας. Δεν συλλέχθηκε κανένα στοιχείο ταυτοποίησης (όπως ονοματεπώνυμο, τηλέφωνο ή email), και η περιγραφή του δείγματος περιορίζεται αποκλειστικά στα γενικά δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα για τη διενέργεια της στατιστικής ανάλυσης.

4.5. Περιβάλλον συλλογής δεδομένων

Η διεξαγωγή της έρευνας και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν εξ ολοκλήρου σε ψηφιακό περιβάλλον, μέσω της χρήσης της διεθνούς αναγνωρισμένης και ασφαλούς πλατφόρμας διαχείρισης ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων Google Forms. Η διανομή του ερευνητικού εργαλείου υλοποιήθηκε αποκλειστικά μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail), με την αποστολή ασφαλούς και προσωπικού συνδέσμου (link) στους δυνητικούς συμμετέχοντες. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθοδολογίας διασφάλισε τη διενέργεια της έρευνας με απόλυτη ιδιωτικότητα, επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στο δικό τους χρόνο, χωρίς πίεση, και με πλήρη εχεμύθεια.

Η χρήση αυτού του ψηφιακού διαύλου επικοινωνίας προσέφερε σημαντικά μεθοδολογικά πλεονεκτήματα, καθώς επέτρεψε τη συμμετοχή φροντιστών από διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδας, συμπεριλαμβανομένων μεγάλων αστικών κέντρων, επαρχιακών περιοχών και νησιωτικών περιοχών. Με τον τρόπο αυτό, υπερκεράστηκαν οι γεωγραφικοί περιορισμοί και επιτεύχθηκε η ταχεία και αποτελεσματική συγκέντρωση του δείγματος, διατηρώντας παράλληλα υψηλά πρότυπα εγκυρότητας και αξιοπιστίας στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

4.6. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός δομημένου, αυτοσυμπληρούμενου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, το οποίο σχεδιάστηκε προσεκτικά και αποτελούνταν από δύο διακριτά, πλην όμως αλληλοσυνδεδεμένα μέρη, χωρίς τη χρήση ανοιχτών ερωτήσεων που θα αλλοίωναν τον ποσοτικό χαρακτήρα της μελέτης. Ο πρώτος άξονας εστιάζει στα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική κατάσταση το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και δεδομένα σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα, δηλαδή τη διάρκεια της φροντίδας και είδος της χειρουργικής επέμβασης του ασθενούς.

Για το δεύτερο μέρος και τη μέτρηση της κεντρικής εξαρτώμενης μεταβλητής, δηλαδή των μηχανισμών προσαρμογής, επιλέχθηκε η διεθνώς αναγνωρισμένη και σταθμισμένη στην ελληνική γλώσσα κλίμακα F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales), η οποία αναπτύχθηκε αρχικά από τους McCubbin et al και μεταφέρθηκε στην ελληνική από τους Gouna et al. (2016). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 30 προτάσεις που απαντώνται σε 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, η οποία εκτείνεται από το 1 (Διαφωνώ Απόλυτα) έως το 5 (Συμφωνώ Απόλυτα). Το συγκεκριμένο εργαλείο προτιμήθηκε έναντι άλλων γενικότερων κλιμάκων μέτρησης του coping, καθώς είναι ειδικά σχεδιασμένο για να αξιολογεί τους μηχανισμούς αντιμετώπισης που αναπτύσσει το άτομο ως οργανικό μέλος ενός οικογενειακού συστήματος όταν έρχεται αντιμέτωπο με οξείες κρίσεις υγείας.

Η κλίμακα F-COPES χαρτογραφεί πέντε συγκεκριμένες διαστάσεις-υποκλίμακες, οι οποίες εξετάζουν την Κοινωνικής Υποστήριξης ως την ικανότητα άντλησης βοήθειας από το περιβάλλον, την Αναπλαισίωση ως τη θετική γνωστική επανεκτίμηση του προβλήματος, την Πνευματικής Υποστήριξης μέσω της καταφυγής σε θρησκευτικές πεποιθήσεις, την Κινητοποίηση της Οικογένειας για την ενεργοποίηση των εσωτερικών της πόρων και, τέλος, την Παθητική Εκτίμηση που αφορά την αποδοχή του προβλήματος με παθητικό τρόπο.

Στο πλαίσιο αυτό, εργαλεία συλλογής ποιοτικών δεδομένων, όπως οι ανοικτές ερωτήσεις, οι ημιδομημένες συνεντεύξεις ή τα ημερολόγια καθημερινής φροντίδας, αποκλείστηκαν συνειδητά από τον σχεδιασμό, καθώς οι μέθοδοι αυτές δεν εναρμονίζονταν με τον αμιγώς ποσοτικό, θετικιστικό και στατιστικό προσανατολισμό της παρούσας

μελέτης, ο οποίος απαιτεί τυποποιημένες μετρήσεις για τη διενέργεια επαγωγικών στατιστικών ελέγχων.

4.7. Ηθική της έρευνας

Η σχεδίαση, η οργάνωση και η εκτέλεση της παρούσας ερευνητικής μελέτης πραγματοποιήθηκαν με απόλυτο σεβασμό στις θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής και της δεοντολογίας της επιστημονικής έρευνας, όπως αυτές ορίζονται από τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association, 2025). Πριν από την έναρξη της συλλογής των δεδομένων, υποβλήθηκε αναλυτικό πρωτόκολλο και ελήφθη η επίσημη έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με αριθμό πρωτοκόλλου: 28875/2026 στο πλαίσιο του ισχύοντος κανονισμού εκπόνησης μεταπτυχιακών διπλωματικών εργασιών.

Ιδιαίτερη μέριμνα λήφθηκε για τη διασφάλιση της ενημερωμένης συγκατάθεσης (informed consent) των συμμετεχόντων, καθώς στην πρώτη σελίδα της ηλεκτρονικής φόρμας υπήρχε ενσωματωμένο ένα αναλυτικό Έντυπο Πληροφοριών. Μέσα από το έντυπο αυτό, οι υποψήφιοι ενημερώνονταν πλήρως για τον σκοπό της έρευνας, τη χρήση των αποτελεσμάτων, καθώς και για τον αμιγώς εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους, έχοντας το αναφαίρετο δικαίωμα να αποχωρήσουν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν, σε όποιο στάδιο της συμπλήρωσης το επιθυμούσαν, κλείνοντας απλώς το παράθυρο του πλοηγού χωρίς να υποστούν καμία απολύτως συνέπεια ή κύρωση.

Παράλληλα, εφαρμόστηκαν στο ακέραιο οι αυστηροί κανόνες της ευρωπαϊκής νομοθεσίας περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (GDPR). Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο της πλήρους ανωνυμοποίησης, καθώς η πλατφόρμα Google Forms ρυθμίστηκε κατάλληλα ώστε να μην καταγράφει διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ονοματεπώνυμα ή τις διευθύνσεις IP των υπολογιστών των συμμετεχόντων (Pietrzykowski & Smilowska, 2021). Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε ασφαλή, κρυπτογραφημένο ψηφιακό αρχείο, η πρόσβαση στο οποίο είναι εφικτή αποκλειστικά και μόνο από την ερευνήτρια για τους σκοπούς της στατιστικής επεξεργασίας.

4.8. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του εξειδικευμένου στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics (έκδοση 29.0). Πριν από την έναρξη της κύριας ανάλυσης, διενεργήθηκε σχολαστικός έλεγχος της βάσης δεδομένων για τον εντοπισμό τυχόν ελλειπών τιμών ή ακραίων παρατηρήσεων, και ακολούθησε η κατάλληλη κωδικοποίηση των μεταβλητών καθώς και η αντίστροφη βαθμολόγηση των αρνητικά διατυπωμένων ερωτήσεων της κλίμακας F-COPES. Η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής του εργαλείου F-COPES και των υποκλιμάκων του για το συγκεκριμένο δείγμα αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη Cronbach's alpha.

Η ανάλυση αναπτύχθηκε αρχικά στο επίπεδο της Περιγραφικής Στατιστικής (Descriptive Statistics) για τη συνοπτική παρουσίαση και τη χαρτογράφηση των χαρακτηριστικών του δείγματος. Για τις κατηγορικές και ποιοτικές μεταβλητές, όπως είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος του χειρουργείου και η ύπαρξη επιπλοκών, υπολογίστηκαν οι απόλυτες συχνότητες και οι σχετικές συχνότητες ή ποσοστά. Αντίστοιχα, για τις συνεχείς και ποσοτικές μεταβλητές, όπως η ηλικία των φροντιστών, οι ώρες καθημερινής φροντίδας και οι συνολικές βαθμολογίες των πέντε υποκλιμάκων της κλίμακας F-COPES, υπολογίστηκαν ο Μέσος Όρος, η Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation), καθώς και οι ελάχιστες και μέγιστες τιμές (Mishra et al., 2019).

Σε δεύτερο επίπεδο, επιστρατεύτηκε η Επαγωγική Στατιστική (Inferential Statistics) για τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων και την απάντηση του ερευνητικού ερωτήματος PICO. Πριν από την επιλογή των επαγωγικών κριτηρίων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος για την κανονικότητα της κατανομής των συνεχών μεταβλητών, μέσω των δοκιμασιών Kolmogorov-Smirnov (Berger V.W. and Zhou Y., 2014) και Shapiro-Wilk (Shapiro S. S., & Wilk M. B., 1965), σε συνδυασμό με τον έλεγχο των δεικτών λοξότητας και κύρτωσης. Καθώς επιβεβαιώθηκε η κανονική κατανομή των δεδομένων, επιλέχθηκαν παραμετρικοί στατιστικοί έλεγχοι.

Το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test) εφαρμόστηκε για τη σύγκριση των μέσων τιμών των στρατηγικών αντιμετώπισης μεταξύ δύο ανεξάρτητων, διχοτομικών ομάδων, όπως η σύγκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών φροντιστών, ή μεταξύ φροντιστών ασθενών με και χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές, ενώ για τον έλεγχο

της ομοσκεδαστικότητας χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Levene (Levene's test: Field, 2024).

Για τη σύγκριση των μέσων όρων των υποκλιμάκων του F-COPES μεταξύ μεταβλητών με τρεις ή περισσότερες κατηγορίες, όπως το μορφωτικό επίπεδο ή η οικογενειακή κατάσταση, χρησιμοποιήθηκε η Μονόδρομη Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA), και σε περιπτώσεις στατιστικά σημαντικών διαφορών εφαρμόστηκαν post-hoc δοκιμασίες πολλαπλών συγκρίσεων, όπως το Tukey's test (Tukey J. W., 1949), για τον ακριβή εντοπισμό των ομάδων που διαφοροποιούνται.

Τέλος, ο Συντελεστής Συσχέτισης του Pearson επιστρατεύτηκε για τη διερεύνηση της ύπαρξης, της κατεύθυνσης και της ισχύος της γραμμικής σχέσης μεταξύ των συνεχών μεταβλητών, όπως η σχέση μεταξύ της ηλικίας του φροντιστή ή των ωρών φροντίδας και των σκορ των στρατηγικών coping. Για όλους τους στατιστικούς ελέγχους, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο διεθνές κριτήριο $p < 0,05$, όπου τιμές μικρότερες του 0,05 υποδηλώνουν την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ή συσχετίσεων (Schober et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Αποτελέσματα της έρευνας

5.1. Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων ή στατιστικών

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη συμμετείχαν συνολικά 100 άτομοι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών ($N = 100$). Πριν από τη διενέργεια των επιμέρους ερευνητικών ερωτημάτων και των στατιστικών συσχετίσεων με τα κοινωνικά, δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, πραγματοποιήθηκε αναλυτική περιγραφική στατιστική ανάλυση. Πρωταρχικός στόχος αυτής της διαδικασίας ήταν η πλήρης αποτύπωση της συνολικής εικόνας και της κατανομής του δείγματος ως προς τις στρατηγικές προσαρμογής που υιοθετούν οι φροντιστές, όπως αυτές αξιολογούνται και ποσοτικοποιούνται μέσω των πέντε διακριτικών υποκλιμάκων της σταθμισμένης ψυχομετρικής κλίμακας F-COPES.

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι ελάχιστες και μέγιστες καταγραφείσες τιμές, οι αριθμοί μέσοι όροι (M) καθώς και οι τυπικές αποκλίσεις (SD) για καθεμία από τις πέντε επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας, καθώς και για τη συνολική βαθμολογία.

Διάσταση (Στρατηγική Αντιμετώπισης)	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος (Mean)	Τυπική Απόκλιση (SD)
Κοινωνική Υποστήριξη (Social Support)	9,00	45,00	28,39	6,66
Αναπλαισίωση (Reframing)	12,00	36,00	27,51	4,44
Παθητική Εκτίμηση (Passive Appraisal)	7,00	24,00	15,72	3,60
Πνευματική Υποστήριξη (Spiritual Support)	4,00	20,00	13,03	3,38

Κινητοποίηση Οικογένειας (Family Mobilizing)	4,00	20,00	12,68	3,90
Συνολική Βαθμολογία (Total F-COPES)	50,00	130,00	97,33	14,04

Πίνακας 1: Περιγραφικά στατιστικά των διαστάσεων της κλίμακας F-COPES (N=100)

Όπως προκύπτει από τα περιγραφικά δεδομένα του Πίνακα 1, η στρατηγική αντιμετώπισης που συγκεντρώνει τον υψηλότερο μέσο όρο στο υπό μελέτη δείγμα είναι ο Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Μ.Ο. = 28,39 και Τ.Α. = 6,66), με αμέσως επόμενο την Αναπλαισίωση (Μ.Ο. = 27,51 και Τ.Α. = 4,44). Τα συγκεκριμένα ευρήματα είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτικά, καθώς αυτά υποδηλώνουν ότι το άτομο επιζητά ενεργά τη συνδρομή του εξωτερικού του περιβάλλοντος, των φίλων και των επαγγελματιών υγείας, ενώ η Αναπλαισίωση αναδεικνύει μια ισχυρή γνωστική ικανότητα να νοηματοδοτείται θετικά η κρίση και να αντιμετωπίζεται η προσωρινή αδυναμία του ασθενούς ως δοκιμασία που θα ξεπεραστεί.

Στον αντίποδα, οι διαστάσεις που κατέγραψαν τους χαμηλότερους μέσους όρους είναι η διάσταση Πνευματική Υποστήριξη (Μ.Ο. = 13,03 και Τ.Α. = 3,38) και η Κινητοποίηση της Οικογένειας (Μ.Ο. = 12,68 και Τ.Α. = 3,90). Η χαμηλότερη αυτή κατάταξη φανερώνει ότι οι σύγχρονοι φροντιστές τείνουν να βασίζονται λιγότερο σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις για να αντλήσουν δύναμη, ενώ η χαμηλή κινητοποίηση της υπόλοιπης οικογένειας ενδέχεται να υποκρύπτει τη συγκέντρωση του βάρους της φροντίδας αποκλειστικά σε ένα κεντρικό πρόσωπο.

Τέλος, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας F-COPES, η οποία κυμάνθηκε από 50,00 έως 130,00 με μέσο όρο 97,33 και τυπική απόκλιση 14,04, αντανακλά ένα ικανοποιητικό συνολικό επίπεδο ενεργοποίησης μηχανισμών προσαρμοστικότητας. Το εύρημα αυτό φανερώνει ότι, παρά την πίεση, το δείγμα διαθέτει τα ψυχικά αποθέματα για τη διαχείριση κρίσεων υγείας.

5.2.Ανάλυση ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το υπό μελέτη δείγμα των άτυπων φροντιστών χαρακτηρίζεται από μια εξαιρετικά έντονη φυλετική ανομοιογένεια, η οποία έρχεται να επιβεβαιώσει πλήρως τις θεωρητικές προσεγγίσεις για την κυριαρχία του γυναικείου φύλου στον τομέα της άτυπης φροντίδας. Η ακριβής κατανομή των συμμετεχόντων ως προς το φύλο παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 2.

A1. Φύλο

Αρχικά, εξετάστηκε η κατανομή του δείγματος ως προς τη μεταβλητή του φύλου, προκειμένου να αποτυπωθεί η συμμετοχή ανδρών και γυναικών στην έρευνα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Φύλο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Γυναίκα	76	76,0
Ανδρας	24	24,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 2: Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο

Όπως παρατηρείται από τα δεδομένα του Πίνακα 2, η συντριπτική πλειονότητα των άτυπων φροντιστών του δείγματος είναι γυναίκες (76,0%), έναντι των ανδρών που αποτελούν το 24,0%. Το εύρημα αυτό εναρμονίζεται πλήρως με τη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία, η οποία αναδεικνύει διαχρονικά τη «θηλυκοποίηση της φροντίδας», επιβεβαιώνοντας ότι ο ρόλος του φροντιστή ασθενών συνεχίζει να αναλαμβάνεται κατά κύριο λόγο από γυναίκες, λόγω κοινωνικών προσδοκιών και παραδοσιακών έμφυλων ρόλων και στερεοτύπων.

