



Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Διατμηματικό Πρόγραμμα

Μεταπτυχιακών Σπουδών: Νοσηλευτική

Φροντίδα Ενηλίκων / Διερεύνηση των

ψυχοκοινωνικών παραγόντων που

επηρεάζουν την αίσθηση ευζωίας των

άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία

οικείου προσώπου σε Μονάδα Εντατικής

Θεραπείας (ΜΕΘ)

Στοιχεία Επιβλέπουσας

Κωνσταντη Ζωή, Επίκουρη Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Στοιχεία Φοιτήτριας

Καραβασιλικού Γεωργία, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα Ιούλιος 2026

Περίληψη

Εισαγωγή: Η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί μια εξαιρετικά στρεσογόνο εμπειρία που επηρεάζει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και τα μέλη της οικογένειάς του, οδηγώντας στην ανάπτυξη του συνδρόμου Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε ΜΕΘ.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική, διατομεακή μελέτη με δείγμα 100 άτυπων φροντιστές. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω δομημένου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου 35 ερωτήσεων τύπου Likert. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου αξιολογήθηκε με τον δείκτη Cronbach's α , ο οποίος ανήλθε σε 0,899, υποδηλώνοντας πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών, με υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και συναισθηματικής εξάντλησης. Οι υψηλότεροι μέσοι όροι καταγράφηκαν σε ερωτήσεις που αφορούν την αντίσταση και την αποδοχή δυσκολιών, ενώ οι χαμηλότεροι σε θέματα κοινωνικής δικτύωσης εκτός στενού κύκλου. Η κοινωνική υποστήριξη αναδείχθηκε ως σημαντικός προστατευτικός παράγοντας.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την ανάγκη για συστηματική υποστήριξη των άτυπων φροντιστών μέσω πολυεπιστημονικών παρεμβάσεων, Post-ICU Clinics και εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Η μελέτη συμβάλλει στην κάλυψη του ερευνητικού κενού στον ελληνικό χώρο και υπογραμμίζει την αξία της οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις-κλειδιά: PICS-F, άτυποι φροντιστές, ΜΕΘ, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ευζωία, οικογενειοκεντρική φροντίδα.

Abstract

Introduction: Hospitalization in an Intensive Care Unit (ICU) is a highly stressful experience that affects not only the patient but also their family members, leading to the development of Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F).

Aim: The aim of this master’s thesis was to investigate the psychosocial factors that influence the sense of well-being of informal caregivers following the ICU hospitalization of a loved one.

Material and Methods: A quantitative cross-sectional study was conducted with a sample of 100 informal caregivers. Data were collected via a structured electronic questionnaire consisting of 35 Likert-scale items. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics. The reliability of the questionnaire was assessed with Cronbach’s alpha (0.899).

Results: The results indicated significant psychological burden among informal caregivers, with high levels of anxiety, depression, and emotional exhaustion. Higher mean scores were recorded in items related to resilience and acceptance of difficulties, while lower scores were observed in items concerning social networking outside the immediate family. Social support emerged as a key protective factor.

Conclusions: The findings confirm the need for systematic support of informal caregivers through multidisciplinary interventions, Post-ICU Clinics, and educational programs. This study contributes to filling the research gap in the Greek context and highlights the importance of family-centered nursing care.

Keywords: PICS-F, informal caregivers, ICU, psychosocial factors, well-being, family-centered care.

Περιεχόμενα

ΚΕΦ1: Εισαγωγή	6
ΚΕΦ2: Στόχος και σκοποί της εργασίας	8
2.1 Ερευνητική ερώτηση.....	8
2.2 Ειδικοί στόχοι της εργασίας	8

2.2 Αιτιολόγηση / Σκεπτικό της εργασίας	9
2.2 Αναστοχασμός.....	10
ΚΕΦ3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση	11
3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	18
3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας	19
3.4 Το ερευνητικό κενό.....	20
ΚΕΦ4: Σχεδιασμός της Έρευνας	22
4.1 Επιστημολογία.....	22
4.2 Μεθοδολογία	23
4.3 Δειγματοληπτική τεχνική	24
4.4 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού του δείγματος	25
4.4 Περιγραφή του δείγματος.....	26
4.5 Περιγραφή του χώρου διεξαγωγής της έρευνας και μέθοδος συλλογής δεδομένων	27
4.7 Ηθική της έρευνας	28
4.8. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	29
ΚΕΦ5: Αποτελέσματα της έρευνας	30
5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων και ανάλυση δεδομένων.....	30
5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων.....	30
ΚΕΦ6: Συζήτηση	40
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων.....	40
6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας	42
6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	44
ΚΕΦ7: Λίστα παραπομπών	46
Λίστα παραπομπών.....	46
Παράρτημα	49

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τους άτυπους φροντιστές που συμμετείχαν στην έρευνα, μοιραζόμενοι τις εμπειρίες και τα συναισθήματά τους, παρά τις δύσκολες συνθήκες που βιώνουν.

Επίσης, ευχαριστώ την οικογένειά μου και τους στενούς μου φίλους για την αμέριστη υποστήριξη και κατανόησή τους καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, εκφράζω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη στους επιβλέποντες καθηγητές μου για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες παρατηρήσεις και την ενθάρρυνσή τους.

ΚΕΦ1: Εισαγωγή

Η νοσηλεία ενός ασθενούς σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) μια από τις πιο κρίσιμες και στρεσογόνες εμπειρίες τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τα μέλη της οικογένειάς του. Παρότι η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία έχει αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά επιβίωσης ασθενών με σοβαρή νόσο ή πολυτραυματισμό, η έξοδος από τη ΜΕΘ συχνά συνοδεύεται από μακροχρόνιες σωματικές, γνωστικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, γνωστές ως Post-Intensive Care Syndrome (PICS). Οι επιπτώσεις αυτές δεν περιορίζονται στον ασθενή, αλλά επηρεάζουν ολόκληρο το οικογενειακό περιβάλλον, οδηγώντας στην ανάπτυξη του Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F), το οποίο περιλαμβάνει συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, μετατραυματικού στρες, διαταραχές ύπνου και συναισθηματική εξάντληση στους άτυπους φροντιστές. (Putowski et al., 2021)

Οι άτυποι φροντιστές – συνήθως μέλη της οικογένειας ή στενοί συγγενείς – αναλαμβάνουν συχνά τον κύριο ρόλο φροντίδας μετά το εξιτήριο, χωρίς την απαραίτητη εκπαίδευση, ψυχολογική προετοιμασία ή επαρκή κοινωνική υποστήριξη. Αυτή η μετάβαση από το νοσοκομειακό στο οικογενειακό περιβάλλον επιφέρει πολλαπλές προκλήσεις: πρακτικές (διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, καθημερινές δραστηριότητες), συναισθηματικές (φόβος υποτροπής, αβεβαιότητα), οικονομικές (απώλεια εισοδήματος, αυξημένα έξοδα) και κοινωνικές (αλλαγή ρόλων, περιορισμός κοινωνικών δραστηριοτήτων). Ως αποτέλεσμα, η αίσθηση ευζωίας των φροντιστών υπονομεύεται σημαντικά, με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική τους υγεία. (Putowski et al., 2021)

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε ΜΕΘ. Στο πλαίσιο του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», η μελέτη επιδιώκει να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών αυτής της εύαλωτης ομάδας και στην ενίσχυση της οικογενειοκεντρικής προσέγγισης στη νοσηλευτική πρακτική.

Ο γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε ΜΕΘ. Οι ειδικότεροι στόχοι είναι οι ακόλουθοι:

1. Να περιγράψει τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών.
2. Να αξιολογήσει τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και γενικής ευζωίας τους.
3. Να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης, στρατηγικών αντιμετώπισης και αίσθησης ευζωίας.
4. Να προτείνει κλινικές και πολιτικές παρεμβάσεις για την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών.

Η εργασία οργανώνεται σε επτά κεφάλαια. Στο Κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται ο σκοπός, οι στόχοι και η ερευνητική ερώτηση, καθώς και η αιτιολόγηση του θέματος. Στο Κεφάλαιο 3 πραγματοποιείται συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Στο Κεφάλαιο 4 περιγράφεται ο σχεδιασμός της έρευνας (επιστημολογία, μεθοδολογία, δείγμα, εργαλείο). Στο Κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Στο Κεφάλαιο 6 γίνεται συζήτηση των ευρημάτων, αξιολόγηση της μεθοδολογίας και διατυπώνονται προτάσεις. Τέλος, στο Κεφάλαιο 7 συνοψίζονται τα συμπεράσματα, ενώ παρατίθενται η βιβλιογραφία και τα παραρτήματα.

Μέσω της παρούσας εργασίας επιδιώκεται να αναδειχθεί η σημασία της ολιστικής, οικογενειοκεντρικής φροντίδας στις ΜΕΘ, ώστε οι άτυποι φροντιστές να λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους και συμβάλλοντας στην καλύτερη αποκατάσταση του ασθενούς.

ΚΕΦ2: Στόχος και σκοποί της εργασίας

2.1 Ερευνητική ερώτηση

Ο γενικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ψυχολογικής κατάστασης και της αίσθησης ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας που αναλαμβάνουν τον ρόλο του άτυπου φροντιστή περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία ως Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F). Το σύνδρομο αυτό συγκεντρώνει το σύνολο των συμπτωμάτων που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του οικείου προσώπου στη ΜΕΘ, αλλά και μετά το εξιτήριο (Rawal, Yadav & Kumar, 2017).