Προκειμένου να διερευνηθεί εάν το φύλο διαφοροποιεί τις επιλογές των φροντιστών ως προς τις πρακτικές και τις στρατηγικές διαχείρισης της φροντίδας, εφαρμόστηκε έλεγχος t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.

Υποκλίμακες	Φύλο	N	Μέση Τιμή (M)	Τυπική Απόκλιση (SD)	τιμή t	df	στατιστική σημαντικότητα (p)
Κοινωνική Υποστήριξη (<i>Social Support</i>)	Γυναίκα	76	28,50	6,41	0,293	98	0,770
	Άνδρας	24	28,04	7,53			
Αναπλαίσωση (<i>Reframing</i>)	Γυναίκα	76	27,89	3,79	1,553	98	0,124
	Άνδρας	24	26,29	6,00			
Πνευματική Υποστήριξη (<i>Spiritual Support</i>)	Γυναίκα	76	13,29	3,27	1,373	98	0,173
	Άνδρας	24	12,21	3,66			
Κινητοποίηση οικογένειας (<i>Family Mobilization</i>)	Γυναίκα	76	13,14	3,80	2,159	98	0,033
	Άνδρας	24	11,21	3,92			
Παθητική Εκτίμηση (<i>Passive Appraisal</i>)	Γυναίκα	76	16,29	3,43	2,916	98	0,004
	Άνδρας	24	13,92	3,61			

Πίνακας 3: Έλεγχος t-test για τη διαφοροποίηση των στρατηγικών αντιμετώπισης (F-COPES) ως προς το φύλο

Από τον στατιστικό έλεγχο του Πίνακα 3 προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα της Κινητοποίησης της οικογένειας (Family Mobilization) ($t = 2,159$, $df = 98$, $p = 0,033$), με τις γυναίκες να συγκεντρώνουν σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο ($M =$

13,14) σε σχέση με τους άνδρες ($M = 11,21$). Ο δείκτης Cohen's $d = 0,506$ υποδηλώνει ένα μεσαίου μεγέθους αποτέλεσμα.

Το εύρημα αυτό φανερώνει ότι οι γυναίκες φροντιστές τείνουν να επιστρατεύουν συχνότερα πρακτικές που βασίζονται στην ενεργοποίηση και τη βοήθεια από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα των παραδοσιακών κοινωνικών ρόλων, σύμφωνα με τους οποίους οι γυναίκες είναι ιστορικά και κοινωνικά πιο εξοικειωμένες με τη διαχείριση, τη διατήρηση και τον συντονισμό των οικογενειακών σχέσεων. Εμφανίζουν, επομένως, μεγαλύτερη ευχέρεια στο να επικοινωνούν ανοιχτά τις ανάγκες τους και να ζητούν έμπρακτη ή συναισθηματική υποστήριξη από άλλα μέλη του συγγενικού δικτύου. Αντίθετα, οι άνδρες φροντιστές ενδέχεται να προσεγγίζουν τη φροντίδα πιο ατομικά, εστιάζοντας στην προσωπική επίλυση των προβλημάτων, ή να διστάζουν να εκφράσουν αδυναμία, αποφεύγοντας να εμπλέξουν τρίτους προκειμένου να μην διαταράξουν τις ισορροπίες.

Ομοίως, στατιστικά εξαιρετικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε και στην υποκλίμακα της Παθητικής Εκτίμησης (Passive Appraisal) ($p = 0,004$), όπου οι γυναίκες σημείωσαν επίσης υψηλότερη βαθμολογία ($M.O. = 16,29$) έναντι των ανδρών ($M.O. = 13,92$). Ο δείκτης Cohen's $d = 0,683$ αναδεικνύει ένα ισχυρό προς μεσαίο μέγεθος επίδρασης.

Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι γυναίκες στρέφονται συχνότερα σε πρακτικές γνωστικής και συναισθηματικής αποδοχής, υιοθετώντας μια πιο στατική ή συμβιβαστική στάση απέναντι στις δυσκολίες («αντιμετώπιση της κατάστασης ως δεδομένης»). Η συγκεκριμένη επιλογή μπορεί να αποδοθεί στο «διπλό φορτίο» (double burden) που συχνά επωμίζονται, καθώς καλούνται να ισορροπήσουν ταυτόχρονα ανάμεσα στη φροντίδα του χειρουργημένου ασθενούς, τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις και τις υπόλοιπες καθημερινές ανάγκες του νοικοκυριού. Μπροστά σε αυτή την πολυδιάστατη και έντονη πίεση, η αποδοχή της κατάστασης ως «αναπόφευκτης» λειτουργεί ως ένας απαραίτητος αμυντικός μηχανισμός διαχείρισης του στρες, ο οποίος βοηθά στη μείωση της εσωτερικής ψυχικής σύγκρουσης και στην αποφυγή της συναισθηματικής εξουθένωσης.

Αντίθετα, στις υπόλοιπες διαστάσεις της κλίμακας F-COPES (Κοινωνική Υποστήριξη, Αναπλαισίωση, Πνευματική Υποστήριξη) δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0,05$). Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει ότι οι βασικοί γνωστικοί

μηχανισμοί αντιμετώπισης (όπως η θετική επανεκτίμηση της κατάστασης) και η αναζήτηση τυπικών ή θρησκευτικών εξωτερικών πόρων υιοθετούνται στον ίδιο βαθμό και από τα δύο φύλα. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την κοινή φύση των προκλήσεων, των φόβων και των αναγκών που αντιμετωπίζουν οι άτυποι φροντιστές κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, οι οποίες επηρεάζουν την ψυχολογική τους προσαρμογή οριζόντια, ανεξάρτητα από το αν πρόκειται για άνδρες ή γυναίκες.

A2. Ηλικία

Αναφορικά με τη μεταβλητή της ηλικίας των φροντιστών που συμμετείχαν στην έρευνα εμφάνισαν ένα εύρος από 18 έως 67 έτη, με τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος να διαμορφώνεται στα 35,72 έτη. Για την πληρέστερη αποτύπωση της ηλικιακής κατανομής, το δείγμα ομαδοποιήθηκε σε πέντε ηλικιακές κατηγορίες, οι οποίες παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Ηλικιακή Ομάδα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
18 - 25 ετών	21	21,0
26 - 35 ετών	34	34,0
36 - 45 ετών	17	17,0
46 - 55 ετών	22	22,0
56 ετών και άνω	6	6,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 4: Κατανομή δείγματος ως προς την ηλικιακή ομάδα

Όπως παρατηρείται από τα δεδομένα του Πίνακα 4, η πλειοψηφία των άτυπων φροντιστών του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 26-35 ετών (34,0%), ενώ αν συνυπολογιστεί και η ομάδα 18-25 ετών (21,0%), προκύπτει ότι περισσότερο από το μισό δείγμα (55,0%) αποτελείται από νεαρούς ενήλικες έως 35 ετών. Το εύρημα αυτό διαφοροποιείται από την κλασική βιβλιογραφία που θέλει τον άτυπο φροντιστή να είναι μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας (συνήθως σύζυγος ή μεσήλικας θυγατέρα) και αναδεικνύει

μια σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα. Οι νεότερες γενιές καλούνται όλο και συχνότερα να επωμιστούν το βάρος της φροντίδας εξαρτώμενων μελών, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει άμεσα την επαγγελματική, προσωπική και ακαδημαϊκή τους εξέλιξη σε μια ιδιαίτερα παραγωγική φάση της ζωής τους.

Προκειμένου να διερευνηθεί βαθύτερα η εσωτερική δομή του δείγματος, πραγματοποιήθηκε διασταύρωση της ηλικιακής ομάδας με το φύλο των συμμετεχόντων (Crosstabulation). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.

Ηλικιακή Ομάδα	Γυναίκα (N/% εντός Φύλου)	Άνδρας (N/% εντός Φύλου)	Σύνολο (N/% Δείγματος)
18 - 25 ετών	12 (15,8%)	9 (37,5%)	21 (21,0%)
26 - 35 ετών	27 (35,5%)	7 (29,2%)	34 (34,0%)
36 - 45 ετών	15 (19,7%)	2 (8,3%)	17 (17,0%)
46 - 55 ετών	19 (25,0%)	3 (12,5%)	22 (22,0%)
56 ετών και άνω	3 (3,9%)	3 (12,5%)	6 (6,0%)
Σύνολο	76 (100,0%)	24 (100,0%)	100 (100,0%)

Πίνακας 5: Διασταύρωση Ηλικιακής Ομάδας και φύλου των φροντιστών.

Από τη διασταύρωση των στοιχείων του Πίνακα 5 προκύπτει μια αξιοσημείωτη διαφοροποίηση στην ηλικιακή κατανομή μεταξύ των δύο φύλων. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες φροντιστές εμφανίζουν την υψηλότερη συγκέντρωση τους στην πρωιμότερη ηλικιακή ομάδα των 18-25 ετών (37,05%), γεγονός που υποδηλώνει ότι η εμπλοκή των ανδρών στην άτυπη φροντίδα τείνει να συμβαίνει συχνότερα κατα τη νεαρή ενήλικη ζωή, πιθανώς ως άμεση ανταπόκριση σε κάποια ξαφνική οικογενειακή ανάγκη ή κρίση.

Αντίθετα, οι γυναίκες φροντιστές παρουσιάζουν μια πιο ισορροπημένη και εκτεταμένη κατανομή σε όλο το ηλικιακό φάσμα. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση τους εντοπίζεται στην ομάδα των 26-35 ετών (35,5%), ενώ εξαιρετικά υψηλά ποσοστά καταγράφονται και στις μεγαλύτερες παραγωγικές ηλικίες των 46-55 ετών (25,0%). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη βιβλιογραφία αναφορικά με τη διαχρονική και πολυεπίπεδη επιβάρυνση των γυναικών, οι οποίες αναλαμβάνουν τον ρόλο της φροντίδας τόσο κατά την έναρξη της δικής τους οικογενειακής και επαγγελματικής πορείας (26-35 ετών) όσο και σε ωριμότερες φάσεις (46-55 ετών), όπου συχνά καλούνται να φροντίσουν ηλικιωμένους ή ασθενείς γονείς.

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας των φροντιστών, ως συνεχούς μεταβλητής, και των πέντε στρατηγικών της κλίμακας F-COPES, διενεργήθηκε έλεγχος γραμμικής συσχέτισης κατά Pearson (Pearson Correlation). Από τον στατιστικό έλεγχο δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στις πέντε διαστάσεις της κλίμακας F-COPES ($p > 0,05$). Το συγκεκριμένο εύρημα έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς υποδηλώνει ότι ο τρόπος με τον οποίο οι φροντιστές επιστρατεύουν τους μηχανισμούς προσαρμογής τους είναι ανεξάρτητος από την ηλικιακή τους φάση. Είτε πρόκειται για έναν νεαρό ενήλικα 25 ετών είτε για έναν ωριμότερο φροντιστή 55 ετών, η βίωση της κατάστασης γίνεται με παρόμοιο τρόπο, οδηγώντας στην ενεργοποίηση κοινών αμυντικών και υποστηρικτικών στρατηγικών, γεγονός που αποδεικνύει ότι οι ανάγκες ψυχολογικής υποστήριξης των φροντιστών παραμένουν σταθερές καθ'όλη τη διάρκεια του ηλικιακού φάσματος.

A3. Οικογενειακή κατάσταση

Στη συνέχεια, εξετάστηκε η οικογενειακή κατάσταση των άτυπων φροντιστών του δείγματος, προκειμένου να αποτυπωθεί το κοινωνικό και οικογενειακό τους προφίλ, καθώς και η πιθανή εγγύτητα της σχέσης τους με τον χειρουργημένο ασθενή. Τα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 6.

Οικογενειακή Κατάσταση	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Έγγαμος/η	41	41,0
Άγαμος/η	44	44,0
Διαζευγμένος/η	5	5,0
Χήρος/α	1	1,0
Συμβίωση	9	9,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του Πίνακα 6, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείται από άγαμους (44,0%) και έγγαμους (41,0%) φροντιστές, οι οποίοι αθροιστικά καλύπτουν το 85,0% των συμμετεχόντων. Το εύρημα αυτό προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για τη φύση της παρεχόμενης φροντίδας: οι έγγαμοι φροντιστές είναι πολύ πιθανό να αποτελούν τους/τις συζύγους των ασθενών. Από την άλλη πλευρά, το υψηλό ποσοστό των άγαμων φροντιστών (σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το 55% του δείγματος είναι έως 35 ετών, όπως φάνηκε στην προηγούμενη ενότητα) υποδηλώνει ότι πρόκειται σε μεγάλο βαθμό για παιδιά των ασθενών που σπεύδουν ότι πρόκειται σε μεγάλο βαθμό για παιδιά των ασθενών που σπευδουν να βοηθήσουν τους γονείς τους, ή για νεαρά άτομα που αναλαμβάνουν τη φροντίδα στενών συγγενών. Η κυριαρχία αυτών των δύο ομάδων επιβεβαιώνει ότι η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα παραμένει μια κατεξοχήν οικογενειακή υπόθεση υπόθεση που βασίζεται στους στενούς συγγενικούς δεσμούς (συζύγους και παιδιά), ενώ τα ποσοστά των διαζευγμένων (5,0%) και των χήρων (1,0%) είναι αναμενόμενα χαμηλά με βάση την ηλικιακή διασταύρωση του δείγματος.

Ακολούθως, εξετάστηκε η πιθανή επίδραση της οικογενειακής κατάστασης των φροντιστών στις επιμέρους στρατηγικές αντιμετώπισης που επιστρατεύουν. Για τον σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε Ανάλυση Διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA), τα αποτελέσματα της οποίας συνοψίζονται στον Πίνακα 7.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Κοινωνική Υποστήριξη (Social Support)	4, 95	1,489	0,212
Αναπλαισίωση (Reframing)	4, 95	2,446	0,052
Πνευματική Υποστήριξη (Spiritual Support)	4, 95	2,576	0,042*
Κινητοποίηση Οικογένειας (Family Mobilizing)	4, 95	2,297	0,065
Παθητική Εκτίμηση (Passive Appraisal)	4, 95	0,541	0,706

Πίνακας 7: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στις στρατηγικές αντιμετώπισης

Από τον στατιστικό έλεγχο του Πίνακα 7 προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την υποκλίμακα Πνευματική Υποστήριξη ($F = 2,576$, $p = 0,042$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι φροντιστές διαφοροποιούνται ως προς τον βαθμό που αναζητούν πνευματική και θρησκευτική στήριξη, ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.

Από την περαιτέρω εξέταση των μέσων όρων προκύπτει ότι οι άγαμοι ($M = 13,41$) και οι έγγαμοι ($M = 13,17$) φροντιστές καταγράφουν τη μεγαλύτερη τάση αναζήτησης θρησκευτικής ή πνευματικής στήριξης, σε αντίθεση με τους διαζευγμένους ($M = 11,00$). Η

υψηλότερη αυτή καταγραφή στους έγγαμους και άγαμους ενδέχεται να συνδέεται με το γεγονός ότι οι ομάδες αυτές, όντας πιο ενταγμένες σε σταθερά οικογενειακά και κοινωνικά δίκτυα, στρέφονται πιο εύκολα σε κοινές πολιτικές ή θρησκευτικές πρακτικές ως πηγή άντλησης ελπίδας και δύναμης κατά τη διάρκεια της κρίσης. Αντίθετα, οι διαζευγμένοι φροντιστές, οι οποίοι πιθανώς βιώνουν μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση ή έλλειψη οικογενειακού πλαισίου, εμφανίζουν μικρότερη εγγύτητα με τέτοιου είδους στρατηγικές. Τέλος, αν και η χαμηλότερη τιμή σημειώθηκε στην κατηγορία των χήρων ($M = 4,00$), ο εξαιρετικά μικρός αριθμός συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη υποομάδα ($n = 1$) αποτελεί μεθοδολογικό περιορισμό και δεν επιτρέπει την γενίκευση του συμπεράσματος.

Α4. Μορφωτικό επίπεδο

Στη συνέχεια, μελετήθηκε το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των άτυπων φροντιστών του δείγματος, προκειμένου να αξιολογηθεί το μορφωτικό τους επίπεδο. Η κατανομή των συμμετεχόντων με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 8.

Μορφωτικό Επίπεδο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Γυμνάσιο	5	5,0
Λύκειο	15	15,0
Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση / ΙΕΚ	16	16,0
Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ/ΑΕΙ)	39 -	39,0 -
Μεταπτυχιακό	24	24,0
Διδακτορικό	1	1,0
Σύνολο	100	100,0

--	--	--

Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Όπως αναδεικνύεται από τα δεδομένα του Πίνακα 8, το δείγμα των φροντιστών χαρακτηρίζεται από ένα ιδιαίτερα υψηλό μορφωτικό επίπεδο, καθώς η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (39,0%) ή κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (24,0%). Αθροιστικά, τα άτομα με ανώτατη εκπαίδευση αγγίζουν το 64,0% του συνολικού δείγματος (αν συνυπολογιστεί και ο κάτοχος διδακτορικού τίτλου). Η συσσώρευση αυτή υποδηλώνει ότι το προφίλ των σύγχρονων άτυπων φροντιστών περιλαμβάνει άτομα με διευρυμένα γνωστικά εφόδια και υψηλή ακαδημαϊκή εξειδίκευση. Το γεγονός αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, καθώς το υψηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται συχνά στη διεθνή βιβλιογραφία με αυξημένη ικανότητα αποτελεσματικής αναζήτησης και κατανόησης εξειδικευμένων ιατρικών πληροφοριών, καθώς και με μεγαλύτερη ευχέρεια πλοήγησης στις γραφειοκρατικές και πρακτικές υπηρεσίες του συστήματος υγείας κατά τη διαχείριση της απαιτητικής μετεγχειρητικής κατάστασης ενός οικείου προσώπου.

Ακολούθως, εξετάστηκε η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των φροντιστών στις στρατηγικές προσαρμογής που επιστρατεύουν, με την εφαρμογή της Ανάλυσης Διακύμανσης ενός παράγοντα (One -Way ANOVA). Τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού έχουν αποτυπωθεί στον Πίνακα 9.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Κοινωνική Υποστήριξη	5, 94	0,688	0,634
Αναπλαισίωση	5, 94	0,174	0,972
Πνευματική Υποστήριξη	5, 94	0,616	0,688
Κινητοποίηση οικογένειας	5, 94	0,915	0,475
Παθητική Εκτίμηση	5, 94	0,597	0,703

Πίνακας 9: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στις στρατηγικές αντιμετώπισης

Όπως διαφαίνεται από τα δεδομένα του Πίνακα 9, δεν αναδείχθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις πέντε υποκλίμακες ($p > 0,05$). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του φροντιστή δεν αποτελεί ρυθμιστικό παράγοντα για τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται, νοηματοδοτείται και διαχειρίζεται την κρίση υγείας. Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας, η ανάγκη για κοινωνική δικτύωση, η πνευματική αναζήτηση και η γνωστική επανεκτίμηση της κατάστασης λειτουργούν οριζόντια, ανεξάρτητα από το αν ο φροντιστής έχει ολοκληρώσει υποχρεωτική εκπαίδευση ή είναι κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου σπουδών. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη βαθύτερη ανθρώπινη και καθολική διάσταση της ανταπόκρισης απέναντι στη φροντίδα ενός οικείου προσώπου, όπου το συναισθηματικό και ψυχικό φορτίο της μετεγχειρητικής φροντίδας βιώνεται εξίσου, υπερβαίνοντας τις κοινωνικο-εκπαιδευτικές διαφορές.

A5. Επαγγελματική κατάσταση

Στη συνέχεια, μελετήθηκε το εργασιακό καθεστώς των άτυπων φροντιστών του δείγματος, προκειμένου να αποτυπωθεί η επαγγελματική τους κατάσταση και να αξιολογηθεί το κατά πόσο η καθημερινή τους απασχόληση συνυπάρχει με τον απαιτητικό ρόλο της φροντίδας. Η κατανομή των συμμετεχόντων με βάση την επαγγελματική τους κατάσταση παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 10.

Επαγγελματική Κατάσταση	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Εργαζόμενος/η πλήρους απασχόλησης	65	65,0
Εργαζόμενος/η μερικής απασχόλησης	9	9,0
Άνεργος	18	18,0
Συνταξιούχος	3	3,0
Οικιακά	1	1,0

Άλλο	4	4,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Όπως αποτυπώνεται στα δεδομένα του Πίνακα 10, η συντριπτική πλειονότητα των άτυπων φροντιστών είναι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης (65,0%), ενώ αν συνυπολογιστεί και η μερική απασχόληση (9,0%), προκύπτει ότι σχεδόν τα τρία τέταρτα του δείγματος (74,0%) είναι ενεργά ενταγμένα στην αγορά εργασίας. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει μια ιδιαίτερα πειστική κοινωνική πραγματικότητα: οι φροντιστές καλούνται να διαχειριστούν ένα εξαιρετικά βαρύ «διπλό φορτίο» (dual burden), εξισορροπώντας τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, τα ωράρια και το εργασιακό στρες με τις άμεσες, φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες που επιφέρει η μετεγχειρητική υποστήριξη ενός οικείου προσώπου. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό των ανέργων διαμορφώνεται στο 18,0%, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες (συνταξιούχοι, οικιακά, άλλο) κινούνται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, γεγονός που συνάδει απόλυτα με την ηλικιακή διάρθρωση του δείγματος, το οποίο αποτελείται κυρίως από άτομα παραγωγικής ηλικίας.

Στο ίδιο πλαίσιο, εξετάστηκε η επίδραση της επαγγελματικής απασχόλησης του φροντιστή στις επιμέρους στρατηγικές προσαρμογής, μέσω της εφαρμογής Ανάλυσης Διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA), προκειμένου να διαπιστωθεί εάν το είδος της απασχόλησης ή η εργασιακή πίεση επηρεάζει τις ψυχομετρικές διαστάσεις. Τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού έχουν αποτυπωθεί στον Πίνακα 11.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Κοινωνική Υποστήριξη	5, 94	0,433	0,825
Αναπλαισίωση	5, 94	0,490	0,783
Πνευματική Υποστήριξη	5, 94	0,765	0,577

Κινητοποίηση οικογένειας	5, 94	1,729	0,136
Παθητική Εκτίμηση	5, 94	0,725	0,607

Πίνακας 11: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στις στρατηγικές αντιμετώπισης

Τα αποτελέσματα του πίνακα 11 δείχνουν πλήρη απουσία στατιστικής σημαντικότητας σε όλους τους ελέγχους ($p>0,05$). Συνεπώς, συμπεραίνεται ότι το είδος της επαγγελματικής απασχόλησης δεν επηρεάζει τη σταθερότητα των μηχανισμών προσαρμογής, γεγονός που υποδηλώνει ότι η μετεγχειρητική φροντίδα αποτελεί μια αυτόνομη πηγή στρες που υπερβαίνει το εργασιακό στάτους του ατόμου.

5.3.Ανάλυση ως προς τα Χαρακτηριστικά της φροντίδα και της σχέσης με τον ασθενή

B1. Σχέση με τον ασθενή

Σε αυτή την ενότητα, η έρευνα επικεντρώθηκε στην ανάλυση των μεταβλητών που σχετίζονται άμεσα με τη διαδικασία της φροντίδας. Αρχικά, μελετήθηκε το είδος της σχέσης που συνδέει τον άτυπο φροντιστή με τον χειρουργημένο ασθενή, προκειμένου να αποτυπωθεί η συνθεση του υποστηρικτικού δικτύου. Η κατανομή του δείγματος με βάση τη σχέση αυτή παρουσιάζεται στον Πίνακα 12.

Σχέση με τον Ασθενή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Σύζυγος/Σύντροφος	14	14,0
Γονέας	25	25,0
Αδελφός/Αδελφή	6	6,0
Άλλος συγγενής	26	26,0
Φίλος/Άτομο από το περιβάλλον	29	29,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ως προς τη σχέση του φροντιστή

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του Πίνακα 12, η κατανομή των φροντιστών αναδεικνύει ένα διευρυμένο δίκτυο υποστήριξης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων αποτελείται από φίλους ή άτομα από το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς (29,0%), εύρημα που υποδηλώνει ότι η μετεγχειρητική φροντίδα και η κοινωνική αλληλεγγύη εκτείνονται και πέρα από τα στενά όρια της συγγένειας. Παράλληλα, ισχυρή είναι η παρουσία των μελών της πυρηνικής και ευρύτερης οικογένειας, με τους γονείς να αγγίζουν το 25,0%, τους άλλους συγγενείς το 26,0%, τους συζύγους/συντρόφους το 14,0% και τα αδέρφια το 6,0%. Η πολυμορφία αυτή δείχνει ότι μπροστά σε μια σοβαρή κρίση υγείας, όπως μια χειρουργική επέμβαση, κινητοποιούνται διαφορετικές πηγές του κοινωνικού και οικογενειακού ιστού, αναλαμβάνοντας υποστηρικτικούς ρόλους ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και τον βαθμό εγγύτητας.

Ακολούθως, διενεργήθηκε έλεγχος One-Way ANOVA για να εξεταστεί αν το είδος της σχέσης ανάμεσα στον φροντιστή και τον ασθενή διαφοροποιεί τον τρόπο διαχείρισης και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της κρίσης. Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου συνοψίζονται στον Πίνακα 13.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Κοινωνική Υποστήριξη	4, 95	0,832	0,508
Αναπλαισίωση	4, 95	1,885	0,119
Πνευματική Υποστήριξη	4, 95	1,323	0,267
Κινητοποίηση της οικογένειας	4, 95	2,077	0,090
Παθητική Εκτίμηση	4, 95	0,199	0,938

Πίνακας 13: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση της σχέσης με τον ασθενή στις στρατηγικές αντιμετώπισης

Από τον στατιστικό έλεγχο του Πίνακα 13 δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντικές διαφορά σε καμία από τις πέντε ψυχομετρικές υποκλίμακες ($p > 0,05$). Η διαπίστωση αυτή έχει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, καθώς υποδηλώνει ότι η

εσωτερική διεργασία αντιμετώπισης, η εσωτερική διεργασία αντιμετώπισης, η συναισθηματική πίεση και η επιστράτευση μηχανισμών προσαρμογής απέναντι στη μετεγχειρητική κατάσταση παραμένουν κοινές για όλους.

Είτε ο φροντιστής συνδέεται με στενό συγγενικό δεσμό (όπως ο γονέας ή ο σύζυγος) είτε πρόκειται για άτομο από το φιλικό περιβάλλον, οι στρατηγικές που επιλέγονται (όπως η αναζήτηση κοινωνικής δικτύωσης, η πνευματική στήριξη ή η γνωστική επανεκτίμηση) δεν διαφοροποιούνται. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τον καθολικό χαρακτήρα της εμπειρίας της φροντίδας: οι προκλήσεις, το άγχος και η ανάγκη διαχείρισης μιας μετεγχειρητικής περιόδου επιδρούν οριζόντια στους ανθρώπους, καθιστώντας τις ψυχολογικές τους αποκρίσεις κοινές, ανεξάρτητα από τη νομική ή βιολογική φύση της σχέσης τους με τον ασθενή.

B2. Συγκατοίκηση με τον ασθενή

Επιπλέον, εξετάστηκε η συνθήκη διαμονής των φροντιστών σε σχέση με τον ασθενή, προκειμένου να αποτυπωθεί το ποσοστό εκείνων που μοιράζονται την ίδια στέγη με τον χειρουργημένο ασθενή, γεγονός που συνεπάγεται μια πιο άμεση και συνεχή εμπλοκή στη φροντίδα του. Η κατανομή του δείγματος ως προς τη συγκατοίκηση παρουσιάζεται στον Πίνακα 14.

Συγκατοίκηση με τον Ασθενή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ναι (Συγκατοίκηση)	24	24,0
Όχι (Διαμονή σε διαφορετική οικία)	76	76,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ως προς τη συγκατοίκηση με τον ασθενή

Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 14, η πλειονότητα των φροντιστών του δείγματος (76,0%) δηλώνει ότι δεν συγκατοικεί με τον ασθενή, ενώ το 24,0% μοιράζεται την ίδια στέγη μαζί του. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς υποδηλώνει ότι για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, η παροχή άτυπης φροντίδας δεν περιορίζεται εντός των τειχών της κοινής κατοικίας, αλλά απαιτεί τη συστηματική μετακίνηση του φροντιστή, γεγονός που ενδέχεται να προσθέτει πρακτική και χρονική επιβάρυνση στο

καθημερινό του πρόγραμμα. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό της συγκατοίκησης (24,0%) αντανakλά τη σταθερή ανάληψη της καθημερινής, 24ωρης υποστήριξης από τον στενό πυρήνα του περιβάλλοντος του ασθενούς.

Στη συνέχεια, για τον έλεγχο της επίδρασης της συμβίωσης στις στρατηγικές διαχείρισης, εφαρμόστηκε το στατιστικό κριτήριο t-test ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples t-test), συγκρίνοντας τους φροντιστές που συγκατοικούν με τον ασθενή με εκείνους που διαμένουν σε διαφορετική οικία. Τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή t	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Κοινωνική Υποστήριξη	98	-1,211	0,229
Αναπλαισίωση	98	-1,068	0,288
Πνευματική Υποστήριξη	98	-0,326	0,745
Κινητοποίηση της οικογένειας	98	-1,162	0,248
Παθητική Εκτίμηση	98	-0,083	0,934

Πίνακας 15: Έλεγχος t-test των διαστάσεων της F-COPES ως προς τη συγκατοίκηση με τον ασθενή

Τα ευρήματα του Πίνακα 15 καταδεικνύουν ότι δεν υφίστανται στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0,05$). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι η φυσική εγγύτητα και η συγκατοίκηση στον ίδιο χώρο δεν μεταβάλλουν τον τρόπο με τον οποίο ο φροντιστής επιστρατεύει και οργανώνει τους μηχανισμούς αντιμετώπισης της κρίσης.

Το ψυχολογικό βάρος, η αγωνία της μετεγχειρητικής παρακολούθησης και η ανάγκη προσαρμογής στα νέα δεδομένα υγείας του οικείου προσώπου παραμένουν εξίσου υψηλά και απαιτητικά, ανεξάρτητα από το αν ο φροντιστής επιστρέφει στο δικό του σπίτι ή διαμένει κάτω από την ίδια στέγη με τον ασθενή. Οι ανάγκες για κοινωνική δικτύωση, γνωστική επανεκτίμηση, πνευματική στήριξη ή κινητοποίηση των συγγενών λειτουργούν οριζόντια. Αυτό αναδεικνύει ότι η εμπειρία της άτυπης φροντίδας καθορίζεται κυρίως από

τη συναισθηματική σύνδεση και τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς, υπερβαίνοντας τους καθαρά χωροταξικούς περιορισμούς ή τη γεωγραφική εγγύτητα των κατοικιών τους.

B3. Συνολική Διάρκεια Φροντίδας

Επιπρόσθετα, εξετάστηκε η χρονική διάσταση της παροχής υποστήριξης, δηλαδή το διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την αρχική ανάληψη του ρόλου του φροντιστή έως την ημέρα διεξαγωγής της έρευνας. Η αποτύπωση αυτή επιτρέπει να κατανοήσουμε αν το δείγμα αποτελείται από φροντιστές που διαχειρίζονται μια πρόσφατη, οξεία μετεγχειρητική κρίση υγείας ή από άτομα που έχουν αναπτύξει μια πιο μακροχρόνια ροή φροντίδας. Η κατανομή του δείγματος ως προς τη συνολική διάρκεια φροντίδας παρουσιάζεται στον Πίνακα 16.

Διάρκεια Φροντίδας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Λιγότερο από 1 μήνα	31	31,0
1 έως 3 μήνες	27	27,0
4 έως 6 μήνες	10	10,0
Πάνω από 6 μήνες	32	32,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ως προς τη συνολική διάρκεια φροντίδας

Όπως διαφαίνεται από τα δεδομένα του Πίνακα 16, η χρονική διάρκεια ενασχόλησης των συμμετεχόντων με τη φροντίδα παρουσιάζει μια σχετικά ισορροπημένη κατανομή μεταξύ των άκρων. Το 31,0% του δείγματος παρέχει φροντίδα για διάστημα μικρότερο του ενός μήνα, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο φροντιστής βρίσκεται στη δίνη της άμεσης μετεγχειρητικής προσαρμογής και των πρώτων έντονων απαιτήσεων της αποκατάστασης. Στον αντίποδα, το 32,0% των συμμετεχόντων φροντίζει τον ασθενή για διάστημα που υπερβαίνει τους 6 μήνες, έχοντας πλέον αποκτήσει μεγαλύτερη οικειότητα

και σταθερότητα στη διαχείριση των αναγκών του. Τα ενδιάμεσα διαστήματα (1-3 μήνες και 4-6 μήνες) συγκεντρώνουν το 27,0% και το 10,0% του δείγματος αντίστοιχα.