Από τον παραπάνω σκοπό απορρέει η κεντρική ερευνητική ερώτηση της μελέτης: «Ποιοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας;»

Η ερευνητική ερώτηση διαμορφώθηκε σύμφωνα με το πλαίσιο SPIDER, το οποίο θεωρείται ιδιαίτερα κατάλληλο όταν η έρευνα εστιάζει σε εμπειρίες, αντιλήψεις, στάσεις και ψυχοκοινωνικά φαινόμενα. Το πλαίσιο SPIDER (Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type) επιτρέπει την πιο ακριβή και ολοκληρωμένη διατύπωση ερωτήσεων σε ποιοτικές, ποσοτικές ή μικτές μελέτες, σε αντίθεση με το κλασικό PICO που χρησιμοποιείται κυρίως σε κλινικές παρεμβατικές έρευνες.

2.2 Ειδικοί στόχοι της εργασίας

Για την επίτευξη του γενικού σκοπού, τέθηκαν οι ακόλουθοι ειδικοί στόχοι:

1. Να περιγραφούν τα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών που συμμετείχαν στη μελέτη.
2. Να αξιολογηθούν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, κόπωσης και γενικής ψυχολογικής δυσφορίας των συμμετεχόντων.
3. Να διερευνηθεί ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης και των στρατηγικών αντιμετώπισης ως παράγοντες που επηρεάζουν την αίσθηση ευζωίας.

4. Να διατυπωθούν προτάσεις για κλινικές παρεμβάσεις και πολιτικές υγείας που θα ενισχύουν την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ.

2.2 Αιτιολόγηση / Σκεπτικό της εργασίας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ψυχολογικής κατάστασης και της αίσθησης ευζωίας των άτυπων φροντιστών, οι οποίοι συνήθως βρίσκονται στο οικογενειακό περιβάλλον ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η νοσηλεία ενός ασθενούς σε ΜΕΘ αποτελεί μια ιδιαίτερα ψυχοφθόρα διαδικασία, όχι μόνο για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και για ολόκληρο το οικογενειακό του περιβάλλον. Είναι συνηθισμένο φαινόμενο η φροντίδα ενός τέτοιου ασθενούς να επιβαρύνει σημαντικά τους συγγενείς, τον/την σύντροφο ή άλλα κοντινά πρόσωπα, ιδιαίτερα κατά τη μετάβαση από το νοσοκομειακό στο οικογενειακό περιβάλλον.

Οι άτυποι φροντιστές καλούνται συχνά να αναλάβουν καθοριστικό ρόλο στη φροντίδα και την υποστήριξη του ασθενούς, χωρίς πάντοτε να διαθέτουν την απαραίτητη ενημέρωση, ψυχολογική προετοιμασία ή επαρκή κοινωνική υποστήριξη. Η μετάβαση του ασθενούς στην καθημερινότητα απαιτεί εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από πολλαπλές δυσκολίες: πρακτικές (έλλειψη απαραίτητων γνώσεων), συναισθηματικές (πίεση και αίσθημα ευθύνης), οικονομικές (απώλεια εισοδήματος και αυξημένα έξοδα) και κοινωνικές (περιορισμός προσωπικού χρόνου και δραστηριοτήτων). Όλοι αυτοί οι παράγοντες ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική και σωματική ευζωία των φροντιστών.

Παράλληλα, το σύνδρομο μετά την εντατική θεραπεία στην οικογένεια, γνωστό ως PICS-F (Post-Intensive Care Syndrome–Family), αναδεικνύει ότι οι συγγενείς και οι άτυποι φροντιστές μπορεί να βιώσουν μια πληθώρα ψυχολογικών επιπτώσεων, όπως άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, κόπωση, διαταραχές ύπνου και σημαντική επιβάρυνση του ρόλου τους (Rawal, Yadav & Kumar, 2017).

Επομένως, η διεξαγωγή μιας έρευνας με σκοπό τη μελέτη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική. Μέσω της συστηματικής διερεύνησης αυτών των παραγόντων, η παρούσα εργασία μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών τους και στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων από ειδικούς

επαγγελματίες υγείας. Τα δεδομένα που θα προκύψουν αναμένεται να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για τη νοσηλευτική πρακτική, την έγκαιρη αναγνώριση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και την παροχή κατάλληλης ενημέρωσης και υποστήριξης στους φροντιστές μετά τη νοσηλεία οικείου προσώπου σε ΜΕΘ.

2.2 Αναστοχασμός

Ως μεταπτυχιακός φοιτητής της Νοσηλευτικής, θεωρώ ότι το συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα συνδέεται άμεσα με την κατανόηση της έννοιας της ολιστικής φροντίδας. Η μελέτη των ψυχοσωματικών επιπτώσεων του συνδρόμου PICS και, κατά συνέπεια, του PICS-F, με βοήθησε να συνειδητοποιήσω ότι η νοσηλευτική φροντίδα δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην κάλυψη των σωματικών και κλινικών αναγκών του ασθενούς, αλλά πρέπει να περιλαμβάνει και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Μέσα από αυτή την έρευνα, είχα την ευκαιρία να αναστοχαστώ τον ρόλο του νοσηλευτή ως επαγγελματία που δεν παρέχει μόνο τεχνική φροντίδα, αλλά προσφέρει επίσης ενημέρωση, ψυχολογική στήριξη, καθοδήγηση και ενδυνάμωση στους άτυπους φροντιστές. Παράλληλα, αναγνωρίζω τη μεγάλη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της ενσυναίσθησης και της έγκαιρης αναγνώρισης της ψυχολογικής επιβάρυνσης της οικογένειας. Μόνο με αυτόν τον τρόπο η νοσηλευτική πράξη μπορεί να ανταποκρίνεται πιο ολοκληρωμένα και ανθρωποκεντρικά στις ανάγκες τόσο του ασθενούς όσο και των προσώπων που τον φροντίζουν καθημερινά.

Η ενασχόλησή μου με το συγκεκριμένο θέμα ενίσχυσε την επαγγελματική μου ωριμότητα και με έκανε να αντιληφθώ ότι η πραγματική ολιστική φροντίδα απαιτεί την ενεργό συμμετοχή και υποστήριξη ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

ΚΕΦ3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στο κεφάλαιο αυτό αναπτύσσεται το απαραίτητο θεωρητικό και κλινικό υπόβαθρο που πρέπει να γνωρίζει ο αναγνώστης για την πλήρη κατανόηση και παρακολούθηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται οι βασικές γνώσεις για τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ο εξοπλισμός και η λειτουργία τους, καθώς και η σχέση τους με τα σύνδρομα PICS και PICS-F. Στη συνέχεια, παρατίθενται σχετικές μελέτες και τα ευρήματά τους, ενώ στο τέλος αναλύονται τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία για την αξιολόγηση του PICS-F. (Tipping et al., 2017)

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν εξειδικευμένους νοσοκομειακούς χώρους, όπου νοσηλεύονται ασθενείς σε σοβαρή και συχνά κρίσιμη για τη ζωή τους κατάσταση. Στις ΜΕΘ παρέχεται συνεχής παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, με στόχο τη σταθεροποίηση της κλινικής του εικόνας. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, κάθε ΜΕΘ είναι πλήρως εξοπλισμένη με σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. (Tipping et al., 2017)

Ο βασικός εξοπλισμός της ΜΕΘ περιλαμβάνει συστήματα συνεχούς παρακολούθησης ζωτικών σημείων (καρδιακή συχνότητα, αρτηριακή πίεση, κορεσμός οξυγόνου, αναπνευστική συχνότητα και θερμοκρασία), αναπνευστήρες για υποστήριξη ή αντικατάσταση της αυτόνομης αναπνοής, αντλίες έγχυσης για ακριβή χορήγηση φαρμάκων, υγρών και αγγειοδραστικών ουσιών, καθώς και κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες, αρτηριακές γραμμές, ουροκαθετήρες, παροχετεύσεις, συσκευές νεφρικής υποκατάστασης και εξοπλισμό επείγουσας ανάνηψης (απινιδωτές, μέσα εξασφάλισης αεραγωγού). Η παρουσία και η σωστή λειτουργία αυτού του εξοπλισμού επιτρέπει την άμεση αναγνώριση οποιασδήποτε μεταβολής στην κλινική κατάσταση του ασθενούς και την ταχεία θεραπευτική παρέμβαση, καθιστώντας τη ΜΕΘ ένα περιβάλλον υψηλής τεχνολογικής υποστήριξης αλλά και αυξημένης κλινικής πολυπλοκότητας. Ο Πίνακας 1 παραθέτει αναλυτικά τον απαραίτητο εξοπλισμό μιας ΜΕΘ. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, η λειτουργία μιας Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) απαιτεί υψηλό βαθμό εξειδίκευσης και συνεχούς κατάρτισης του προσωπικού στην χρήση προηγμένης τεχνολογίας. (Tipping et al., 2017)