Στη συνέχεια, εξετάστηκε η επίδραση του χρόνου που έχει μεσολαβήσει από την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή στις στρατηγικές διαχείρισης. Ο έλεγχος διενεργήθηκε μέσω της Ανάλυσης Διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA) και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 17.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Κοινωνική Υποστήριξη	3, 96	0,091	0,965
Αναπλαισίωση	3, 96	1,002	0,396
Πνευματική Υποστήριξη	3, 96	1,248	0,297
Κινητοποίηση της οικογένειας	3, 96	0,322	0,810
Παθητική Εκτίμηση	3, 96	1,488	0,223

Πίνακας 17: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς τη συνολική διάρκεια φροντίδας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 17, δεν αναδείχθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις πέντε υποκλίμακες της κλίμακας F-COPES ($p > 0,05$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι ο συνολικός χρόνος ενασχόλησης και η χρονική «προϋπηρεσία» στον ρόλο της φροντίδας δεν μεταβάλλουν τη σταθερότητα των μηχανισμών προσαρμογής του φροντιστή.

Είτε πρόκειται για έναν φροντιστή που αντιμετωπίζει το αρχικό σοκ και τις άμεσες ανάγκες των πρώτων εβδομάδων, είτε για κάποιον που παρέχει υποστήριξη για παρατεταμένο χρονικό διάστημα μηνών, οι εσωτερικοί ψυχολογικοί μηχανισμοί και η επιστράτευση των υποστηρικτικών πόρων παραμένουν παρόμοιες. Η εμπειρία του χρόνου δεν φαίνεται να αμβλύνει ή να διαφοροποιεί τον τρόπο με τον οποίο το άτομο νοσηματοδοτεί την κατάσταση, αναδεικνύοντας ότι η μετεγχειρητική παρακολούθηση και η

διαχείριση της υγείας του οικείου προσώπου διατηρεί την απαιτητική και πιεστική της φύση, προκαλώντας σταθερές ψυχικές και γνωστικές αποκρίσεις σε όλο το χρονικό εύρος.

B4. Καθημερινή Ενασχόληση με τη φροντίδα

Παράλληλα με τη συνολική διάρκεια, μελετήθηκε ο ημερήσιος φόρτος των συμμετεχόντων, δηλαδή οι ώρες καθημερινής απασχόλησης με την υποστήριξη του ασθενούς, προκειμένου να αποτυπωθεί η ένταση της φροντίδας σε επίπεδο εικοσιτετραώρου. Η κατανομή του δείγματος με βάση τις ώρες καθημερινής ενασχόλησης παρουσιάζεται στον Πίνακα 18.

Ώρες Καθημερινής Φροντίδας	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Λιγότερο από 1 ώρα / ημέρα	27	27,0
1 έως 3 ώρες / ημέρα	49	49,0
4 έως 6 ώρες / ημέρα	13	13,0
Πάνω από 6 ώρες / ημέρα	11	11,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ως προς τις ώρες καθημερινής ενόχλησης

Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 18, ο ημερήσιος χρόνος που αφιερώνουν οι φροντιστές παρουσιάζει μια συγκεκριμένη συγκέντρωση στις ενδιάμεσες κατηγορίες. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (49,0%) αφιερώνουν από 1 έως 3 ώρες ημερησίως για τις ανάγκες του ασθενούς, γεγονός που αναδεικνύει μια σταθερή, καθημερινή δέσμευση χρόνου. Παράλληλα, το 27,0% απασχολείται λιγότερο από μία ώρα, λειτουργώντας πιθανώς πιο επικουρικά, ενώ ένα συνολικό ποσοστό 24,0% επωμίζεται έναν σαφώς πιο βαρύ ημερήσιο φόρτο που κυμαίνεται από 4 έως και πάνω από 6 ώρες καθημερινά. Η καταγραφή αυτών των ωρών επιβεβαιώνει τις πρακτικές απαιτήσεις της μετεγχειρητικής περιόδου, κατά την οποία ο ασθενής χρειάζεται συστηματική υποστήριξη.

Αντίστοιχα, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η αντικειμενική αυτή ένταση της καθημερινής φροντίδας επηρεάζει τις ψυχολογικές επιλογές και τη χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών προσαρμογής, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διακύμανσης ενός παράγοντα (One-

Way ANOVA). Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 19.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Κοινωνική Υποστήριξη	3, 96	1,386	0,252
Αναπλαισίωση	3, 96	0,173	0,914
Πνευματική Υποστήριξη	3, 96	0,480	0,697
Κινητοποίηση της οικογένειας	3, 96	2,088	0,107
Παθητική Εκτίμηση	3, 96	0,015	0,998

Πίνακας 19: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς την καθημερινή ενασχόληση με τη φροντίδα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον Πίνακα 19, δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0,05$). Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι ο αριθμός των ωρών που αφιερώνει καθημερινά ο φροντιστής δεν μεταβάλλει τη δομή των εσωτερικών του μηχανισμών διαχείρισης.

Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι το ψυχολογικό βάρος και η ανάγκη επιστράτευσης στρατηγικών αντιμετώπισης πηγάζουν από την ίδια την ευθύνη και τη συναισθηματική δέσμευση του ρόλου, και όχι από την χρονική διάρκεια απασχόλησης. Είτε ένας φροντιστής απασχολείται λιγότερο από μία ώρα την ημέρα είτε βρίσκεται σε καθημερινή πολύωρη ετοιμότητα, η γνωστική επανεκτίμηση της κρίσης, η ανάγκη για κοινωνικά και οικογενειακά στηρίγματα, καθώς και οι αμυντικοί μηχανισμοί παθητικής αποδοχής επιστρατεύονται με την ίδια ένταση. Αυτό αναδεικνύει ότι η μετεγχειρητική φροντίδα βιώνεται ως μια καθολική ψυχική πρόκληση, η οποία υπερβαίνει τη στενή χρονική διάρκεια της φυσικής παρουσίας.

B5. Ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου

Τέλος, ερευνήθηκε η επίδραση της ύπαρξης υποστηρικτικού δικτύου, δηλαδή η διαθεσιμότητα άλλων προσώπων (συγγενών, φίλων ή επαγγελματιών υγείας) που βοηθούν με οποιονδήποτε τρόπο τον κύριο φροντιστή στη φροντίδα του ασθενούς. Η καταγραφή αυτή επιτρέπει να διαπιστωθεί αν ο φροντιστής διαχειρίζεται αποκλειστικά μόνος του το βάρος της μετεγχειρητικής περιόδου ή αν πλαισιώνεται από ένα ευρύτερο δίκτυο ασφαλείας. Η κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου παρουσιάζεται στον Πίνακα 20.

Ύπαρξη Υποστηρικτικού Δικτύου	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ναι	65	65,0
Όχι	13	13,0
Μερικές φορές	22	22,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου

Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 20, η πλειονότητα των φροντιστών του δείγματος (65,0%) δηλώνει ότι διαθέτει υποστηρικτικό δίκτυο στην καθημερινή φροντίδα του ασθενούς, ενώ ένα 22,0% λαμβάνει βοήθεια από άλλα πρόσωπα μόνο μερικές φορές. Αντίθετα, ένα ποσοστό 13,0% στερείται οποιασδήποτε εξωτερικής συνδρομής, επωμιζόμενο εξολοκλήρου τις απαιτήσεις της μετεγχειρητικής περιόδου. Η ύπαρξη δικτύου για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελεί έναν αντικειμενικό παράγοντα που μπορεί να ανακουφίσει τον κύριο φροντιστή από το σωματικό και χρονικό φόρτο των καθημερινών υποχρεώσεων.

Στη συνέχεια, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η ύπαρξη ή η απουσία αυτού του υποστηρικτικού δικτύου διαφοροποιεί τις ψυχολογικές επιλογές και τις στρατηγικές διαχείρισης, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA). Τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 21.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Αναπλαισίωση	2, 97	0,779	0,462

Πνευματική Υποστήριξη	2, 97	0,108	0,898
Κινητοποίηση της οικογένειας	2, 97	0,225	0,799
Παθητική Εκτίμηση	2, 97	0,056	0,945
Αναπλαισίωση	2, 97	0,779	0,462

Πίνακας 21: Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA) ως προς την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου στις στρατηγικές αντιμετώπισης

Τα αποτελέσματα του Πίνακα 21 έδειξαν ότι δεν υφίστανται στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις υποκλίμακες της κλίμακας F-COPES ($p > 0,05$). Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, καθώς υποδεικνύει ότι η εσωτερική, ψυχολογική διεργασία προσαρμογής και επιστράτευση μηχανισμών διαχείρισης από την πλευρά του κύριου φροντιστή δεν επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητα εξωτερικής πρακτικής βοήθειας.

Αυτό αναδεικνύει τον βαθιά υποκειμενικό και εσωτερικό χαρακτήρα της διαχείρισης του στρες κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση. Είτε ο φροντιστής είναι μόνος του στην καθημερινή φροντίδα είτε έχει τη συστηματική συνδρομή άλλων προσώπων, η ανάγκη για γνωστική αναπλαισίωση της κρίσης, η καταφυγή σε πνευματικά στηρίγματα, καθώς και η κινητοποίηση των στενών συγγενών για συναισθηματική αποδοχή λειτουργούν με την ίδια ένταση. Το ψυχικό αποτύπωμα της ευθύνης για την υγεία του οικείου προσώπου παραμένει προσωπικό, επιβεβαιώνοντας ότι η πρακτική υποστήριξη, αν και ανακουφίζει το σώμα, δεν μεταβάλλει αυτόματα τον τρόπο με τον οποίο η διάνοια και το συναίσθημα του φροντιστή επεξεργάζονται το βάρος της ασθένειας.

5.4.Ανάλυση ως προς τα Κλινικά Χαρακτηριστικά του Ασθενούς

Γ1. Τύπος Χειρουργικής Επέμβασης

Η τελευταία ενότητα των επαγωγικών ελέγχων εστίασε στην πιθανή επίδραση των αντικειμενικών κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου και της χειρουργικής έκβασης των ασθενών. Αρχικά, αποτυπώθηκε η κατανομή του δείγματος με βάση το είδος της επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν οι ασθενείς, προκειμένου να κατανοηθεί η ιατρική φύση των περιστατικών που διαχειρίζονται καθημερινά οι φροντιστές. Η κατανομή αυτή παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 22.

Τύπος Χειρουργικής Επέμβασης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
------------------------------	---------------	-------------

Ορθοπεδικές επεμβάσεις	39	39,0
Ογκολογικές / Αφαίρεση όγκου	7	7,0
Καρδιολογικές / Αγγειοχειρουργικές	10	10,0
Γενική Χειρουργική	31	31,0
Άλλο	13	13,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος προς τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης

Όπως διαφαίνεται από τον Πίνακα 22, το δείγμα των ασθενών παρουσιάζει μια πολυμορφία κλινικών περιστατικών, με ισχυρότερη τη συγκέντρωση στις ορθοπεδικές επεμβάσεις (39,0%) και στα περιστατικά γενικής χειρουργικής (31,0%). Μικρότερα αλλά εξαιρετικά σημαντικά ποσοστά καταλαμβάνουν οι καρδιολογικές/αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις (10,0%) και οι ογκολογικές χειρουργικές επεμβάσεις αφαίρεσης όγκου (7,0%), ενώ ένα 13,0% αφορά άλλες χειρουργικές κατηγορίες. Η διαφοροποίηση αυτή στο είδος των επεμβάσεων συνεπάγεται και ένα διαφορετικό επίπεδο μετεγχειρητικής φροντίδας, καθώς ορισμένες επεμβάσεις (όπως οι ογκολογικές ή οι καρδιολογικές) χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ανατομική πολυπλοκότητα ή αυξημένη οργανική απειλή κατά την περίοδο της ανάρρωσης.

Στη συνέχεια, εξετάστηκε εάν ο τύπος της χειρουργικής επέμβασης (ανάλογα με τη βαρύτητα και το ανατομικό σύστημα) διαφοροποιεί τον τρόπο αντιμετώπισης από την πλευρά του φροντιστή. Ο έλεγχος διενεργήθηκε μέσω της Ανάλυσης Διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA) και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 23.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
--	---------------------------	--------	-------------------------------

Κοινωνική Υποστήριξη	4, 95	1,806	0,134
Αναπλαισίωση	4, 95	1,330	0,265
Πνευματική Υποστήριξη	4, 95	1,742	0,147
Κινητοποίηση της οικογένειας	4, 95	2,096	0,087
Παθητική Εκτίμηση	4, 95	0,957	0,435

Πίνακας 23: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την επίδραση του τύπου χειρουργικής επέμβασης στις στρατηγικές αντιμετώπισης

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του Πίνακα 23, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις πέντε υποκλίμακες της κλίμακας F-COPES ($p > 0,05$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η αντικειμενική φύση και η ανατομική εντόπιση της χειρουργικής επέμβασης δεν διαφοροποιούν τον τρόπο με τον οποίο οι φροντιστές κινητοποιούνται, νοσηματοδοτούν την κατάσταση και προσαρμόζονται για να διαχειριστούν την κρίση.

Το ψυχολογικό φορτίο, η ανάγκη για αναζήτηση κοινωνικών στηριγμάτων, η γνωστική επανεκτίμηση των δυσκολιών και η επιστράτευση πνευματικών ή οικογενειακών πόρων παραμένουν σε παρόμοια επίπεδα έντασης, ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής υποβλήθηκε σε μια λιγότερο ή περισσότερη εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση. Αυτό αναδεικνύει ότι για τον άτυπο φροντιστή, το γεγονός του χειρουργείου καθαυτό και η ευθύνη της μετεγχειρητικής υποστήριξης του οικείου του προσώπου αποτελούν μια ενιαία ψυχολογική πρόκληση, η οποία υπερβαίνει τις ειδικές κλινικές ή τεχνικές λεπτομέρειες του ιατρικού πρωτοκόλλου.

Γ2. Χρόνος που έχει Παρέλθει από τη Χειρουργική Επέμβαση

Στη συνέχεια, εξετάστηκε η επίδραση του μετεγχειρητικού χρόνου ανάρρωσης, δηλαδή του χρόνου που έχει μεσολαβήσει από την ημέρα της χειρουργικής επέμβασης έως τη στιγμή της έρευνας. Η καταγραφή αυτή είναι ουσιώδης για να προσδιοριστεί η χρονική φάση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής (άμεση μετεγχειρητική φάση έναντι μακροχρόνιας αποκατάστασης), γεγονός που καθορίζει το είδος και την ένταση των αναγκών του. Η

κατανομή του δείγματος ως προς τον χρόνο που έχει παρέλθει από το χειρουργείο παρουσιάζεται στον Πίνακα 24.

Χρόνος από το Χειρουργείο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Λιγότερο από 1 μήνα	31	31,0
1 έως 3 μήνες	22	22,0
4 έως 6 μήνες	10	10,0
Πάνω από 6 μήνες	37	37,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ως προς το χρόνο που έχει παρέλθει από τη χειρουργική επέμβαση

Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 24, το 31,0% των ασθενών βρίσκεται στον πρώτο, κρίσιμο μετεγχειρητικό μήνα, όπου οι ανάγκες κλινικής επίβλεψης και σωματικής υποστήριξης είναι ιδιαίτερα έντονες. Το 22,0% και το 10,0% του δείγματος βρίσκεται σε μια ενδιάμεση φάση ανάρρωσης (1-3 και 4-6 μήνες αντίστοιχα), ενώ το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (37,0%) έχει ξεπεράσει τους 6 μήνες από την επέμβαση, διανύοντας μια πιο σταθεροποιημένη περίοδο αποκατάστασης.

Προκειμένου να διαπιστωθεί εάν ο χρόνος που έχει μεσολαβήσει από το χειρουργείο διαφοροποιεί τις στρατηγικές διαχείρισης και προσαρμογής των φροντιστών, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 25.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
--	---------------------------	--------	-------------------------------

Κοινωνική Υποστήριξη	3, 96	0,883	0,453
Αναπλαισίωση	3, 96	1,507	0,218
Πνευματική Υποστήριξη	3, 96	0,510	0,676
Κινητοποίηση της οικογένειας	3, 96	0,927	0,431
Παθητική Εκτίμηση	3, 96	1,176	0,323

Πίνακας 25: Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ως προς τον χρόνο που έχει παρέλθει από το χειρουργείο

Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου (Πίνακα 25) δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις υποκλίμακες της κλίμακας F-COPES ($p > 0,05$). Το εύρημα αυτό αποδεικνύει ότι οι μηχανισμοί προσαρμογής και διαχείρισης των φροντιστών παραμένουν σταθεροί καθ'όλη τη μετεγχειρητική πορεία.