Κατηγορία εξοπλισμού	Εξοπλισμός	Σκοπός / Χρήση
Κλίνη ΜΕΘ	Ηλεκτρικά ρυθμιζόμενη κλίνη, στρώμα πρόληψης κατακλίσεων	Επιτρέπει την ασφαλή τοποθέτηση, αλλαγή θέσης, κινητοποίηση και φροντίδα του βαρέως πάσχοντος ασθενούς.
Παρακολούθηση ζωτικών σημείων	Πολυπαραμετρικό monitor, ηλεκτρόδια ΗΚΓ, πιεσόμετρο, παλμικό οξύμετρο, αισθητήρας θερμοκρασίας	Χρησιμοποιείται για συνεχή παρακολούθηση καρδιακής συχνότητας, αρτηριακής πίεσης, κορεσμού οξυγόνου, αναπνοής και θερμοκρασίας.
Αναπνευστική υποστήριξη	Αναπνευστήρας, συσκευές CPAP/BiPAP, συστήματα υψηλής ροής οξυγόνου	Υποστηρίζουν ή αντικαθιστούν την αναπνοή όταν ο ασθενής δεν μπορεί να αναπνεύσει επαρκώς μόνος του.
Διαχείριση αεραγωγού	Λαρυγγοσκόπιο, ενδοτραχειακοί σωλήνες, Ambu, μάσκες οξυγόνου, εξοπλισμός τραχειοστομίας	Χρησιμοποιούνται για την εξασφάλιση και διατήρηση ανοικτού αεραγωγού, ιδιαίτερα σε επείγουσες καταστάσεις.
Χορήγηση φαρμάκων και υγρών	Αντλίες έγχυσης, αντλίες σύριγγας, ενδοφλέβιες γραμμές	Επιτρέπουν την ακριβή χορήγηση φαρμάκων, υγρών, αγγειοδραστικών ουσιών, αναλγητικών και κατασταλτικών.
Αιμοδυναμική παρακολούθηση	Κεντρικός φλεβικός καθετήρας, αρτηριακή γραμμή, συστήματα μέτρησης πίεσης	Επιτρέπουν την αξιολόγηση της κυκλοφορικής κατάστασης και τη συνεχή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.
Επείγουσα ανάνηψη	Απινιδωτής, τροχήλατο επειγόντων, φάρμακα ανάνηψης, εξοπλισμός ΚΑΡΠΑ	Χρησιμοποιούνται για την άμεση αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής, αρρυθμιών ή οξείας επιδείνωσης.

Νεφρική υποστήριξη	Μηχάνημα αιμοκάθαρσης ή συνεχούς νεφρικής υποκατάστασης	Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει οξεία νεφρική ανεπάρκεια ή ανάγκη απομάκρυνσης υγρών και τοξινών.
Διατροφική υποστήριξη	Ρινογαστρικός σωλήνας, αντλία εντερικής σίτισης, συστήματα παρεντερικής διατροφής	Εξασφαλίζουν τη θρέψη του ασθενούς όταν δεν μπορεί να σιτιστεί φυσιολογικά.
Καθετήρες και παροχετεύσεις	Ουροκαθετήρας, θωρακικές παροχετεύσεις, χειρουργικές παροχετεύσεις	Επιτρέπουν την απομάκρυνση ούρων, αίματος, αέρα ή υγρών και βοηθούν στην παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενούς.
Διαγνωστικός εξοπλισμός	Φορητό ΗΚΓ, φορητός υπέρηχος, φορητό ακτινολογικό, αναλυτής αερίων αίματος, γλυκομετρητής	Χρησιμοποιείται για συνεχή διαγνωστική αξιολόγηση χωρίς να απαιτείται πάντα μετακίνηση του ασθενούς.
Πρόληψη λοιμώξεων	Γάντια, μάσκες, ποδιές, αντισηπτικά, αποστειρωμένα υλικά, κάδοι αιχμηρών	Συμβάλλουν στην πρόληψη νοσοκομειακών λοιμώξεων και στην προστασία ασθενών και προσωπικού.
Νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση	Συστήματα ανύψωσης, βοηθήματα κινητοποίησης, υλικά περιποίησης δέρματος, υλικά στοματικής υγιεινής	Βοηθούν στην καθημερινή φροντίδα, στην πρόληψη κατακλίσεων και στην πρόιμη κινητοποίηση του ασθενούς.

Πίνακας 1: Ο απαραίτητος εξοπλισμός μιας Μονάδας Εντατικής Θεραπείας μπορεί να ταξινομηθεί σε βασικές κατηγορίες, ανάλογα με τη λειτουργία που επιτελεί στην παρακολούθηση, την υποστήριξη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του βαρέως πάσχοντος ασθενούς

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας βρίσκονται σε κρίσιμη για την υγεία τους κατάσταση, με πολυοργανικές δυσλειτουργίες, ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης και χρήση προηγμένης τεχνολογίας. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν πολλές σωματικές δυσκολίες και μπορεί να πάσχουν από αναπνευστική ανεπάρκεια, σήψη, πολυτραυματισμό, καρδιολογικά επεισόδια, μετεγχειρητικές επιπλοκές ή πολυοργανική ανεπάρκεια (Davidson et al., 2012; Choi et al., 2016). Ο ρόλος της ΜΕΘ είναι να υποστηρίξει τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς μέχρι να καταφέρει ο οργανισμός να σταθεροποιηθεί και να μην χρειάζεται μηχανική υποστήριξη.

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) συνιστά ένα περιβάλλον υψηλού βαθμού εξειδίκευσης στη φροντίδα ασθενών, με συνεχή παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Μέσα από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί αύξηση του ποσοστού επιβίωσης ασθενών με τραυματισμούς ή σοβαρά νοσήματα χάρη στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Παρόλα αυτά, η διατήρηση της ζωής μετά από σοβαρή νόσο δεν σημαίνει απαραίτητα πλήρη αποκατάσταση της υγείας, διότι πολλοί ασθενείς εξακολουθούν να βιώνουν μακροχρόνιες επιπτώσεις που επηρεάζουν τη γνωστική, σωματική και ψυχική τους κατάσταση (Davidson et al., 2012; Choi et al., 2016).

Οι μακροχρόνιες αυτές επιπτώσεις έχουν τεκμηριωθεί στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία ως σύνδρομο μετά την εντατική θεραπεία (Post-Intensive Care Syndrome – PICS), το οποίο εμπεριέχει ένα πλήθος προβλημάτων όπως μυϊκή αδυναμία, διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης, μειωμένη λειτουργικότητα, καθώς και ψυχολογικά συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη και μετατραυματικό στρες. Το PICS μπορεί να παρουσιάζει χρονιότητα μετά το εξιτήριο από τη ΜΕΘ, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των επιζώντων και επιφέροντας αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας στο περιβάλλον των ασθενών (Ayenew et al., 2025; Hall-Melnychuk et al., 2025).

Στο στάδιο της μακροχρόνιας αποκατάστασης, οι άτυποι φροντιστές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, καθώς σε πολλές περιπτώσεις καθίστανται υπεύθυνοι για την καθημερινή φροντίδα των ασθενών μετά το εξιτήριό τους από το νοσοκομείο. Τον ρόλο των άτυπων φροντιστών συνήθως αναλαμβάνουν μέλη της οικογένειας ή στενά οικεία πρόσωπα, τα οποία παρέχουν φροντίδα χωρίς επαγγελματική εκπαίδευση. Οι ανάγκες

της παρεχόμενης φροντίδας μπορεί να περιλαμβάνουν τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, τη βοήθεια σε βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, την παρακολούθηση της υγείας του ασθενούς και την υποστήριξη της ψυχικής υγείας των ασθενών. Όλα τα παραπάνω μπορούν να δημιουργήσουν σημαντική επιβάρυνση για τον φροντιστή (van Beusekom et al., 2016; Comini et al., 2016).

Το Post-Intensive Care Syndrome (PICS) αφορά τις σωματικές, γνωστικές και ψυχολογικές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν ή να επιδεινωθούν σε έναν ασθενή μετά από κρίσιμη νόσο και νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Οι επιπτώσεις αυτές δεν περιορίζονται αποκλειστικά στον ίδιο τον ασθενή, αλλά επεκτείνονται και στο οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς τα μέλη της οικογένειας και οι άτυποι φροντιστές συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν την αβεβαιότητα, τον φόβο, τη συναισθηματική επιβάρυνση και τις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας μετά την έξοδο του ασθενούς από τη ΜΕΘ. Στο πλαίσιο αυτό, το Post-Intensive Care Syndrome-Family (PICS-F) περιγράφει τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που βιώνουν οι συγγενείς και οι φροντιστές, όπως άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, διαταραχές ύπνου και επιβάρυνση του ρόλου τους. Επομένως, το PICS και το PICS-F συνδέονται στενά, καθώς η κατάσταση του ασθενούς μετά τη ΜΕΘ επηρεάζει άμεσα την καθημερινότητα, την ψυχική υγεία και την ευζωία των άτυπων φροντιστών, δημιουργώντας μια αλληλεξαρτώμενη εμπειρία αποκατάστασης για ολόκληρη την οικογένεια.

Η παρούσα έρευνα εστιάζει στους άτυπους φροντιστές, όπου τον ρόλο αυτόν έχει συνήθως ένα μέλος της οικογένειας, και στο σύνδρομο PICS-F που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το PICS. Η βιβλιογραφία περιλαμβάνει διάφορες μελέτες που αφορούν και τα δύο σύνδρομα και τα οποία συχνά μελετώνται παράλληλα. Μελετώντας τη βιβλιογραφία στο θέμα του Post-Intensive Care Syndrome (PICS), βρέθηκαν πολλές μελέτες που εστιάζουν στους ίδιους τους ασθενείς. Σε αυτήν την εργασία θα εξεταστεί το Post-Intensive Care Syndrome Family (PICS-F), το οποίο αναφέρεται στους φροντιστές, που συνήθως είναι οικογενειακά πρόσωπα ατόμων που έχουν περάσει από ΜΕΘ.

Οι μελέτες των Rawal et al. (2017) και Dong et al. (2025) στο θέμα του PICS και του PICS-F αντίστοιχα, αναδεικνύουν το εκτενές ενδιαφέρον της επιστημονικής

κοινότητας για τα παραπάνω σύνδρομα. Οι Rawal et al. προσέφεραν μια εκτενή ανασκόπηση του PICS, ενημερώνοντας την κοινότητα για τα συμπτώματα και τον τρόπο αντιμετώπισής τους (Rawal et al., 2017). Από την άλλη πλευρά, η έρευνα των Dong et al. (2025) μελέτησε 440 μέλη οικογενειών ηλικιωμένων ασθενών, οι οποίοι είχαν μεταφερθεί από τρεις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ενός τριτοβάθμιου γενικού νοσοκομείου στην επαρχία Shandong, από τον Ιούλιο του 2023 έως τον Φεβρουάριο του 2024. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε πληθώρα ερωτηματολογίων διαφορετικών τύπων, όπως το Ερωτηματολόγιο Γενικών Πληροφοριών, την Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης, το Απλοποιημένο Ερωτηματολόγιο Τρόπων Αντιμετώπισης, την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης Νοσοκομείου και τη Λίστα Ελέγχου Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες – Έκδοση για τον Γενικό Πληθυσμό (Dong et al., 2025; Hayes et al., 2024).

Η μελέτη έδειξε ότι το 54,80% των μελών οικογενειών ηλικιωμένων ασθενών μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι το φύλο του άτυπου φροντιστή, το μηνιαίο κατά κεφαλήν εισόδημα των οικογενειακών μελών, το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης και ο τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών συσχετίζονται με την εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών μετά τη νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Dong et al., 2025). Συνολικά, η μελέτη κατέληξε στο ότι οι ψυχολογικές διαταραχές στα μέλη οικογενειών ηλικιωμένων ασθενών μετά τη νοσηλεία στη ΜΕΘ ήταν υψηλές. Η ψυχολογική κατάσταση των μελών πρέπει να παρακολουθείται και να υποστηρίζεται με τους ανάλογους τρόπους όπου χρειάζεται, βελτιώνοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας, με σκοπό τη μείωση των ψυχολογικών διαταραχών που σχετίζονται με το PICS-F (Dong et al., 2025).

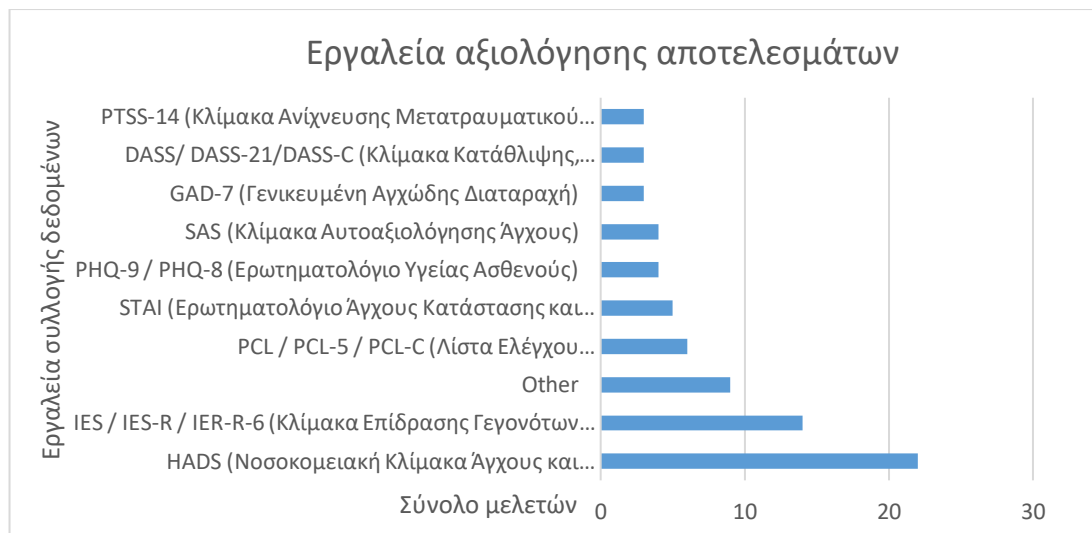
Συντομογραφία	Αγγλικός όρος	Ελληνική απόδοση
DASS/C	Depression Anxiety and Stress Scale / Chinese	Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες / Κινεζική έκδοση
GAD	General Anxiety Disorder	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης

IES/R	Impact of Events Scale / Revised	Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων / Αναθεωρημένη έκδοση
PCL/C	Post-traumatic Checklist / Civilian	Λίστα Ελέγχου Μετατραυματικού Στρες / Έκδοση για τον Γενικό Πληθυσμό
PHQ	Patient Health Questionnaire	Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς
PTSS	Post Traumatic Screening Scale	Κλίμακα Ανίχνευσης Μετατραυματικού Στρες
SAS	Self-rating Anxiety Scale	Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Άγχους
STAI	State-Trait Anxiety Inventory	Ερωτηματολόγιο Άγχους Κατάστασης και Προσωπικού Χαρακτηριστικού

Πίνακας 2: Εργαλεία μέτρησης εκβάσεων / αποτελεσμάτων

Η έρευνα των Rawal, Yadav και Kumar (2017) παρείχε μια εκτενή ανασκόπηση των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F). Σύμφωνα με τη μελέτη τους, έως και το 30% των μελών της οικογένειας ή των άτυπων φροντιστών βιώνουν σημαντικά επίπεδα στρες, άγχους, κατάθλιψης και σύνθετου πένθους. Η ανάλυση των ερευνητών κατέδειξε ότι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την ποσοτικοποίηση των ψυχολογικών επιπτώσεων του PICS-F είναι η Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS).

Στον Πίνακα 2 που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά τα κύρια ψυχομετρικά εργαλεία που αναφέρονται στη βιβλιογραφία για την αξιολόγηση του PICS-F, όπως προκύπτουν από τις ανασκοπήσεις των Rawal et al. (2017) και Hayes et al. (2024). Τα εργαλεία αυτά καλύπτουν διαφορετικές διαστάσεις της ψυχολογικής κατάστασης των φροντιστών, όπως άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες και γενική ψυχική υγεία.



Πίνακας 2: Κύρια εργαλεία μέτρησης του Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F) (Hayes et al., 2024)

Η ποικιλία των εργαλείων αυτών υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της ψυχολογικής κατάστασης των άτυπων φροντιστών και την ανάγκη για ολοκληρωμένη αξιολόγηση. Ωστόσο, όπως επισημαίνουν οι Hayes et al. (2024), τα περισσότερα από αυτά τα εργαλεία δεν έχουν πλήρως επικυρωθεί ειδικά για τον πληθυσμό των οικογενειών ασθενών ΜΕΘ, γεγονός που δημιουργεί περιορισμούς στη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων μεταξύ των μελετών.

3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Για την παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό τον εντοπισμό και την ανάλυση των σχετικών επιστημονικών δημοσιεύσεων. Ως μηχανή αναζήτησης χρησιμοποιήθηκε το Google Scholar. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ήταν οι ακόλουθες:

1. PICS-F AND research
2. PICS-F AND family
3. Post-Intensive Care Syndrome Family
4. PICS-F AND caregivers

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε χωρίς χρονικό περιορισμό, ενώ δόθηκε έμφαση σε άρθρα πλήρους κειμένου, ανασκοπήσεις και πρωτότυπες ερευνητικές μελέτες στα αγγλικά. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα.

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

Η βιβλιογραφία που ανακτήθηκε αναδεικνύει τη σημαντικότητα του συνδρόμου PICS-F, τόσο ως ψυχολογικό όσο και ως κοινωνικό φαινόμενο που επηρεάζει άμεσα τους άτυπους φροντιστές ασθενών μετά από νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τα άρθρα των Rawal, Yadav και Kumar (2017) και Schembari et al. (2024) προσφέρουν ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση του PICS και των επιπτώσεών του τόσο στους ασθενείς όσο και στους φροντιστές. Ως ανασκοπήσεις όμως, βασίζονται σε ήδη δημοσιευμένα δεδομένα και δεν παρέχουν πρωτογενή ερευνητικά ευρήματα.

Αντίθετα, η μελέτη των Dong et al. (2025) με συγχρονικό (cross-sectional) σχεδιασμό και χρήση πολλαπλών ερωτηματολογίων παρέχει σημαντικά εμπειρικά δεδομένα σχετικά με την ψυχολογική δυσλειτουργία των μελών οικογενειών ηλικιωμένων ασθενών μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ. Η μελέτη αναδεικνύει σημαντικούς συσχετιζόμενους παράγοντες, όπως το φύλο του φροντιστή, το μηνιαίο εισόδημα, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης και οι στρατηγικές αντιμετώπισης. Παρότι παρουσιάζει υψηλή συνάφεια με το παρόν ερευνητικό θέμα, ο συγχρονικός της χαρακτήρας δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων σχετικά με την αλληλουχία των γεγονότων.