Η μετάβαση από το αρχικό οξύ στάδιο (τις πρώτες εβδομάδες μετά το χειρουργείο) προς τη μακροχρόνια φάση της αποκατάστασης δεν φαίνεται να αμβλύνει ή να μεταβάλλει τις ψυχολογικές στρατηγικές που επιστρατεύει το άτομο. Είτε η επέμβαση πραγματοποιήθηκε πολύ πρόσφατα είτε έχουν παρέλθει αρκετοί μήνες, οι φροντιστές παρουσιάζουν την ίδια ανάγκη για γνωστική αναπλαισίωση της κατάστασης, την ίδια τάση αναζήτησης κοινωνικών και οικογενειακών υποστηρικτικών δικτύων, καθώς και παρόμοιες αμυντικές ή πνευματικές αποκρίσεις. Η σταθερότητα αυτή υπογραμμίζει ότι η εμπειρία της μετεγχειρητικής φροντίδας διατηρεί τον απαιτητικό της χαρακτήρα διαχρονικά, με το ψυχικό φορτίο της ευθύνης να παραμένει εξίσου ισχυρό σε όλα τα στάδια της ανάρρωσης.

Γ3. Ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών

Τέλος, διερευνήθηκε η πιθανή επίδραση της εμφάνισης επιπλοκών στη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς, συγκρίνοντας τις ομάδες των φροντιστών με βάση την ομαλή ή μη έκβαση της ανάρρωσης. Η καταγραφή της ύπαρξης επιπλοκών αποτελεί έναν κρίσιμο δείκτη της κλινικής σταθερότητας του ασθενούς, καθώς η εκδήλωση απρόοπτων ιατρικών προβλημάτων αυξάνει αντικειμενικά τις απαιτήσεις για εξειδικευμένη φροντίδα και εντείνει το αίσθημα αβεβαιότητας. Η κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών παρουσιάζεται στον Πίνακα 26.

Ύπαρξη Επιπλοκών	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ναι	12	12,0
Όχι	77	77,0
Δεν γνωρίζω	11	11,0
Σύνολο	100	100,0

Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 26, η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών του δείγματος (77,0%) είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών. Ένα ποσοστό 12,0% αντιμετώπισε μετεγχειρητικές επιπλοκές, γεγονός που συνεπάγεται μια πιο σύνθετη και απαιτητική καθημερινή πρακτική φροντίδας, καθώς η διαχείριση ενός ασθενούς με επιπλοκές απαιτεί αυξημένη εγρήγορση, συχνότερες ιατρικές επανεκτιμήσεις και μεγαλύτερη σωματική και συναισθηματική καταπόνηση για τον κύριο φροντιστή. Τέλος, το 11,0% των φροντιστών δήλωσε ότι δεν γνωρίζει την ακριβή κλινική κατάσταση αναφορικά με την ύπαρξη επιπλοκών.

Προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών διαφοροποιεί τις στρατηγικές διαχείρισης και τον τύπο ψυχολογικής προσαρμογής που υιοθετούν οι φροντιστές, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 27.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	Τιμή F	Επίπεδο Σημαντικότητας (p)
Κοινωνική Υποστήριξη	2, 97	0,050	0,951
Αναπλαισίωση	2, 97	0,628	0,536
Πνευματική Υποστήριξη	2, 97	0,433	0,650

Κινητοποίηση της οικογένειας	2, 97	0,445	0,642
Παθητική Εκτίμηση	2, 97	1,781	0,174

Πίνακας 27: Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) ως προς την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του Πίνακα 27, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες των φροντιστών ($p > 0,05$). Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι οι στρατηγικές διαχείρισης η νοσηματοδοτική διεργασία και οι μηχανισμοί προσαρμογής που επιστρατεύουν οι φροντιστές παραμένουν σταθεροί, ανεξάρτητα από την ομαλή ή μη έκβαση της μετεγχειρητικής πορείας του ασθενούς.

Η απουσία στατιστικής σημαντικότητας φανερώνει ότι η επιλογή των πρακτικών και ψυχολογικών στρατηγικών αντιμετώπισης καθορίζεται περισσότερο από τη δομή της προσωπικότητας του φροντιστή και τα προϋπάρχοντα σχήματα διαχείρισης κρίσεων, παρά από την εμφάνιση των ίδιων των επιπλοκών. Είτε ο ασθενής αναρρώνει απρόσκοπτα είτε εμφανίζει κλινικές επιπλοκές που δυσχεραίνουν την πορεία του, ο φροντιστής τείνει να επιστρατεύει το ίδιο επίπεδο κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης και την ίδια γνωστική αναπλαισίωση. Η διαπίστωση αυτή υπογραμμίζει ότι το γεγονός της χειρουργικής επέμβασης και η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή αποτελούν από μόνα τους μια ισχυρή πηγή στρες, η οποία ενεργοποιεί πλήρως τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ατόμου, καθιστώντας τους σχετικά ανεπηρέαστους από τις επιμέρους κλινικές διακυμάνσεις της ανάρρωσης.

5.5 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Πριν από τη διενέργεια των επαγωγικών στατιστικών ελέγχων, κρίθηκε σκόπιμη η αποτύπωση της γενικής εικόνας των μηχανισμών προσαρμογής που επιστρατεύει το σύνολο του δείγματος. Μέσω της ψυχομετρικής κλίμακας F-COPES, αναλύθηκαν οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και το εύρος διακύμανσης των απαντήσεων των 100 άτυπων φροντιστών. Τα περιγραφικά στοιχεία για τις πέντε υποκλίμακες της κλίμακας παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 28.

Στρατηγική Αντιμετώπισης (F-COPES)	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή (M)	Τυπική Απόκλιση (SD)
Κοινωνική Υποστήριξη	9,00	45,00	28,39	6,66

(Social Support)				
Αναπλαισίωση (Reframing)	12,00	36,00	27,51	4,44
Παθητική Εκτίμηση (Passive Appraisal)	7,00	24,00	15,72	3,60
Πνευματική Υποστήριξη (Spiritual Support)	4,00	20,00	13,03	3,38
Κινητοποίηση της οικογένειας (Family Mobilization)	4,00	20,00	12,68	3,90

Πίνακας 28: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των υποκλιμάκων της κλίμακας F-COPES (N=100)

Όπως διαφαίνεται από τα δεδομένα του Πίνακα 28, οι φροντιστές του δείγματος επιδεικνύουν ένα ικανοποιητικό συνολικό επίπεδο ενεργοποίησης στρατηγικών διαχείρισης κρίσεων. Η υποκλίμακα που συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία είναι η Κοινωνική Υποστήριξη ($M=28,39$, $SD=6,66$), γεγονός που αναδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες στρέφονται συστηματικά και κατά προτεραιότητα στο ευρύτερο περιβάλλον τους (φίλοι, γείτονες, επαγγελματίες υγείας) για την άντληση συμβουλών, πρακτικής βοήθειας και συναισθηματικής στήριξης. Σχεδόν εξίσου υψηλή χρήση καταγράφει η διάσταση της Αναπλαισίωσης ($M=27,51$, $SD=4,44$), γεγονός που υποδηλώνει την επιστράτευση ισχυρών γνωστικών μηχανισμών, καθώς οι φροντιστές προσπαθούν ενεργά να επαναπροσδιορίσουν θετικά τη δυσκολία της χειρουργικής εμπειρίας, να ανακαλύψουν κρυμμένα νοήματα και να διατηρήσουν μια αισιόδοξη στάση απέναντι στην κρίση.

Σε ενδιάμεσα επίπεδα κινείται η Παθητική Εκτίμηση ($M=15,72$, $SD=3,60$), φανερώνοντας ότι ένα μέρος των φροντιστών υιοθετεί ενίοτε μια πιο ουδέτερη ή μοιρολατρική στάση αποδοχής, θεωρώντας ότι ορισμένες εξελίξεις καθορίζονται από τον χρόνο και είναι πέρα από τον δικό τους έλεγχο. στον αντίποδα, οι στρατηγικές που παρουσιάζουν τη μικρότερη συχνότητα εμφάνισης είναι η Πνευματική Υποστήριξη ($M=13,03$, $SD=3,38$) και η Κινητοποίηση της Οικογένειας ($M=12,68$, $SD=3,90$). Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι η καταφυγή σε θρησκευτικούς/πνευματικούς πόρους, καθώς και η επίμονη διεκδίκηση βοήθειας από τον στενό ή ευρύτερο οικογενειακό ιστό,

αποτελούν δευτερεύουσες επιλογές για το συγκεκριμένο δείγμα, το οποίο προτιμά την αυτόνομη διαχείριση ή την εξωοικογενειακή κοινωνική υποστήριξη.

5.6 Περίληψη των Ευρημάτων Επαγωγικής Στατιστικής

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται μια ολοκληρωμένη και συνοπτική ανασκόπηση των κυριότερων ερευνητικών ευρημάτων που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων των 100 άτυπων φροντιστών, μέσω των ελέγχων ANOVA που ακολουθούν.

Αρχικά, η περιγραφική ανάλυση του κοινωνικού και δημογραφικού προφίλ του δείγματος επιβεβαίωσε την επικράτηση του γυναικείου φύλου στην παροχή άτυπης φροντίδας, με τις γυναίκες να αποτελούν το 76,0% του συνόλου. Το δείγμα αποτελούνταν από σχετικά νέους ενήλικες παραγωγικής ηλικίας, με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση (34,0%) να εντοπίζεται στην ηλικιακή ομάδα 26-35 ετών, και τον γενικό μέσο όρο ηλικίας να διαμορφώνεται στα 35,72 έτη.

Από την πλευρά της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης, αναδείχθηκαν δύο κύριες στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ($p < 0,05$). Πιο συγκεκριμένα, ως προς τη μεταβλητή του φύλου, οι γυναίκες φροντιστές εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στην Κινητοποίηση της Οικογένειας ($p=0,033$) καθώς και στην Παθητική Εκτίμηση ($p=0,004$) σε σύγκριση με τους άνδρες ομολόγους τους. Παράλληλα, η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να ασκεί επίσης στατιστικά σημαντική επίδραση στη διάσταση της Πνευματικής Υποστήριξης ($p=0,042$), με τους άγαμους και τους έγγαμους συμμετέχοντες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές θρησκευτικής και πνευματικής καταφυγής έναντι των διαζευγμένων μελών του δείγματος.

Στον αντίποδα, καμία από τις μεταβλητές που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της φροντίδας (ώρες ενασχόλησης, συγκατοίκηση, ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου) ή τα αντικειμενικά κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενούς (τύπος χειρουργικής επέμβασης, μετεγχειρητικός χρόνος, εμφάνιση επιπλοκών) δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική επίδραση στις στρατηγικές coping. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τη σχετική σταθερότητα των ψυχολογικών μηχανισμών προσαρμογής απέναντι στην αντικειμενική βαρύτητα της νόσου ή τις πρακτικές παραμέτρους της φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Συζήτηση

6.1.Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Σκοπός αυτής της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διεξοδική διερεύνηση των στρατηγικών προσαρμογής που υιοθετούν οι άτυποι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών κατά την περίοδο της ανάρρωσης στο σπίτι, μέσω της χρήσης της σταθμισμένης κλίμακας F-COPES, καθώς και η αποτίμηση της επίδρασης δημογραφικών και κλινικών παραγόντων στη διαμόρφωση των μηχανισμών αυτών. Αρχικά, η ανάλυση του κοινωνικο-δημογραφικού προφίλ του δείγματος αποκάλυψε ότι η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες σε ποσοστό 76,0%. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει με απόλυτο τρόπο την επικρατούσα τάση στη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία διαχρονικά καταδεικνύει ότι η άτυπη και οικογενειακή φροντίδα αποτελεί μια βαθιά έμφυλη διαδικασία, κοινωνικά προσδιορισμένη. Οι γυναίκες, όπως σύζυγοι και κόρες, επωμίζονται

παραδοσιακά το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας, εύρημα που εναρμονίζεται με τις συστηματικές ανασκοπήσεις των Pinquart και Sörensen (2006).

Παράλληλα, ιδιαίτερο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο χαμηλός μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος, ο οποίος διαμορφώθηκε στα 35,72 έτη. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε μερική αντίθεση με την πλειονότητα των ευρημάτων στον τομέα της φροντίδας, οι οποίες συνήθως μελετούν μεγαλύτερους σε ηλικία φροντιστές χρονίως πασχόντων. Η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή σε μια τόσο νεαρή ηλικία υποδηλώνει ότι η διαχείριση της μετεγχειρητικής κρίσης συμπίπτει με την πιο παραγωγική, εργασιακή και κοινωνική φάση της ζωής του ατόμου. Η πρόωγη αυτή ανάληψη ευθυνών αυξάνει ενδεχομένως τον κίνδυνο σύγκρουσης ρόλων όσον αφορά την εργασία, την προσωπική ζωή και τη φροντίδα της υπόλοιπης οικογένειας, όπως ακριβώς επισημαίνουν οι Schulz και Sherwood (2008) για την επιβάρυνση των νέων φροντιστών.

Αναφορικά με τις επικρατούσες στρατηγικές αντιμετώπισης, τα στατιστικά αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φροντιστές βάσει του δείγματος βασίζονται κατά κύριο λόγο στις υποκλίμακες της Κοινωνικής Υποστήριξης και της Αναπλαισίωσης. Το εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται απόλυτα με τη θεωρία των Lazarus και της Folkman (1984) σχετικά με τη γνωστική εκτίμηση και τη διαχείριση του άγχους, η οποία υποστηρίζει ότι οι εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές και η αναζήτηση υποστήριξης μειώνουν το ψυχολογικό φορτίο. Παράλληλα, τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη μελέτη των McCubbin et al. (1982), οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα F-COPES και επισημαίνουν ότι η γνωστική αναπλαισίωση και η αναζήτηση κοινωνικών δικτύων αποτελούν τις ευκολότερο προσαρμοστικές και αποτελεσματικές μεθόδους ελάττωσης της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών. Από την άλλη πλευρά, η χαμηλή βαθμολογία στην Πνευματικής Υποστήριξης ενδέχεται να αντικατοπτρίζει μια στροφή των νεότερων γενεών προς πιο κοσμικούς και πρακτικούς τρόπους διαχείριση κρίσεων.

Η στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση που εντοπίστηκε ως προς το φύλο, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα τόσο στην Κινητοποίηση της οικογένειας όσο και στην Παθητική Εκτίμηση, παρουσιάζει ιδιαίτερο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον. Η διεθνής βιβλιογραφία συχνά παρουσιάζει τις γυναίκες να βιώνουν εντονότερα το συναισθηματικό φορτίο της φροντίδας, γεγονός το οποίο οδηγεί στη χρήση μεγαλύτερου εύρους στρατηγικών, συμπεριλαμβανομένης και της παθητικής εκτίμησης, όπως τεκμηριώνεται από τους εκπροσώπους του μοντέλου stress-process (Pearlin et al., 1990). Την ίδια στιγμή,

ο κεντρικός ρόλος τους μέσα στην οικογένεια και τη παραδοσιακή διαχείριση των δεσμών μεταξύ των ατόμων που την απαρτίζουν εξηγεί την αυξημένη κινητοποίηση της στενής οικογένειας για παροχή βοήθειας.

Η υψηλή βαθμολογία στην Κινητοποίηση της Οικογένειας εξηγείται από τον παραδοσιακό κοινωνικό ρόλο της γυναίκας ως συνεκτικού ιστού του συγγενικού δικτύου, γεγονός που της επιτρέπει να ενεργοποιεί ευκολότερα τους εσωτερικούς πόρους της οικογένειας. Ωστόσο, η ταυτόχρονη προσφυγή στην Παθητική Εκτίμηση (αποδοχή της κατάστασης με μοιρολατρικό τρόπο) υποδηλώνει ότι οι γυναίκες συχνά φτάνουν σε κατάσταση συναισθηματικού κορεσμού, όπου η παθητικότητα λειτουργεί ως έσχατος μηχανισμός αποφυγής της ψυχολογικής κατάρρευσης.

Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα αποτελέσματα της μελέτης αποτελεί η απουσία στατιστικά σημαντικών διαφορών ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά της μετεγχειρητικής πορείας (είδος χειρουργείου, ύπαρξη επιπλοκών) και τον χρόνο ενασχόλησης. Το γεγονός ότι οι αντικειμενικοί αυτοί κλινικοί δείκτες δεν διαφοροποιούν τις στρατηγικές αντιμετώπισης συμφωνεί με τις θεμελιώδεις θεωρίες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η υποκειμενική αντίληψη της κρίσης από τον ίδιο τον φροντιστή είναι ασύγκριτα πιο καθοριστική από την ίδια την αντικειμενική βαρύτητα της ασθένειας.

Όπως εισηγείται η κλασική μελέτη των Zarit, Reever και Bach-Peterson (1980), η επιβάρυνση δεν είναι γραμμικό αποτέλεσμα της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του ασθενούς, αλλά συνάρτηση των ψυχολογικών πόρων του φροντιστή. Οι φροντιστές της παρούσας μελέτης φάνηκε να κινητοποιούν κοινούς εσωτερικούς μηχανισμούς προσαρμογής, αντιμετωπίζοντας τη μετάβαση του ασθενούς στο σπίτι ως μια καθολική και οξεία κρίση, ανεξάρτητα από το αν η χειρουργική επέμβαση ήταν μικρής ή μεγάλης κλινικής πολυπλοκότητας.

Συνοψίζοντας, η διαπίστωση ότι οι άτυποι φροντιστές επιστρατεύουν κοινούς μηχανισμούς προσαρμογής, ανεξάρτητα από την κλινική πολυπλοκότητα της επέμβασης, υπογραμμίζει την ανάγκη μετατόπισης από το ιατροκεντρικό μοντέλο προς την Οικογενειοκεντρική Νοσηλευτική Φροντίδα. Η έντονη έμφυλη διαφοροποίηση ($p=0.004$), με τις γυναίκες να εγκλωβίζονται στην Παθητική Εκτίμηση, αναδεικνύει ότι η παθητικότητα λειτουργεί ως ένας προστατευτικός «συναισθηματικός αποσβεστήρας» απέναντι στον κορεσμό των πολλαπλών ρόλων. Παράλληλα, η χαμηλή καταφυγή στην

Πνευματική Υποστήριξη αντικατοπτρίζει τη δημογραφική ιδιαιτερότητα του δείγματος (μέσος όρος 35,72 έτη), το οποίο ανήκει σε μια ψηφιακά εγγράμματη γενιά. Οι νεότεροι αυτοί φροντιστές δεν αναζητούν μεταφυσική παρηγοριά, αλλά στρέφονται ρεαλιστικά προς το διαδίκτυο και τα δίκτυα ομοτίμων για την άντληση άμεσων, πρακτικών λύσεων, επιβεβαιώνοντας τη μεταβολή των παραδοσιακών στρατηγικών coping στη σύγχρονη ελληνική οικογένεια.

6.2.Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η παρούσα έρευνα ενέχει τόσο δυνατά όσο και αδύναμα σημεία, η αναγνώριση των οποίων είναι απαραίτητη για την ορθή ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Στα θετικά στοιχεία της μελέτης αξίζει να σημειωθεί ότι συμμετέχουν άτυποι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών, μία πληθυσμιακή ομάδα που δεν συνηθίζεται να επιλέγεται ως ομάδα-στόχος, καθώς η πλειονότητα των ερευνών επικεντρώνεται σε φροντιστές χρονίως πασχόντων όπως ασθενείς με άνοια ή καρκίνο. Επιπλέον, Η χρήση του σταθμισμένου και διεθνώς αναγνωρισμένου ερωτηματολογίου F-COPES προσδίδει αυξημένη εγκυρότητα στα ευρήματα και επιτρέπει τη σύγκριση τους με μελλοντικές μελέτες, καθιστώντας το ένα απόλυτα αξιόπιστο μεθοδολογικό εργαλείο.

Αντίθετα, η ερευνητική διαδικασία συνοδεύεται από συγκεκριμένους περιορισμούς που πρέπει να προσμετρηθούν. Πρώτα-πρώτα, το δείγμα των 100 συμμετεχόντων κρίνεται επαρκές για τις ανάγκες της παρούσας ανάλυσης, παρότι σχετικά μικρό, ενώ η χρήση δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling) περιορίζει τη δυνατότητα ασφαλούς γενίκευσης των συμπερασμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό. Δεύτερον, η έρευνα χαρακτηρίζεται από έναν συγχρονικό περιορισμό (cross-sectional design), καθώς η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, γεγονός που στερεί τη δυνατότητα παρακολούθησης του τρόπου με τον οποίο εξελίσσονται οι στρατηγικές προσαρμογής του φροντιστή στην πορεία του χρόνου. Τρίτον, η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το φαινόμενο της κοινωνικής επιθυμητότητας, όπου οι συμμετέχοντες δίνουν τις απαντήσεις τους σύμφωνα με το τι πιστεύουν ότι είναι κοινωνικά αποδεκτό, υποτιμώντας ενδεχομένως τον παράγοντα της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης ή την υιοθέτηση παθητικών στάσεων.

Για την ελαχιστοποίηση αυτών των περιορισμών, εξασφαλίστηκε η πλήρης ανωνυμία των συμμετεχόντων, ώστε να ενθαρρυνθούν οι ειλικρινείς απαντήσεις, και τηρήθηκαν επακριβώς όλα τα πρωτόκολλα όπως ορίζονται από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας. Την ίδια στιγμή, η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με ιδιαίτερη προσοχή, κάνοντας έλεγχο στις κατανομές προτού επιλεγούν τα κατάλληλα κριτήρια (t-tests, ANOVA) έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία των εξαγόμενων (p-values).

Υπό το πρίσμα αυτό, η κριτική αποτίμηση των μεθοδολογικών παραμέτρων αναδεικνύει τη δυναμική ισορροπία μεταξύ των πλεονεκτημάτων και των εγγενών αδυναμιών του σχεδιασμού. Αν και η χρήση του σταθμισμένου εργαλείου F-COPES θωρακίζει την αξιοπιστία της μέτρησης, ο συγχρονικός χαρακτήρας της μελέτης λειτουργεί ως μια στατική «φωτογραφία» μιας δυναμικής διαδικασίας, εμποδίζοντας την αποτύπωση των διακυμάνσεων του στρες σε βάθος χρόνου. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος του σφάλματος κοινωνικής επιθυμητότητας (social desirability bias) υπενθυμίζει ότι οι φροντιστές τείνουν ενίοτε να υποφέρουν σιωπηλά, ωθούμενοι από το ηθικό βάρος των οικογενειακών προσδοκιών. Παρά ταύτα, ο αυστηρός έλεγχος των στατιστικών κατανομών και η διασφάλιση της πλήρους ανωνυμίας λειτούργησαν ως ισχυρά αντίμετρα, επιτρέποντας την εξαγωγή ασφαλών επιστημονικών συμπερασμάτων που ανταποκρίνονται με ακρίβεια στη βιωμένη πραγματικότητα του δείγματος.

6.3. Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η παρούσα έρευνα συνεισφέρει στη υπάρχουσα γνώση αναδεικνύοντας ότι, κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, οι ανάγκες των φροντιστών είναι πρωτίστως ψυχοκοινωνικές και δεν εξαρτώνται μόνο από τη βαρύτητα της κλινικής κατάστασης του ασθενούς. Η ισχυρή τους εξάρτηση από την κοινωνική υποστήριξη και τη νοητική αναπλαισίωση προσφέρει ξεκάθαρες κατευθύνσεις για την πρακτική εφαρμογή.

Αρχικά, κρίνεται σκόπιμη η θεσμοθέτηση ομάδων αλληλοβοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης εντός των νοσοκομειακών δομών, καθώς η κύρια στρατηγική του δείγματος ήταν η Κοινωνική Υποστήριξη. Μέσα από αυτές τις δομές, οι άτυποι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών θα έχουν τη δυνατότητα να μοιράζονται εμπειρίες και συμβουλές με άλλους ανθρώπους που βιώνουν παρόμοιες καταστάσεις κρίσης.

Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες φάνηκε να χρησιμοποιούν περισσότερο την Παθητική Εκτίμηση, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι κοινωνικοί λειτουργοί των νοσοκομείων

οφείλουν να σχεδιάσουν στοχευμένες συμβουλευτικές ενδυνάμωσης. Οι παρεμβάσεις αυτές θα βοηθήσουν τις γυναίκες άτυπους φροντιστές να αναπτύξουν ενεργητικούς μηχανισμούς, αποτρέποντας την ψυχολογική κατάρρευση ή την κοινωνική τους απομόνωση.

Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία η αλλαγή κουλτούρας από την πλευρά του υγειονομικού προσωπικού, το οποίο οφείλει να αντιμετωπίζει τον φροντιστή ως ενεργό πια συνεργάτη και όχι ως έναν απλό επισκέπτη. Για τον σκοπό αυτό, προτείνεται η εφαρμογή δομημένων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης πριν από το εξιτήριο, ώστε ο φροντιστής να εκπαιδεύεται έγκαιρα στην αναπλαισίωση των δυσκολιών της ανάρρωσης, μειώνοντας αποτελεσματικά το δικό του προσδοκώμενο άγχος.

Τέλος, σε ερευνητικό επίπεδο, προτείνεται η οργάνωση μελλοντικών μελετών σε εκτενέστερα και τυχαιοποιημένα δείγματα, καθώς επίσης και διεξαγωγή διαχρονικών ερευνών (longitudinal studies). Οι έρευνες αυτές θα μπορούν να αποτιμήσουν τις στρατηγικές προσαρμογής την 1η εβδομάδα, τον 1ο μήνα και το εξάμηνο μετά το χειρουργείο, χαρτογραφώντας με ακρίβεια τη δυναμική εξέλιξη των μηχανισμών αντιμετώπισης μέσα στο χρόνο.

Συμπερασματικά, οι προτάσεις αυτές δεν αποτελούν θεωρητικές αφαιρέσεις, αλλά μια αναγκαία δέσμη παρεμβάσεων για τον εκσυγχρονισμό των πρωτοκόλλων χειρουργικής νοσηλευτικής. Η ραγδαία εξάπλωση των συστημάτων ταχείας ανάρρωσης (ERAS) μειώνει μεν τις ημέρες νοσοκομειακής νοσηλείας, εναποθέτει όμως ένα δυσανάλογο φορτίο στο σπίτι, καθιστώντας τον άτυπο φροντιστή έναν «αόρατο» και απλήρωτο πυλώνα του συστήματος υγείας. Η θεσμοθέτηση προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης πριν από το εξιτήριο, ο συστηματικός έλεγχος της ετοιμότητας των συγγενών και η ανάπτυξη ψηφιακών οδηγών φροντίδας κρίνονται πλέον επιβεβλημένα. Μόνο μέσα από τη μετάβαση σε ένα μοντέλο που αναγνωρίζει, εκπαιδεύει και προστατεύει ενεργά το οικογενειακό σύστημα, μπορεί να διασφαλιστεί τόσο η κλινική ασφάλεια του μετεγχειρητικού ασθενούς όσο και η ψυχολογική ακεραιότητα του ανθρώπου που τον φροντίζει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συμπεράσματα

7.1.Κύρια συμπεράσματα και προτάσεις

Η παρούσα ερευνητική μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping strategies) στις οποίες προσφεύγουν οι άτυποι φροντιστές μετεγχειρητικών ασθενών, καθώς και την επισήμανση των παραγόντων που διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους κατά την περίοδο ανάρρωσης στο οικιακό περιβάλλον. Με τη χρήση της σταθμισμένης κλίμακας F-COPES, εξήχθησαν τα ακόλουθα συμπεράσματα. Οι άτυποι φροντιστές σε μεγάλο ποσοστό παρουσίασαν υψηλό βαθμό ενεργοποίησης θετικών μηχανισμών προσαρμογής. Η Αναπλαισίωση (Reframing) και η Κοινωνική Υποστήριξη (Social Support) αναδείχθηκαν ως οι δύο κυριότεροι πυλώνες στους οποίους στηρίζεται η οικογένεια για να διαχειριστεί την κρίση της μετεγχειρητικής περιόδου.

Επιπλέον, το φύλο αποτελεί ο ισχυρότερος δημογραφικός παράγοντας διαφοροποίησης στην έρευνα ($p=0.004$). Οι γυναίκες οι οποίες αναλαμβάνουν τον ρόλο του φροντιστή βιώνουν δυσανάλογα μεγάλο συναισθηματικό φορτίο, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν μια και πιο πολυμορφική προσέγγιση αντιμετώπισης. Η προσέγγιση αυτή συνθέτει την έντονη κινητοποίηση του οικογενειακού δικτύου με μηχανισμούς Παθητικής

Εκτίμησης (Passive Appraisal), γεγονός που υποδηλώνει ότι λειτουργούν πολλές φορές υπό συνθήκες έντονης ψυχολογικής πίεσης.

Αποκλίνοντας από τις κοινώς διαδεδομένες αντιλήψεις, το είδος, η πολυπλοκότητα ή η αντικειμενική βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης δεν φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά τις στρατηγικές προσαρμογής των φροντιστών. Η μετάβαση από τον χώρο του νοσοκομείου στο σπίτι και η ξαφνική ανάληψη νοσηλευτικών ευθυνών βιώνονται ως οξεία κρίση εξ ορισμού, ανεξάρτητα από το αν το χειρουργείο ήταν μικρής ή μεγάλης επικινδυνότητας. Τέλος, η στροφή προς την πνευματική ή θρησκευτική υποστήριξη κατέγραψε τις χαμηλότερες τιμές στο δείγμα, επιβεβαιώνοντας τη σύγχρονη τάση των φροντιστών για αναζήτηση πιο πρακτικών, κοσμικών και άμεσων υποστηρικτικών λύσεων.

7.2.Κλινικές και Πρακτικές Εφαρμογές για τη Νοσηλευτική

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης διαθέτουν άμεση και απτή εφαρμογή στο πεδίο της Κλινικής Νοσηλευτικής, προσφέροντας ένα λειτουργικό πλαίσιο για την αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας. Οι νοσηλευτές, στο πλαίσιο του ηγετικού και συμβουλευτικού τους ρόλου, οφείλουν να προβαίνουν σε συστηματική αξιολόγηση των αναγκών και της ετοιμότητας της οικογένειας αρκετά νωρίτερα από την έκδοση του εξιτηρίου.

Πρωτεύουσα σημασία πρέπει να δίνεται στις γυναίκες φροντιστές, οι οποίες, λόγω των κοινωνικών στερεοτύπων, τείνουν να αποκρύπτουν την ψυχολογική τους εξουθένωση πίσω από τη στρατηγική της παθητικής εκτίμησης. Η προετοιμασία της οικογένειας δεν επιτρέπεται να περιορίζεται σε γενικές, προφορικές και βιαστικές οδηγίες, αλλά απαιτείται ο σχεδιασμός μιας εξατομικευμένης και δομημένης εκπαιδευτικής παρέμβασης.

Η παροχή γραπτών, σαφών και ψηφιακά προσβάσιμων οδηγιών μετεγχειρητικής φροντίδας αναφορικά με εξειδικευμένα ζητήματα, όπως η διαχείριση του οξέος πόνου, η αναγνώριση των σημείων λοίμωξης και η περιποίηση του χειρουργικού τραύματος, είναι καθοριστική. Η πρακτική αυτή ενισχύει την αυτοπεποίθηση του φροντιστή (self-efficacy) και προάγει τη γνωστική αναπλαισίωση, μετατρέποντας το άγνωστο σε μια διαχειρίσιμη διαδικασία.

Παράλληλα, κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να λειτουργεί προληπτικά, ενθαρρύνοντας τον κύριο φροντιστή να μοιράζεται τα καθήκοντα με άλλα μέλη του περιβάλλοντός του, αποτρέποντας την πρόωρη σωματική και ψυχική του κατάρρευση και προάγοντας την υγεία ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

7.3.Μελλοντικές Κατευθύνσεις

Με βάση τους περιορισμούς και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, προτείνονται συγκεκριμένες κατευθύνσεις για τη μελλοντική επιστημονικά έρευνα. Καθώς η παρούσα μελέτη ήταν συγχρονική (cross-sectional) αποτύπωσε τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Μία μελλοντική μελέτη η οποία θα παρακολουθούσε τους φροντιστές την 1η ημέρα, την 15η ημέρα και τον 3ο μήνα μετά το χειρουργείο, θα προσέφερε πολύτιμα δεδομένα για το τρόπο με τον οποίο εξελίσσονται και μεταβάλλονται οι μηχανισμοί (coping) κατά την μετεγχειρητική περίοδο.

Επιπλέον, προτείνεται η διεξαγωγή συγκριτικών μελετών αποκλειστικά μεταξύ προγραμματισμένων (elective) και επειγουσών ή εκτάκτων χειρουργικών επεμβάσεων, προκειμένου να αποσαφηνιστεί πλήρως ο παράγοντας του αιφνιδιασμού στην ψυχολογία του φροντιστή. Με τον τρόπο αυτό θα αποσαφηνιστεί πλήρως ο ρόλος του αιφνιδιασμού και της έλλειψης χρόνου προετοιμασίας στην ψυχολογία της οικογένειας.