Η χαρτογραφική ανασκόπηση των Hayes et al. (2024) συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση του τρόπου μέτρησης του PICS-F στη διεθνή βιβλιογραφία. Αναδεικνύει την ποικιλία των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται, αλλά και την ανάγκη για μεγαλύτερη μεθοδολογική ομοιογένεια και επικύρωση των εργαλείων ειδικά για τον πληθυσμό των άτυπων φροντιστών.

Επιπλέον, το πρωτόκολλο των Li et al. (2026) παρουσιάζει μια παρεμβατική προσέγγιση για την πρόληψη του PICS-F μέσω δομημένου προγράμματος διαχείρισης στρες. Ως πρωτόκολλο μελέτης, δεν παρέχει ακόμη τελικά αποτελέσματα αποτελεσματικότητας, ωστόσο προσφέρει χρήσιμες κατευθύνσεις για μελλοντικές παρεμβάσεις.

Τέλος, η μελέτη των Padilla-Fortunatti et al. (2026) ενισχύει την κατανόηση των προγνωστικών παραγόντων του PICS-F, εξετάζοντας ψυχολογικές, σωματικές και γνωστικές διαστάσεις σε φροντιστές σε βάθος χρόνου (τρεις μήνες μετά το εξιτήριο). Η μελέτη αυτή αναδεικνύει ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες, όπως φροντιστές με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη.

Συνολικά, η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι οι άτυποι φροντιστές αποτελούν έναν ιδιαίτερα ευάλωτο πληθυσμό, του οποίου η ευζωία επηρεάζεται από πολλαπλούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Παράλληλα, αναδεικνύεται η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, ιδιαίτερα σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά πλαίσια, ώστε να ενισχυθεί η οικογενειοκεντρική νοσηλευτική φροντίδα και να αναπτυχθούν στοχευμένες, βασισμένες σε τεκμήρια παρεμβάσεις υποστήριξης.

3.4 Το ερευνητικό κενό

Από την κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι το σύνδρομο PICS-F έχει αναγνωριστεί ως σημαντικό ψυχοκοινωνικό φαινόμενο που επηρεάζει ουσιαστικά την ψυχική υγεία, την καθημερινή λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ωστόσο, παρά την αυξανόμενη επιστημονική ενδιαφέρον, εντοπίζονται ορισμένα σημαντικά κενά.

Πολλές από τις διαθέσιμες μελέτες εστιάζουν κυρίως στην καταγραφή συγκεκριμένων ψυχολογικών συμπτωμάτων (άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, κόπωση), χωρίς να εξετάζουν επαρκώς την ευρύτερη και πολυδιάστατη έννοια της **ευζωίας** των φροντιστών. Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας έχει πραγματοποιηθεί σε διαφορετικά υγειονομικά, κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά πλαίσια (κυρίως σε χώρες της Ασίας, της Βόρειας Αμερικής και της Βόρειας Ευρώπης), γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα άμεσης γενίκευσης και εφαρμογής των ευρημάτων στον ελληνικό χώρο. Παράλληλα, παρατηρείται σημαντική ετερογένεια ως προς τα ψυχομετρικά εργαλεία και τις μεθοδολογικές προσεγγίσεις, ενώ λιγότερη έμφαση έχει δοθεί στη συνδυαστική διερεύνηση πολλαπλών ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως η κοινωνική υποστήριξη, οι στρατηγικές αντιμετώπισης, η οικογενειακή επιβάρυνση, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και ο συνολικός ρόλος του άτυπου φροντιστή.

Συνεπώς, το κύριο ερευνητικό κενό που αναδεικνύεται αφορά την ανάγκη για συστηματική και ολιστική διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών στο ελληνικό πλαίσιο, μετά τη νοσηλεία οικείου προσώπου σε ΜΕΘ. Η παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρεί να συμβάλει στην κάλυψη αυτού του κενού, εστιάζοντας στους άτυπους φροντιστές ως ιδιαίτερα ευάλωτη αλλά συχνά υπομελετημένη ομάδα. Μέσω της

ποσοτικής προσέγγισης και της χρήσης ενός αξιόπιστου ερωτηματολογίου, η μελέτη στοχεύει στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών τους και στην ενίσχυση της οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας στην ελληνική πραγματικότητα.

ΚΕΦ4: Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1 Επιστημολογία

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε στη μετα-θετικιστική επιστημολογική προσέγγιση. Ο μετα-θετικισμός αποτελεί εξέλιξη του κλασικού θετικισμού και υποστηρίζει ότι η κοινωνική και ψυχολογική πραγματικότητα μπορεί να μελετηθεί με συστηματικό, εμπειρικό και επιστημονικό τρόπο, χωρίς όμως να θεωρείται ότι η παραγόμενη γνώση είναι απόλυτη ή πλήρως αντικειμενική. Σε αντίθεση με τον κλασικό θετικισμό, ο οποίος δίνει απόλυτη έμφαση στην αντικειμενικότητα και στη μέτρηση των φαινομένων με τον ίδιο τρόπο που γίνεται στις φυσικές επιστήμες, ο μετα-θετικισμός αναγνωρίζει την επίδραση του κοινωνικού, οικογενειακού και προσωπικού πλαισίου στα ανθρώπινα βιώματα, τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Η μετα-θετικιστική προσέγγιση κρίθηκε ιδιαίτερα κατάλληλη για την παρούσα έρευνα, καθώς το αντικείμενο της μελέτης αφορά τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Ακολουθώντας αυτή την προσέγγιση, συλλέχθηκαν δεδομένα από 100 άτυπους φροντιστές με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου τύπου Likert. Η ποσοτική αυτή μέθοδος επιτρέπει την συστηματική και οργανωμένη αποτύπωση των απόψεων και των εμπειριών των συμμετεχόντων, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζεται ότι οι απαντήσεις τους επηρεάζονται από προσωπικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως η σχέση με τον ασθενή, η διάρκεια και η βαρύτητα της νοσηλείας, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης και οι συνθήκες καθημερινής φροντίδας.

Η μετα-θετικιστική επιστημολογία συνδέεται άμεσα με τον σκοπό της μελέτης, καθώς επιτρέπει την εμπειρική και οργανωμένη διερεύνηση ενός σύνθετου ψυχοκοινωνικού φαινομένου, όπως είναι το PICS-F. Παράλληλα, αναγνωρίζει ότι η γνώση που παράγεται είναι πιθανή, ερμηνεύσιμη και εξαρτώμενη από το συγκεκριμένο πλαίσιο μέσα στο οποίο συλλέγονται τα δεδομένα, προσφέροντας έτσι μια ισορροπημένη επιστημολογική βάση για την παρούσα ποσοτική έρευνα.

4.2 Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη ακολούθησε ποσοτική, μη πειραματική, διατομεακή (cross-sectional) μεθοδολογική προσέγγιση. Στόχος ήταν η συστηματική διερεύνηση των κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και αναλαμβάνουν τον ρόλο του άτυπου φροντιστή. Το σύνδρομο PICS-F περιλαμβάνει συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη και μετατραυματικό στρες, τα οποία μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αλλά και να επιμείνουν μετά το εξιτήριο.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι η συνηθέστερη μέθοδος για τη μελέτη τέτοιων ψυχοκοινωνικών φαινομένων είναι η χρήση δομημένων ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με αυτό, η παρούσα έρευνα υλοποίησε ένα ερωτηματολόγιο με 35 ερωτήσεις κλειστού τύπου, βασισμένες σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων (1 = Διαφωνώ απόλυτα έως 5 = Συμφωνώ απόλυτα). Οι ερωτήσεις σχεδιάστηκαν ώστε να διερευνούν την ψυχολογική κατάσταση, την κοινωνική υποστήριξη και τις αντιλήψεις των φροντιστών σχετικά με την ευζωία τους.

Η επιλογή της ποσοτικής, μη πειραματικής, διατομεακής μεθοδολογίας κρίθηκε η καταλληλότερη για τους εξής λόγους:

1. Επιτρέπει την ποσοτική αποτύπωση και στατιστική ανάλυση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την αίσθηση ευζωίας.
2. Παρέχει τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων από σχετικά μεγάλο δείγμα (n=100) σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή.
3. Συνάδει με τις περισσότερες διεθνείς μελέτες για το PICS-F, οι οποίες χρησιμοποιούν έγκυρα και αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία (π.χ. HADS, IES-R, PCL-C, κλίμακες κοινωνικής υποστήριξης κ.ά.).

Άλλες μεθοδολογικές προσεγγίσεις δεν επιλέχθηκαν, καθώς δεν ανταποκρίνονταν στον σκοπό και τον σχεδιασμό της παρούσας μελέτης. Συγκεκριμένα, η ποιοτική φαινομενολογική προσέγγιση (μέσω συνεντεύξεων ή αφηγήσεων) θα ήταν κατάλληλη εάν ο στόχος ήταν η εις βάθος κατανόηση των προσωπικών εμπειριών και του υποκειμενικού νοήματος που αποδίδουν οι φροντιστές στα βιώματά τους. Ωστόσο, η παρούσα έρευνα εστίασε στη συστηματική και μετρήσιμη αποτύπωση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ώστε να επιτευχθεί γενίκευση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Επίσης, η πειραματική ή ημι-πειραματική μεθοδολογία αποκλείστηκε, διότι η μελέτη δεν αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας κάποιας συγκεκριμένης παρέμβασης, αλλά στην περιγραφική διερεύνηση υφιστάμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων σε φυσικές συνθήκες.

Συνολικά, η ποσοτική, μη πειραματική, διατομεακή προσέγγιση θεωρείται η πλέον κατάλληλη για την παρούσα έρευνα, καθώς επιτρέπει την οργανωμένη συλλογή και ανάλυση δεδομένων, την ποσοτικοποίηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και την παραγωγή συμπερασμάτων που μπορούν να συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των άτυπων φροντιστών και στην ενίσχυση της οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας.

4.3 Δειγματοληπτική τεχνική

Στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε μη πιθανολογική δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) με προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν εθελοντικά 100 άτυποι φροντιστές ασθενών που είχαν νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), εφόσον πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής. Το βασικό κριτήριο ένταξης ήταν να είναι συγγενικό πρόσωπο, σύντροφος ή άλλο κοντινό πρόσωπο του ασθενούς, καθώς ο στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση του συνδρόμου PICS-F, το οποίο αφορά πρωτίστως τα μέλη της οικογένειας και τους άτυπους φροντιστές. Στο δείγμα, το 26% ήταν άνδρες και το 74% γυναίκες.

Επιλογή της τεχνικής και λόγοι απόρριψης εναλλακτικών Η δειγματοληψία ευκολίας επιλέχθηκε λόγω της ιδιαίτερης φύσης του πληθυσμού-στόχου. Οι άτυποι φροντιστές ασθενών μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ αποτελούν μια ειδική, εύαλωτη και σχετικά δύσκολα προσβάσιμη ομάδα, καθώς δεν υπάρχει εύκολα διαθέσιμος πλήρης κατάλογος τέτοιων ατόμων.

Οι πιθανολογικές τεχνικές (απλή τυχαία δειγματοληψία, συστηματική δειγματοληψία, στρωματοποιημένη και δειγματοληψία κατά συστάδες) απορρίφθηκαν, διότι προϋποθέτουν την ύπαρξη πλήρους και προσβάσιμου καταλόγου του πληθυσμού-στόχου. Η δημιουργία ενός τέτοιου καταλόγου θα ήταν πρακτικά δύσκολη, χρονοβόρα και δαπανηρή, ενώ θα απαιτούσε πρόσβαση σε ευαίσθητα νοσοκομειακά δεδομένα, κάτι που περιορίζεται από τους κανονισμούς προστασίας δεδομένων (GDPR) και τις ηθικές απαιτήσεις της έρευνας.

Από τις μη πιθανολογικές τεχνικές, εναλλακτικές επιλογές ήταν η σκόπιμη (purposive) δειγματοληψία, η δειγματοληψία χιονοστιβάδας (snowball sampling) και η δειγματοληψία ποσοτώσεων. Η σκόπιμη δειγματοληψία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την επιλογή συμμετεχόντων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά εμπειρίας, ενώ η χιονοστιβάδα θα διευκόλυνε την πρόσβαση μέσω παραπομπών από αρχικούς συμμετέχοντες. Ωστόσο, αυτές οι τεχνικές δεν επιλέχθηκαν, καθώς ενέχουν υψηλότερο κίνδυνο μεροληψίας επιλογής και θα μπορούσαν να δυσχεράνουν τη διατήρηση της ανωνυμίας και της ανεξαρτησίας των συμμετεχόντων.

Η μη πιθανολογική δειγματοληψία ευκολίας με προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης κρίθηκε η καταλληλότερη τεχνική για την παρούσα μελέτη, καθώς επιτρέπει την προσέγγιση διαθέσιμων και πρόθυμων συμμετεχόντων που πληρούν τις προϋποθέσεις, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα πρακτική εφικτότητα, σεβασμό στην ιδιωτικότητα και συμμόρφωση με τις ηθικές απαιτήσεις της έρευνας. Παρότι δεν επιτρέπει γενίκευση των αποτελεσμάτων με στατιστική βεβαιότητα, είναι συχνά η μόνη ρεαλιστική επιλογή σε μελέτες που αφορούν ευάλωτες και δύσκολα προσβάσιμες ομάδες, όπως οι άτυποι φροντιστές μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ.

4.4 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού του δείγματος

Για την παρούσα μελέτη καθορίστηκαν σαφή κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομοιογένεια του δείγματος, η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων και η ηθική προστασία των συμμετεχόντων.

Κριτήρια ένταξης Οι συμμετέχοντες έπρεπε να πληρούν όλα τα παρακάτω κριτήρια:

1. Να είναι ενήλικες (18 ετών και άνω).
2. Να είναι άτυποι φροντιστές οικείου προσώπου που έχει νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).
3. Να έχουν αναλάβει ουσιαστικό ρόλο στην υποστήριξη, φροντίδα ή λήψη αποφάσεων για τον ασθενή, κατά τη διάρκεια ή/και μετά τη νοσηλεία του.

Ως άτυποι φροντιστές ορίζονται συγγενείς (π.χ. σύζυγος, παιδιά, γονείς, αδέρφια) ή άλλα κοντινά πρόσωπα που παρέχουν φροντίδα χωρίς επαγγελματική ιδιότητα και χωρίς αμοιβή.

Κριτήρια αποκλεισμού Από το δείγμα αποκλείστηκαν οι ακόλουθες περιπτώσεις, ακόμη και αν πληρούσαν τα βασικά κριτήρια ένταξης:

1. Άτομα που δεν γνωρίζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα, ώστε να κατανοήσουν πλήρως το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου και να δώσουν συνειδητές απαντήσεις.
2. Επαγγελματίες φροντιστές ή άτομα που παρέχουν φροντίδα στο πλαίσιο αμειβόμενης ή επαγγελματικής σχέσης.
3. Συμμετέχοντες που υπέβαλαν ερωτηματολόγιο με σημαντικά ελλειπείς απαντήσεις (που θα επηρέαζαν την αξιοπιστία της ανάλυσης).
4. Περιπτώσεις διπλής συμμετοχής του ίδιου ατόμου.

Η σαφής διάκριση μεταξύ κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού είναι απαραίτητη, καθώς διασφαλίζει την εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης, μειώνει τη μεροληψία και προστατεύει την ποιότητα των δεδομένων. Επιπλέον, συμβάλλει στην ηθική διεξαγωγή της έρευνας, εξασφαλίζοντας ότι οι συμμετέχοντες είναι σε θέση να κατανοήσουν πλήρως τη διαδικασία και να συμμετάσχουν με ελεύθερη βούληση.

4.4 Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 100 άτυπους φροντιστές ασθενών που είχαν νοσηλευτεί σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι συμμετέχοντες ήταν ενήλικα άτομα τα οποία είχαν στενή οικογενειακή ή προσωπική σχέση με τον ασθενή (σύζυγοι, σύντροφοι, γονείς, τέκνα, αδέρφια ή άλλα κοντινά πρόσωπα) και ανέλαβαν ουσιαστικό ρόλο στην υποστήριξη και φροντίδα του, με την ιδιότητα του άτυπου φροντιστή.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 26% ήταν άνδρες και το 74% γυναίκες. Στο πλαίσιο της μελέτης διατηρήθηκε πλήρως η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων. Δεν συλλέχθηκαν προσωπικά αναγνωρίσιμα στοιχεία (όπως ονοματεπώνυμο, αριθμός ταυτότητας, αριθμός μητρώου ή στοιχεία επικοινωνίας). Ωστόσο, καταγράφηκαν βασικά δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, ο βαθμός συγγένειας ή σχέσης με τον ασθενή, η επαγγελματική κατάσταση και, όπου κρίθηκε σκόπιμο, η διάρκεια και η ένταση της παρεχόμενης φροντίδας.

Η περιγραφή των παραπάνω χαρακτηριστικών είναι απαραίτητη, καθώς επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση του πληθυσμού που μελετάται και συμβάλλει στην ορθότερη

ερμηνεία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών. Τα αναλυτικά δημογραφικά δεδομένα του δείγματος παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 5 (Αποτελέσματα).

4.5 Περιγραφή του χώρου διεξαγωγής της έρευνας και μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε εξ ολοκλήρου διαδικτυακά, μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου. Δεν υπήρξε φυσικός χώρος διεξαγωγής, καθώς η συλλογή δεδομένων έγινε εξ αποστάσεως. Αυτή η προσέγγιση επιλέχθηκε προκειμένου να διευκολυνθεί η συμμετοχή ατόμων από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της χώρας και να μειωθεί το επιπλέον φορτίο των άτυπων φροντιστών, οι οποίοι συχνά έχουν περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο λόγω των αυξημένων φροντιστηριακών τους υποχρεώσεων.