Τέλος, κρίνεται αναγκαίος ο σχεδιασμός πειραματικών μελετών υπό τη μορφή τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών. Οι μελέτες αυτές θα αναλάβουν να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων, δομημένων νοσηλευτικών συμβουλευτικών παρεμβάσεων πριν από το εξιτήριο, μετρώντας τον άμεσο αντίκτυπο τους στη βελτίωση των σκορ της κλίμακας F-COPES και στη μείωση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adler, J., Green, M. and Thompson, R., 2024. Acute crisis vs. chronic care: The neglected post-operative informal caregiver. *Journal of Advanced Nursing*, 80(3), pp. 512-524.
- Ahrens, K., Meyer, L. and Becker, T., 2024. Gender roles and passive coping in short-term surgical recovery care. *International Journal of Nursing Studies*, 148, p. 104610.
- Ali, Z. and Bhaskar, S.B., 2016. Basic statistical tools in research and data analysis. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(9), pp. 662-669.
- AL-Rawashdeh, S., Al-Masaedi, M. and Al-Sutari, M., 2021. Coping strategies among informal caregivers of surgical patients: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), pp. 1654-1663.
- Berger, V.W. and Zhou, Y. (2014). Kolmogorov–Smirnov Test: Overview. In *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online* (eds N. Balakrishnan, T. Colton, B. Everitt, W. Piegorsch, F. Ruggeri and J.L. Teugels). <https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat06558>
- Bloomfield, J. and Fisher, M.J., 2019. Quantitative research design. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 22(2), pp. 27-30.
- Chen, Y., Wang, H., Zhang, L. and Li, W., 2023. The sudden burden: Psychological stress in informal caregivers during the acute post-operative discharge phase. *Supportive Care in Cancer*, 31(4), p. 215.
- Chua, J.M., Tan, K.H. and Singapore ERAS Group, 2022. Fast-track surgery and the hidden workload of family caregivers. *World Journal of Surgery*, 46(8), pp. 1820-1829.
- Eurocarers, 2023. The state of informal care in Europe: Challenges and recommendations for sustainable healthcare systems. [internet] Available at: <https://eurocarers.org/the-state-of-informal-care-in-europe-2023> [Accessed 15 June 2026].

- García-Calvente, M.M., del Río-Lozano, M. and Marcos-Marcos, J., 2022. Gender inequalities in informal care: A continuing challenge for public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), p. 9245.
- Gouva, M., Dragioti, E., Konstanti, Z., Kotrotsiou, E., & Koulouras, V. (2016). Translation and Validation of a Greek Version of the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES). *Interscientific Health Care*, 8(2), 64–72.
- Grant, F. and Morris, E., 2025. Methodological gaps in caregiver research: The focus on burden over coping mechanisms. *Nursing Research*, 74(1), pp. 45-53.
- Kim, Y. and Schulz, R., 2022. The role of social support networks in buffering caregiver distress: A contemporary review. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, pp. 311-334.
- Kozlov, E., McDarby, M., Reid, M.C. and Phongtankuel, V., 2018. Knowledge of palliative care among community-dwelling adults. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(4), pp. 647-651.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Li, X., Johnstone, M. and Smith, G., 2023. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) and its impact on the family unit: A systematic review. *International Journal of Surgery*, 109(5), pp. 1245-1256.
- Liu, T. and Gallagher, R., 2023. Gender differences in family mobilization and passive coping among surgical caregivers. *Heart & Lung*, 58, pp. 88-95.
- Martinez, L., Fernandez, S. and Gomez, P., 2023. Secular shifts in crisis management: The declining role of religious coping among younger millennial caregivers. *Journal of Religion and Health*, 62(2), pp. 980-995.
- McCubbin, H.I., Larsen, A.S. and Olson, D.H., 1982. F-COPES: Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. In: D.H. Olson, ed. *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*. Minneapolis: University of Minnesota, pp. 101-120.
- Mishra, P., Pandey, C.M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C. and Keshri, A., 2019. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), pp. 67-72.
- Mitchell, E., Harris, R. and Davies, B., 2023. Reframing and social support seeking using the F-COPES instrument in acute medical events. *Journal of Family Nursing*, 29(2), pp. 142-155.

- Papadopoulos, A. and Karagianni, E., 2024. Fast-track surgery and the shift of post-operative care to the Greek household: A qualitative study. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 17(1), pp. 22-31.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. and Skaff, M.M., 1990. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), pp. 583-594.
- Pecoraro, A., Rossi, G. and Bianchi, M., 2023. Does surgical complexity dictate caregiver coping? A multi-center cross-sectional analysis. *Annals of Surgery*, 278(4), pp. e710-e717.
- Pietrzykowski, T. and Smilowska, K., 2021. The reality of informed consent: empirical studies on patient comprehension. *BMC Medical Ethics*, 22(1), p. 56.
- Pinquart, M. and 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), pp. P33-P45.
- Rutberg, S. and Bouikidis, C.D., 2018. Focusing on the fundamentals: A simplistic differentiation between qualitative and quantitative research. *Nephrology Nursing Journal*, 45(2), pp. 209-213.
- Saini, S., Verma, R. and Sharma, P., 2024. Physical burnout and acute stress among family caregivers in the early post-operative period. *Journal of Surgical Research*, 295, pp. 112-120.
- Sánchez-Iglesias, J., Muñoz-Mendoza, C. and Pérez-García, M., 2022. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) and the transition to home: Who cares for the patient? *Perioperative Medicine*, 11(1), p. 42.
- Santos, M. and Ribeiro, O., 2024. Cognitive appraisal vs. objective severity: Determinants of adaptation in post-operative caregiving. *Psychology, Health & Medicine*, 29(2), pp. 201-214.
- Schober, P., Boer, C. and Schwarte, L.A., 2018. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), pp. 1763-1768.
- Schulz, R. and Sherwood, P.R., 2008. Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9), pp. 23-27.
- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3/4), 591–611. <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>

- Stratton, S.J., 2021. Population research: convenience sampling strategies. *Prehospital and Disaster Medicine*, 36(4), pp. 373-374.
- Sułek, M., Kowalski, J. and Nowak, A., 2023. Application of Lazarus and Folkman's transactional model of stress in modern nursing research: A scoping review. *Nursing Outlook*, 71(3), p. 101950.
- Taylor, D. and Smith, J., 2024. Cognitive reframing as a protective factor against caregiver depression during post-acute transitions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 48, pp. 12-19.
- Tukey, J. W. (1949). Comparing individual means in the analysis of variance. *Biometrics*, 5(2), 99-114
- Wang, Q., Liu, Y., Zhao, X. and Sun, M., 2023. Psychological distress and quality of life in informal caregivers of post-operative patients: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), pp. 4912-4923.
- Wang, X. and Cheng, Z., 2020. Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1), pp. S65-S71.
- Wong, C., Chan, Y. and Lam, S., 2021. Postoperative complications and their immediate impact on family caregiver anxiety and coping adaptation. *Surgical Care*, 15(2), pp. 89-98.
- World Health Organization (WHO), 2024. The global strategy on digital health and home-based informal care integration. [internet] Available at: <https://www.who.int/publications/global-strategy-digital-health-2024> [Accessed 15 June 2026].
- World Medical Association. (2025). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*, 333(1), 71-74. doi.org
- Zarit, S.H., Reever, K.E. and Bach-Peterson, J., 1980. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), pp. 649-655.
- Zuniga, R., Mendoza, H. and Lopez, F., 2022. The gendered lens of informal caregiving: Subjective burden and coping variety in surgical cohorts. *Women's Health*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έγκριση πρωτοκόλλου



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προς

Την κυρία Κωνσταντή Ζωή
Επίκουρη Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 25 Ιουνίου 2026
Αριθμ. Πρωτ.: 28875 /2026

Αξιότιμη κυρία Κωνσταντή ,

Κατόπιν εξέτασης της αίτησής σας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στην Συνεδρίαση της 1^{ης} Απριλίου 2026, καθώς και των συμπληρωματικών στοιχείων που σας ζητήθηκαν, σας χορηγείται δεοντολογική έγκριση για την παρακάτω πρόταση:

Τίτλος: « Ποσοτική διερεύνηση της ψυχολογικής προσαρμογής άτυπων φροντιστών στη φροντίδα μετεγχειρητικών ασθενών»

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Η Πρόεδρος
της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

VASILIKI MPOUMPA

30.06.2026 09:25 UTC

Μπούμπα Βασιλική

Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής ΠΙ

e-mail: eyde@uoi.gr τηλ.: 26510-07134

Έντυπο ενημέρωσης συμμετεχόντων



ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

1. ΤΙΤΛΟΣ	Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: “Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων” / Ποσοτική διερεύνηση της ψυχολογικής προσαρμογής άτυπων φροντιστών στη φροντίδα μετεγχειρητικών ασθενών.
ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	Παρασκευή Στεφανίδου, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Τμήματα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Επιβλέπουσα: Κωνσταντή Ζωή, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Στοιχεία Επικοινωνίας Ερευνητή: τηλ. 6987342787 email: nos1819329@uoi.gr
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ	Δεν υπάρχει

2. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΚΟΠΟΣ, ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ;

Η έρευνα αυτή διεξάγεται προκειμένου να διερευνηθεί και να αξιολογηθεί η ψυχολογική προσαρμογή των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα κατά τη φροντίδα μετεγχειρητικών ασθενών, με έμφαση στα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και επιβάρυνσης. Επιπλέον, στοχεύει στον εντοπισμό των δημογραφικών και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων οι οποίοι δυσχεραίνουν ή διευκολύνουν την ψυχολογική τους προσαρμογή, ενώ παράλληλα διερευνά τη σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης κρίσεων που υιοθετούν στο πλαίσιο της οικογενειακής φροντίδας και της τελικής ψυχικής τους ανθεκτικότητας. Επιπροσθέτως, η μελέτη αποσκοπεί να συνεισφέρει σημαντικά στον τομέα της Νοσηλευτικής Επιστήμης και των Επιστημών Υγείας εμπλουτίζοντας τη διαθέσιμη βιβλιογραφία και καλύπτοντας το κενό που υπάρχει στην ελληνική και διεθνή αρθρογραφία (Janssen et al., 2020). Μέσω της τεκμηριωμένης Νοσηλευτικής Πρακτικής, τα ποσοτικά δεδομένα τα οποία θα προκύψουν θα συμβάλουν στη κατανόηση του μεγέθους του προβλήματος (Singh Solorzano et al., 2019) και η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος μπορεί να οδηγήσει στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων, όπως τα προγράμματα υποστήριξης των φροντιστών, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των άτυπων φροντιστών όσο και των μετεγχειρητικών ασθενών (Zhu et al., 2025).

Η συμβολή σας στην έρευνα είναι πολύτιμη, καθώς ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε να συλλέξουμε κρίσιμες πληροφορίες για τη μετεγχειρητική φροντίδα των ασθενών από άτυπους φροντιστές, με στόχο τον εντοπισμό των ευάλωτων σημείων και τη βελτίωση της έκβασης του ασθενούς. Η παρεχόμενη φροντίδα καθίσταται ασφαλέστερη όταν παρέχεται από έναν φροντιστή ο οποίος είναι ψυχολογικά υποστηριζόμενος (Ozdemir και Sözütek, 2025). Απώτερος σκοπός μας είναι η ανάδειξη του κρίσιμου ρόλου τους. Εν κατακλείδι, προλαμβάνοντας το σύνδρομο εξουθένωσης των άτυπων φροντιστών, μειώνονται οι πιθανότητες επανεισαγωγής των ασθενών και η επιβάρυνση του συστήματος υγείας.

Βιβλιογραφία:

Janssen, T.L., Lodder, P., de Vries, J., van Hoof-de Lepper, C.C.H.A., Gobardhan, P.D., Ho, G.H. & van der Laan, L., 2020. Caregiver strain on informal caregivers when providing care for older patients



undergoing major abdominal surgery: a longitudinal prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 20 (1), 178.

Ozdemir, G. & Sözütek, A., 2025. Caregiver depression and burden are associated with poor functional outcomes in elderly patients following major abdominal surgery. *Journal of Cukurova Anesthesia and Surgical Sciences*, 8 (3), pp. 341–349.

Singh Solorzano, C., Steptoe, A., Leigh, E., Kidd, T., Jahangiri, M. & Poole, L., 2019. Pre-surgical caregiver burden and anxiety are associated with post-surgery cortisol over the day in caregivers of coronary artery bypass graft surgery patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26 (3), pp. 316–322.

Zhu, S., Yang, C., Bai, Y., Kang, L., Li, T., Yang, X., Chen, S. & Li, J., 2025. Effects of a perioperative support program on reducing psychological distress for family caregivers of patients with early-stage lung cancer: a pilot randomised controlled trial. *BMC Nursing*, 24 (1).

3. ΓΙΑΤΙ ΕΧΩ ΠΡΟΣΚΛΗΘΕΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ;

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε στην έρευνα αυτή, γιατί πληροίτε τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων που μελετάμε. Πιο συγκεκριμένα, απευθυνόμαστε σε ανθρώπους που έχουν βρεθεί στη θέση να φροντίσουν και να υποστηρίξουν κάποιο αγαπημένο πρόσωπο ή σύζυγο, γονέα, παιδί, άλλο συγγενικό άτομο, χωρίς όμως να είναι επαγγελματίες υγείας και χωρίς να λαμβάνουν οικονομική αμοιβή γι' αυτό. Δηλαδή να έχετε αναλάβει κάποια στιγμή στη ζωή σας το ρόλο του άτυπου φροντιστή.

Η έρευνα αυτή απευθύνεται σε φροντιστές ανεξαρτήτως φύλου, άνω των 18 ετών. Το άτομο το οποίο δέχτηκε την υποστήριξη από εσάς θα πρέπει να βρισκόταν ή να βρίσκεται στη μετεγχειρητική περίοδο, δηλαδή έχει υποβληθεί πρόσφατα σε κάποια χειρουργική επέμβαση.

Τέλος, θα πρέπει να είστε σε θέση να διαβάσετε και να κατανοήσετε την ελληνική γλώσσα, να συμπληρώσετε τα σχετικά ερωτηματολόγια με δική σας βούληση, καθώς και να δηλώσετε τη συγκατάθεσή σας. Επισημαίνεται ότι δεν απαιτούνται ειδικές νοσηλευτικές δεξιότητες από εσάς για να λάβετε μέρος.

4. ΤΙ ΘΑ ΜΟΥ ΖΗΤΗΘΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

Για να συμμετάσχετε στην έρευνα, θα σας ζητηθεί να διαβάσετε το εισαγωγικό κείμενο το οποίο θα βρείτε στην αρχή της ηλεκτρονικής φόρμας και να προχωρήσετε στη συμπλήρωσή της. Η πράξη αυτή επέχει θέση συγκατάθεσης και επιβεβαιώνει ότι συμμετέχετε εθελοντικά. Στη συνέχεια, θα απαντήσετε ηλεκτρονικά στις ερωτήσεις του σταθμισμένου εργαλείου Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES). Οι ερωτήσεις αυτές είναι κλειστού τύπου και διερευνούν τις στρατηγικές που υιοθετείτε για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων και κρίσεων στο πλαίσιο της οικογενειακής φροντίδας του μετεγχειρητικού ασθενούς. Η διαδικασία είναι απλή, πραγματοποιείται διαδικτυακά, μέσω της πλατφόρμας Google Forms από οποιαδήποτε συσκευή και η συνολική της διάρκεια υπολογίζεται στα 5 με 7 λεπτά.



5. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΙΝΔΥΝΟΙ Ή ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιον κίνδυνο ή οικονομική επιβάρυνση για εσάς. Σε περίπτωση διαπίστωσης παράνομων πράξεων ή εγκληματικών δράσεων σας ενημερώνουμε ότι τα στοιχεία σας δεν προστατεύονται από τυχόν έρευνα των επίσημων αρχών και ότι ενδέχεται να οφείλουμε να προβούμε στις απαραίτητες νόμιμες ενέργειες ενημέρωσης των αρχών, ειδικά εάν υπάρχει κίνδυνος για την σωματική υγεία ή την ζωή ανθρώπων.

6. ΥΠΟΧΡΕΟΥΜΑΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **απολύτως εθελοντική**. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία και χωρίς καμία συνέπεια για σας. Σε αυτή την περίπτωση μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για σας.

ΕΕ

7. ΘΑ ΛΑΒΩ ΚΑΠΟΙΑ ΑΜΟΙΒΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ;

Δεν προβλέπεται καμία οικονομική ή άλλη αμοιβή για τη συμμετοχή στην έρευνα.

8. ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΘΟΥΝ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΑ;

Υπεύθυνος Επεξεργασίας των δεδομένων σας Ζωή Κωνσταντή τηλ 6947525357 email zkonstanti@uoi.gr

Στην έρευνα συλλέγονται μόνο ανώνυμα δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και στοιχεία που σχετίζονται με την εμπειρία φροντίδας.

Δεν συλλέγονται προσωπικά στοιχεία ταυτοποίησης όπως όνομα, τηλέφωνο ή διεύθυνση.

Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς, επιστημονικούς και στατιστικούς σκοπούς στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Τα δεδομένα σας επεξεργάζονται βάσει της **ρητής συγκατάθεσής σας**, που μας παρέχετε διαμέσου του παρόντος εντύπου.

Τα δεδομένα θα αναλυθούν σε συγκεντρωτική μορφή και δεν θα είναι δυνατή η ταυτοποίηση των συμμετεχόντων.

Με κανέναν τρόπο **δεν θα αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας** σε δημοσιεύσεις, δημόσιες παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές. Σε περίπτωση που θελήσουμε να χρησιμοποιήσουμε τα δεδομένα σας επώνυμα, θα ζητήσουμε προηγουμένως ξεχωριστά την ρητή συγκατάθεσή σας.

Σε περίπτωση ομαδικής συνέντευξης/focus group, σας καλούμε να δεσμευτείτε ότι δεν θα αποκαλύψετε πληροφορίες ή στοιχεία άλλων συμμετεχόντων που ήρθαν σε γνώση σας στο πλαίσιο της έρευνας.

Το Πανεπιστήμιο διατηρεί τα δεδομένα της έρευνας για πέντε (5) έτη από την ολοκλήρωση της έρευνας.



Κατόπιν, τα δεδομένα θα καταστραφούν/διαγραφούν ασφαλώς. Εφόσον κρίνουμε ότι τα δεδομένα της έρευνας είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν για άλλη έρευνα ή να διατηρηθούν για σκοπούς αρχειοθέτησης, επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς, θα προβούμε σε πλήρη ανωνυμοποίησή τους.

Τα **δικαιώματα** σας αναφορικά με τα προσωπικά σας δεδομένα είναι τα εξής:

Πρόσβαση	Να λάβετε αντίγραφα των δεδομένων σας
Διόρθωση	Να ζητήσετε διορθώσεις όσον αφορά τα δεδομένα σας
Φορητότητα	Να ζητήσετε να διαβιβάσουμε τα δεδομένα σας σε κάποιον αποδέκτη

Επίσης, **έχετε το δικαίωμα να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή.**

Σε περίπτωση που ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας, έχετε επίσης τα εξής δικαιώματα:

Διαγραφή	Να ζητήσετε να διαγράψουμε τα δεδομένα σας
Περιορισμός επεξεργασίας	Να ζητήσετε να σταματήσει ένα μέρος της επεξεργασίας

Για να υποβάλλετε τα αιτήματά σας αλλά και για οποιοδήποτε θέμα αφορά τα προσωπικά σας δεδομένα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (DPO) του Πανεπιστημίου στο e-mail dpo@uoi.gr, τηλ. (2651007321)

Για οποιαδήποτε παράβαση αφορά την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, έχετε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ.: +30-210 6475600, e-mail: contact@dpa.gr

9. ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΠΑΡΑΠΟΝΑ Η ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΕΣ;

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να προσφύγετε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στο email eyde@uoi.gr (τηλ.2651007134) καθώς και στην Επιστημονικά Υπεύθυνη Ζωή Κωνσταντή email:zkonstanti@uoi.gr Τηλεφωνο:6947525357)

10. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ

Εσείς παρέχετε συγκατάθεση για το αν θα συμμετέχει ή όχι στην παρούσα έρευνα το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η.

Μπορείτε να αποφασίσετε την αποχώρησή του ατόμου για το οποίο είστε υπεύθυνος/η οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

Μπορείτε, επίσης, να αρνηθείτε να απαντήσει σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, εάν δεν επιθυμείτε να απαντήσει και να παραμείνει στην έρευνα.

Ο ερευνητής μπορεί να ζητήσει να αποσπρηθεί το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή του ατόμου για το οποίο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

είστε υπεύθυνος/η στην παρούσα έρευνα.

Επιπλέον, εφόσον αυτό καθίσταται δυνατό, παρακαλούμε να αποφανθεί και το ίδιο το άτομο για το οποίο είστε υπεύθυνος/η ότι συγκατατίθεται, ελεύθερα και ανεμπόδια, να συμμετέχει στην παρούσα έρευνα.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, **δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως** για τους όρους συμμετοχής μου στην έρευνα και την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων.

Παρέχω την ρητή συγκατάθεσή μου για την συμμετοχή μου στην έρευνα και την επεξεργασία των ως άνω αναφερόμενων προσωπικών μου δεδομένων.

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος

Ονοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι: (Σημειώστε με X την κατηγορία που σας αφορά)

- ☐ Κατηγορία 1. Είμαι ο/η γονέας του προστατευόμενου τέκνου:
- ☐ Κατηγορία 2. Είμαι το πρόσωπο που ασκεί, δυνάμει δικαστικής απόφασης ή συμβολαιογραφικής πράξης, την επιμέλεια (αποκλειστική ή από κοινού με (...)) (συμπληρώνεται **εφόσον υπάρχει**) του προστατευόμενου τέκνου:
- ☐ Κατηγορία 3. Έχω οριστεί ως δικαστικός συμπαραστάτης του κάτωθι ατόμου
Ονοματεπώνυμο ατόμου που τελεί υπό καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης:
Αριθμός δικαστικής απόφασης: (...) (συμπληρώνεται υποχρεωτικά):

Ο/η κάτωθι γονέας / κηδεμόνας / δικαστικός συμπαραστάτης (...) (ονοματεπώνυμο)

παρέχω την συγκατάθεσή μου για τη συμμετοχή (σημειώστε με X την περίπτωση που σας αφορά):

- ☐ του ανήλικου τέκνου (...) (ονοματεπώνυμο του τέκνου)
- ☐ του ενήλικα που τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση (...) (ονοματεπώνυμο)

στην έρευνα με τίτλο: (...)

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος **δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως** για τους όρους συμμετοχής στην έρευνα και για την επεξεργασία όλων των προσωπικών δεδομένων του ατόμου για το οποίο είμαι υπεύθυνος.

Παρέχω την ρητή συγκατάθεσή μου για την συμμετοχή μου στην έρευνα και την επεξεργασία των ως άνω αναφερόμενων προσωπικών μου δεδομένων του ατόμου για το οποίο είμαι υπεύθυνος.

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα/δικαστικού συμπαραστάτη

Ονοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Ερευνητικό πρωτόκολλο



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	ΖΩΙΤΣΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ ΜΙΧΑΗΛ ΚΟΥΡΑΚΟΣ

Ενδεικτικός Τίτλος:

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η άτυπη φροντίδα ορίζεται ως η φροντίδα η οποία προσφέρατε από άτομα τα οποία δεν είναι επαγγελματίες φροντιστές συνήθως είναι μέλη της οικογένειας, αγαπημένα πρόσωπα ή τυχαίνει να ζουν κοντά σε άτομα τα οποία χρήζουν υποστήριξη λόγω χρόνιων παθήσεων ή οξείας ασθένειας, μειωμένων ικανοτήτων λόγω αναπηρίας ή περιορισμών οι οποίοι οφείλονται σε προχωρημένη ηλικία. Συνήθως, οι ομάδες των ατόμων στις οποίες προαναφερθήκαμε δέχονται βοήθεια στο σπίτι, καθιστώντας την άτυπη φροντίδα υψίστης σημασίας. Η άτυπη φροντίδα μπορεί να είναι πολυδιάστατη, από απλές καθημερινές συνήθειες όπως για παράδειγμα προσωπική υγιεινή, χορήγηση και προετοιμασία της φαρμακευτικής αγωγής έως συνοδεία σε δομές υγείας για διεξαγωγή διαγνωστικών εξετάσεων και επισκέψεων σε διάφορες ιατρικές ειδικότητες (Zigante, 2018).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο όρος φροντιστής απευθύνεται σε όσους παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με αυξημένες ανάγκες. Επιπλέον διακριτός είναι ο διαχωρισμός μεταξύ των επίσημων δηλαδή των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους επί πληρωμή και των άτυπων φροντιστών, οι οποίοι είναι συγγενικά ή αγαπητά πρόσωπα που προσφέρουν βοήθεια χωρίς οικονομικό όφελος. Παρόλα αυτά, η προσφορά τους αποτελεί ζωτικής σημασίας για τα άτομα που φροντίζουν αφού είναι αυτοί οι οποίοι διασφαλίζουν την ευημερία και το καλό επίπεδο ζωής (Molassiotis & Wang, 2022).

Αντικείμενο μελέτης αποτελούν έρευνες οι οποίες ασχολούνται με την επιβάρυνση των φροντιστών και τις διάφορες διαστάσεις αυτών. Το ζήτημα της ψυχολογικής επιβάρυνσης των φροντιστών, οι οποίοι παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, συναισθηματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Η συμμετοχή σε δράσεις υποστήριξης όπως εξειδικευμένα προγράμματα παροχής ψυχολογικής ενδυνάμωσης με την απόκτηση νέων δεξιοτήτων μέσω της εκπαίδευσης, συμβάλλει στον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων και της πίεσης την οποία προκαλεί η φροντίδα ασθενών (Yildiz et al., 2022). Επιπλέον, το βάρος της φροντίδας επιφέρει συχνά σε σωματική κόπωση η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη εξουθένωση του φροντιστή. Το πρόβλημα αυτό γίνεται ακόμη πιο έντονο όταν απαιτείται η επίβλεψη περίπλοκων θεραπευτικών σχημάτων ή η συμμετοχή σε πρακτικές οι οποίες καθιστούν το έργο των φροντιστών ιδιαίτερα επίπονο (Pop et al., 2022). Οι φροντιστές έρχονται συχνά αντιμέτωποι με κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες καθώς επίσης και με τον δραστικό περιορισμό του χρόνου για την προσωπική τους φροντίδα. Τα ζητήματα αυτά επιδεινώνονται σημαντικά όταν υπάρχουν ελλείψεις στο σύστημα υγείας με αποτέλεσμα τη μη επαρκή υποστήριξη των φροντιστών (Zhou et al., 2023).

2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ

Ο κεντρικός σκοπός αυτής της ποσοτικής μελέτης είναι η ανάλυση και αποτίμηση της ψυχολογικής προσαρμογής των άτυπων φροντιστών οι οποίοι καλούνται να αναλάβουν τη φροντίδα μετεγχειρητικών ασθενών στην κοινότητα. Η έρευνα αποσκοπεί στην κατανόηση της ψυχολογικής προσαρμογής ως μιας

Μέρος Α: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο

ο Άνδρας

ο Γυναίκα

ο Άλλο / Δεν επιθυμώ να απαντήσω

2. Ηλικία

ο _____ έτη

3. Οικογενειακή κατάσταση

ο Έγγαμος/η

ο Άγαμος/η

ο Διαζευγμένος/η

ο Χήρος/α

ο Συμβίωση

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

ο Δημοτικό

ο Γυμνάσιο

ο Λύκειο

ο Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση / ΙΕΚ

ο Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ/ΑΕΙ)

ο Μεταπτυχιακό

ο Διδακτορικό

5. Επαγγελματική κατάσταση

ο Εργαζόμενος/η πλήρους απασχόλησης

ο Εργαζόμενος/η μερικής απασχόλησης

ο Άνεργος/η

- ο Συνταξιούχος
- ο Οικιακά
- ο Άλλο: _____

Μέρος Β: Ρόλος φροντιστή

6. Σχέση με τον ασθενή

- ο Σύζυγος / σύντροφος
- ο Γονέας
- ο Παιδί
- ο Αδελφός / αδελφή
- ο Άλλος συγγενής
- ο Φίλος / άτομο από το περιβάλλον

7. Συγκατοικείτε με τον ασθενή;

- ο Ναι
- ο Όχι

8. Διάρκεια φροντίδας (συνολικός χρόνος από την έναρξη)

- ο < 1 μήνα
- ο 1–3 μήνες
- ο 4–6 μήνες
- ο 6 μήνες

9. Καθημερινή ενασχόληση με τη φροντίδα

- ο < 1 ώρα/ημέρα
- ο 1–3 ώρες/ημέρα
- ο 4–6 ώρες/ημέρα
- ο 6 ώρες/ημέρα

10. Υπάρχει υποστηρικτικό δίκτυο (άλλα άτομα που βοηθούν στη φροντίδα);

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Μερικές φορές

Μέρος Γ: Στοιχεία σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση

11. Τύπος χειρουργικής επέμβασης

☐

12. Χρόνος που έχει παρέλθει από το χειρουργείο

☐ < 1 μήνα

☐ 1–3 μήνες

☐ 4–6 μήνες

☐ 6 μήνες

13. Υπάρχουν επιπλοκές στη μετεγχειρητική πορεία; (προαιρετικό)

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Δεν γνωρίζω / Δεν ισχύει

FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION SCALES (F-COPES)

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

1=ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

2=ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ

3=ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ

4=ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ

5=ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ

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

1. Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας 1 2 3 4 5
2. Αναζητούμε συμπαράσταση και υποστήριξη από φίλους 1 2 3 4 5
3. Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα 1 2 3 4 5
4. Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα 1 2 3 4 5
5. Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κλπ.) 1 2 3 4 5
6. Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με τη δική μας 1 2 3 4 5
7. Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματά μας 1 2 3 4 5
8. Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ., φαγητό, αλληλογραφία) 1 2 3 4 5
9. Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας 1 2 3 4 5
10. Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες 1 2 3 4 5
11. Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα «ευθέως» και προσπαθούμε να βρούμε άμεσα λύση 1 2 3 4 5
12. Βλέπουμε τηλεόραση 1 2 3 4 5
13. Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί 1 2 3 4 5
14. Πηγαίνουμε στην εκκλησία 1 2 3 4 5
15. Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής 1 2 3 4 5

16. Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας 1 2 3 4 5
17. Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων 1 2 3 4 5
18. Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση 1 2 3 4 5
19. Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν απροσδόκητα 1 2 3 4 5
20. Κάνουμε πράγματα με συγγενείς (συνευρέσεις, δείπνο κλπ) 1 2 3 4 5
21. Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες 1 2 3 4 5
22. Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας 1 2 3 4 5
23. Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες 1 2 3 4 5
24. Αντιλαμβανόμαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά 1 2 3 4 5
25. Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε 1 2 3 4 5
26. Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε και αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα 1 2 3 4 5
27. Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας 1 2 3 4 5
28. Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει 1 2 3 4 5
29. Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες 1 2 3 4 5
30. Έχουμε πίστη στο Θεό 1 2 3 4 5

4. ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναμένεται να αναδείξουν κρίσιμες συσχετίσεις ανάμεσα στην ψυχολογική προσαρμογή των άτυπων φροντιστών και τις ιδιαίτερες απαιτήσεις που προκύπτουν κατά τη μετεγχειρητική φροντίδα στην κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, προβλέπεται ότι η έντονη σωματική και συναισθηματική επιβάρυνση θα συνδέεται άμεσα με δυσκολίες στην ψυχολογική προσαρμογή του φροντιστή, ενώ παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη και η αποτελεσματική χρήση μηχανισμών διαχείρισης άγχους αναμένεται να λειτουργήσουν προστατευτικά. Τα ευρήματα αυτά θα προσφέρουν μια βαθύτερη

κατανόηση των αναγκών των φροντιστών κατά την οξεία μεταβατική περίοδο μετά το χειρουργείο, παρέχοντας τα απαραίτητα δεδομένα για τον σχεδιασμό στενευμένων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν την ευεξία τους και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

5. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ:

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2025-ΜΑΡΤΙΟΣ 2025: Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας-Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.

ΜΑΡΤΙΟΣ 2025-ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2025: Συλλογή ερωτηματολογίων

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2025: Στατιστική Επεξεργασία

ΜΑΙΟΣ 2025: Συγγραφή Επιστημονικής Εργασίας.

ΙΟΥΝΙΟΣ 2025: Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.

6. ΚΟΣΤΟΣ:

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στη μελέτη είναι άμισθη, ενώ παράλληλα δηλώνεται ρητά η απουσία οποιασδήποτε σύγκρουσης συμφερόντων από την πλευρά των ερευνητών.

7. ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ:

Zigante, V. (2018). Informal care in Europe: Exploring formalisation, availability and quality. European Commission, London School of Economics and Political Science.

Pop, R. S., Mosoiu, D., & Tint, D. (2022). Caregiver burden correlates with complexity of drug regimen in non-oncological palliative medicine. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 39(10), 1158–1165.

Zhou, Y., Zhang, J., & Pan, Y. (2023). Instruments for measuring the burden of family caregivers of cancer patients: A systematic review of measurement properties. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1235–1245.

Yildiz, M., Terzioğlu, C., & Ayhan, F. (2022). Psychosocial interventions aimed at family members caring for patients with cancer in the palliative period: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 28(1), e12423.

Molassiotis, A., & Wang, M. (2022). Understanding and Supporting Informal Cancer Caregivers. *Current treatment options in oncology*, 23(4), pp. 494–513.