Για τη δημιουργία και τη διανομή του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η πλατφόρμα Google Forms. Η πρόσκληση συμμετοχής διακινήθηκε ηλεκτρονικά μέσω ασφαλούς συνδέσμου (link), ο οποίος κοινοποιήθηκε στους δυνητικούς συμμετέχοντες μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μηνυμάτων ή άλλων ασφαλών καναλιών επικοινωνίας. Το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσυμπληρούμενο, πλήρως ανώνυμο και προσβάσιμο από οποιαδήποτε συσκευή με σύνδεση στο διαδίκτυο (υπολογιστής, tablet ή κινητό τηλέφωνο).

Το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο αποτέλεσε το κύριο και μοναδικό εργαλείο συλλογής δεδομένων και περιλάμβανε 35 ερωτήσεις κλειστού τύπου, βασισμένες σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων. Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου κρίθηκε η πλέον κατάλληλη διότι επιτρέπει την ποσοτική καταγραφή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και της αίσθησης ευζωίας με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο, ενώ παράλληλα διασφαλίζει την ανωνυμία και μειώνει την πιθανότητα κοινωνικής επιθυμητότητας στις απαντήσεις.

Εναλλακτικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων, όπως οι προσωπικές ή τηλεφωνικές συνεντεύξεις και οι ομάδες εστίασης, δεν επιλέχθηκαν, καθώς θα απαιτούσαν σημαντικούς πόρους, χρόνο και φυσική ή δια ζώσης παρουσία, ενώ θα δυσκόλευαν τη διατήρηση της ανωνυμίας και θα αύξαναν το φορτίο των συμμετεχόντων. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη εστίαζε σε ποσοτική ανάλυση δεδομένων, κάτι που υποστηρίζεται καλύτερα από δομημένα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου.

Στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας παρουσιάζεται αναλυτικά το πλήρες ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε.

4.7 Ηθική της έρευνας

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας, με σκοπό την πλήρη διασφάλιση των δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας και της ιδιωτικότητας των συμμετεχόντων.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως και με σαφήνεια για τους στόχους της μελέτης, τη διαδικασία συμμετοχής, τη διάρκεια του ερωτηματολογίου, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, το δικαίωμά τους να διακόψουν τη συμμετοχή τους ανά πάσα στιγμή χωρίς καμία συνέπεια, καθώς και τον τρόπο χρήσης και αποθήκευσης των δεδομένων. Η ενημέρωση αυτή παρέχεται στην αρχή του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου και απαιτούσε τη ρητή συγκατάθεση του συμμετέχοντα πριν από την έναρξη της συμπλήρωσης.

Ειδική μέριμνα δόθηκε στην προστασία των προσωπικών δεδομένων. Δεδομένου ότι η έρευνα αφορά ευαίσθητα δεδομένα που σχετίζονται με την υγεία (σωματική και ψυχική) των ασθενών και των οικογενειών τους, όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν και επεξεργάστηκαν με πλήρη ανωνυμία. Δεν συλλέχθηκαν προσωπικά αναγνωρίσιμα στοιχεία (όπως ονοματεπώνυμο, στοιχεία επικοινωνίας ή άλλα άμεσα ή έμμεσα αναγνωρίσιμα δεδομένα). Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και τις ισχύουσες εθνικές διατάξεις.

Για την ηθική έγκριση της μελέτης, το ερευνητικό πρωτόκολλο υποβλήθηκε και εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η Επιτροπή αξιολόγησε το πρωτόκολλο ως προς την επιστημονική του εγκυρότητα, τη μεθοδολογική ορθότητα και τη συμμόρφωσή του με τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι και τις σύγχρονες ηθικές προδιαγραφές για έρευνα σε ανθρώπους. Η έγκριση αυτή διασφαλίζει ότι η μελέτη διεξήχθη με απόλυτο σεβασμό στα δικαιώματα και την ευημερία των συμμετεχόντων.

Η έγκριση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

4.8. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), το οποίο αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα και αξιόπιστα προγράμματα στατιστικής ανάλυσης στον χώρο των κοινωνικών και υγειονομικών επιστημών. Η επιλογή του συγκεκριμένου λογισμικού κρίθηκε ιδιαίτερα κατάλληλη, καθώς παρέχει προηγμένες δυνατότητες οργάνωσης, διαχείρισης και πολυδιάστατης στατιστικής ανάλυσης μεγάλου όγκου δεδομένων, καθώς και εύκολη δημιουργία πινάκων και γραφημάτων που διευκολύνουν την κατανόηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Αρχικά, διεξήχθη περιγραφική στατιστική ανάλυση για την παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Για τις κατηγορικές μεταβλητές (π.χ. φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, σχέση με τον ασθενή) υπολογίστηκαν οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες (N και %). Για τις συνεχείς και διατακτικές μεταβλητές (π.χ. ηλικία, βαθμολογίες στις κλίμακες) υπολογίστηκαν μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς, όπως ο μέσος όρος (M), η ελάχιστη και μέγιστη τιμή, καθώς και η τυπική απόκλιση (SD). Η περιγραφική στατιστική επιλέχθηκε διότι επιτρέπει τη συνοπτική και σαφή παρουσίαση του προφίλ του δείγματος και της κατανομής των απαντήσεων, αποτελώντας τη βάση για κάθε περαιτέρω ανάλυση.

Στη συνέχεια, αξιολογήθηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου μέσω του δείκτη Cronbach's alpha (α), ο οποίος αποτελεί το πλέον διαδεδομένο μέτρο εκτίμησης της εσωτερικής συνοχής μιας πολυδιάστατης κλίμακας. Ο δείκτης αυτός ελέγχει κατά πόσο τα επιμέρους ερωτήματα μετρούν με συνέπεια την ίδια θεωρητική έννοια. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τιμές Cronbach's $\alpha > 0,70$ θεωρούνται αποδεκτές, ενώ τιμές $> 0,80$ ή $0,90$ υποδηλώνουν υψηλή ή πολύ υψηλή αξιοπιστία. Στην παρούσα μελέτη, ο δείκτης Cronbach's α υπολογίστηκε σε $0,899$, τιμή που καταδεικνύει πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου και ενισχύει σημαντικά την αξιοπιστία των ευρημάτων.

Η μέθοδος αυτή επιλέχθηκε επειδή είναι η πλέον ενδεδειγμένη για ποσοτικές μελέτες με δομημένα ερωτηματολόγια, επιτρέποντας τόσο την περιγραφή του δείγματος όσο και την αξιολόγηση της ποιότητας του εργαλείου μέτρησης πριν από οποιαδήποτε περαιτέρω στατιστική επεξεργασία.

ΚΕΦ5: Αποτελέσματα της έρευνας

5.1 Παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων και ανάλυση δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια σε 100 άτυπους φροντιστές. Το ερωτηματολόγιο διακινήθηκε διαδικτυακά μέσω ασφαλούς συνδέσμου (link) και όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν ηλεκτρονικά. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics.

Αρχικά, παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος μέσω περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης. Συγκεκριμένα, υπολογίστηκαν συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις, προκειμένου να αποτυπωθεί όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένα το προφίλ των συμμετεχόντων. Στα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και η σχέση με τον ασθενή.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται σε μορφή πινάκων και διαγραμμάτων τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ώστε να γίνει πιο εύκολα αντιληπτή η κατανομή των μεταβλητών.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου με τον δείκτη Cronbach's alpha (α), με σκοπό την εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων. Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης παρουσιάζονται αναλυτικά, επιβεβαιώνοντας την υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε.

Τέλος, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανά θεματική ενότητα (ψυχολογική κατάσταση, κοινωνική κατάσταση και κοινωνικές παροχές), μαζί με τους μέσους όρους (M) και τις τυπικές αποκλίσεις (SD) των απαντήσεων που δόθηκαν στη κλίμακα Likert. Μέσω αυτής της παρουσίασης, αναλύεται το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων σε κάθε ερώτηση, ενώ παράλληλα ερμηνεύονται τα ευρήματα σε σχέση με την αίσθηση ευζωίας και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που την επηρεάζουν.

5.2 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Η ανάλυση των δεδομένων με το λογισμικό IBM SPSS Statistics ανέδειξε σημαντικά ευρήματα σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε Μονάδα

Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται συνοπτικά τα κύρια στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση του κοινωνικού και μορφωτικού προφίλ των συμμετεχόντων. Όλοι οι εθελοντές συμπλήρωσαν πλήρως τα δημογραφικά ερωτήματα.

ΦύλοΗλικίαΜόρφωσηΟικογενειακή κατάσταση

	Μεταβλητή	Φύλο	Ηλικία	Μόρφωση	Οικογενειακή Κατάσταση
N	Valid	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0

Πίνακας 1: Παρουσίαση της συμμετοχής των εθελοντών στα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Στους Πίνακες 2, 3, 4 και 5 παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση). Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 100 άτομα. Από αυτούς, το 74% ήταν γυναίκες και το 26% άνδρες, γεγονός που αντανakλά τη μεγαλύτερη συμμετοχή του γυναικείου πληθυσμού στη φροντίδα οικείων προσώπων.

Όσον αφορά την ηλικία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (68%) ήταν κάτω των 30 ετών, ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στις ηλικιακές ομάδες 30-39 ετών (12%), 40-49 ετών (10%) και 50-59 ετών (9%). Μόνο το 1% των συμμετεχόντων ήταν άνω των 60 ετών.

Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, η πλειονότητα των συμμετεχόντων κατείχε πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (52%), ενώ σημαντικό ποσοστό είχε μεταπτυχιακό τίτλο (17%) ή μεταλυκειακή εκπαίδευση (16%). Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για αποφοίτους λυκείου (11%) και κατόχους διδακτορικού τίτλου (3%).

Τέλος, ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 64% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι/ες, το 31% έγγαμοι/ες ή σε συμβίωση και το 5% διαζευγμένοι/ες.

Τα παραπάνω δεδομένα παρουσιάζονται αναλυτικά στους αντίστοιχους πίνακες και στα Διαγράμματα 1, 2, 3 και 4.

Φύλο		
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ανδρας	26	26.0
Γυναίκα	74	74.0
Σύνολο	100	100.0

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το φύλο

Ηλικιακές Ομάδες	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Σωρευτικό Ποσοστό (%)
<30	68	68.0	68.0	68.0
≥60	1	1.0	1.0	69.0
30-39	12	12.0	12.0	81.0
40-49	10	10.0	10.0	91.0
50-59	9	9.0	9.0	100.0
Σύνολο	100	100.0	100.0	

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος σε ηλικιακές ομάδες

Μορφωτικό Επίπεδο	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Σωρευτικό Ποσοστό (%)
Διδακτορικός τίτλος	3	3.0	3.0	3.0
Λύκειο	11	11.0	11.0	14.0
Μεταλυκειακή εκπαίδευση	16	16.0	16.0	30.0

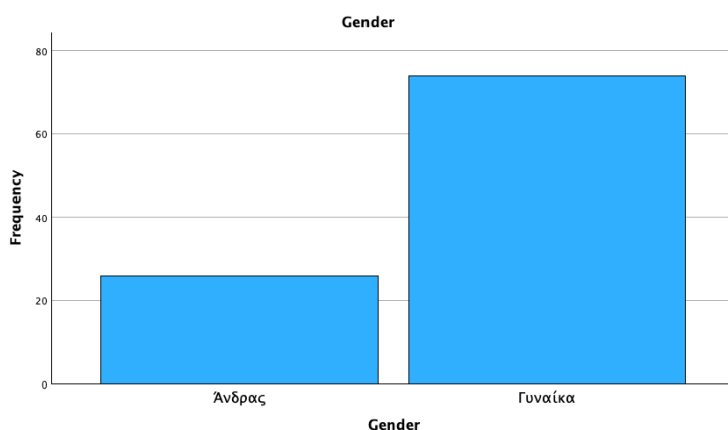
Μεταπτυχιακός τίτλος	17	17.0	17.0	47.0
Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ	52	52.0	52.0	99.0
Υποχρεωτική εκπαίδευση	52	52.0	52.0	99.0
Total	100	100.0	100.0	

Πίνακας 4: Κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με το μορφωτικό τους επίπεδο

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Έγκυρο Ποσοστό (%)	Σωρευτικό Ποσοστό (%)
Άγαμος/η	64	64.0	64.0	64.0
Διαζευμένος/η	5	5.0	5.0	69.0
Έγγαμος/η / Σε συμβίωση	31	31.0	31.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

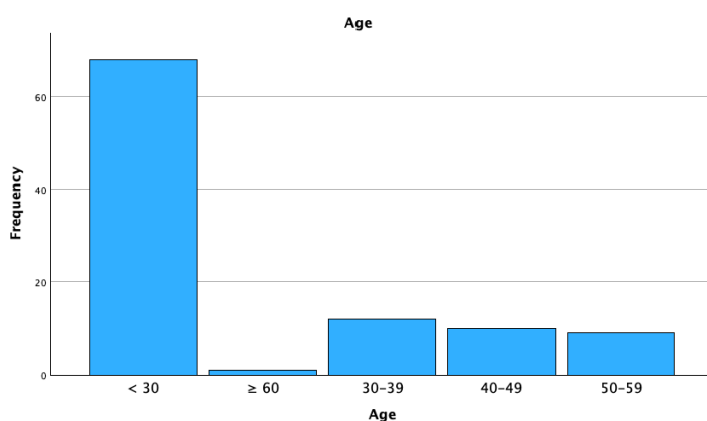
Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση

Bar Chart



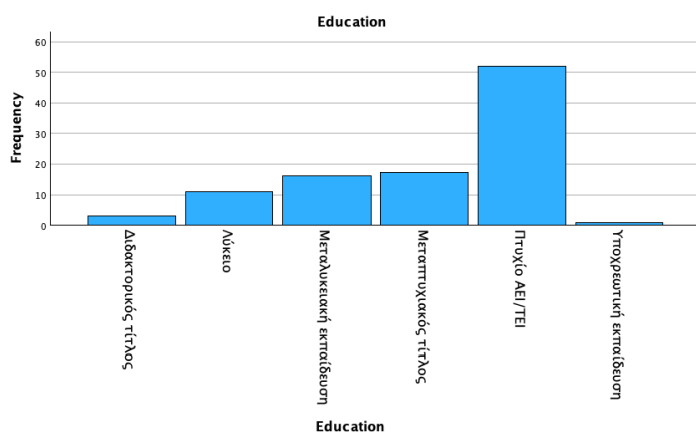
Διαγραμμα 1:

Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο. Σε αυτό το διάγραμμα απεικονίζεται το ποσοστό συμμετοχής ανδρών και γυναικών στην έρευνα.



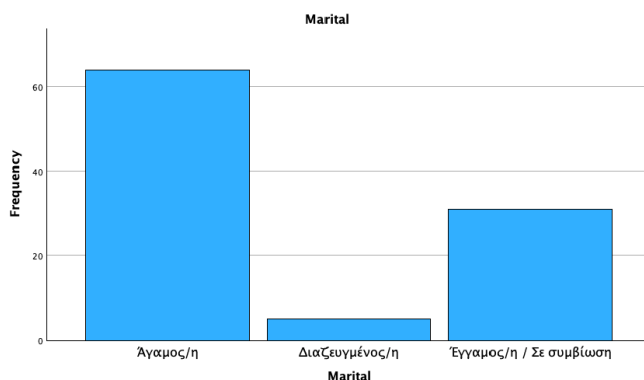
Διαγραμμα 2:

Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία. Στο διάγραμμα αυτό παρουσιάζονται οι ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων.



Διάγραμμα 3:

Κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο. Στο διάγραμμα αυτό φαίνεται η κατανομή της μόρφωσης των συμμετεχόντων.



Διαγραμμα 4:

Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση. Στο διάγραμμα αυτό φαίνεται η κατανομή της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων.

Για την εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας με τη χρήση του δείκτη Cronbach's alpha (α). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στους Πίνακες 6, 7 και 8. Μέσω αυτής της ανάλυσης αναδείχθηκε η τιμή Cronbach's α ίση με 0,899 για το σύνολο των 35 ερωτήσεων της κλίμακας.

Η τιμή αυτή υποδηλώνει πολύ υψηλό επίπεδο εσωτερικής συνοχής, γεγονός που καταδεικνύει ότι τα επιμέρους ερωτήματα του ερωτηματολογίου μετρούν με συνέπεια την ίδια υποκείμενη διάσταση. Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, τιμές του δείκτη Cronbach's α μεγαλύτερες του 0,70 θεωρούνται αποδεκτές, ενώ τιμές άνω του 0,80 υποδηλώνουν πολύ καλή αξιοπιστία της κλίμακας. Στην παρούσα μελέτη, η τιμή 0,899 ενισχύει σημαντικά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ευρημάτων.

Σύνοψη Επεξεργασίας Περιπτώσεων		
	N	%
Έγκυρες	100	100.0
Εξαιρεθείσες (a)	0	.0
Σύνολο	100	100.0

Πίνακας 6:

Σύνοψη επεξεργασίας περιπτώσεων για την ανάλυση αξιοπιστίας.

a Διαγραφή βάσει όλων των μεταβλητών
της διαδικασίας (Listwise deletion)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of items
.899	35

Πίνακας 7:

Στατιστικά αξιοπιστίας του
ερωτηματολογίου

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, για κάθε ερώτηση αναφέρονται ο αριθμός των συμμετεχόντων (N), η ελάχιστη τιμή (Minimum), η μέγιστη τιμή (Maximum), ο μέσος όρος (Mean) και η τυπική απόκλιση (Std. Deviation).

Οι μέσοι όροι των απαντήσεων κυμαίνονται από 2,10 έως 4,06, γεγονός που υποδηλώνει σημαντική διαφοροποίηση στον βαθμό συμφωνίας των συμμετεχόντων ως προς τις εξεταζόμενες δηλώσεις. Συγκεκριμένα, υψηλότερες τιμές μέσων όρων παρατηρούνται σε δηλώσεις που σχετίζονται με τη συναισθηματική δύναμη, την αποδοχή δυσκολιών και την αναζήτηση υποστήριξης (π.χ. «Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί», $M=4,06$ · «Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας», $M=3,99$ · «Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας», $M=3,98$).

Αντίθετα, χαμηλότερες τιμές καταγράφονται σε δηλώσεις που αφορούν περιορισμένη κοινωνική ή θρησκευτική συμμετοχή (π.χ. «Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες», $M=2,10$ · «Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες», $M=2,29$), γεγονός που υποδηλώνει χαμηλότερο επίπεδο συμφωνίας των συμμετεχόντων σε αυτές τις πρακτικές. Οι τιμές της τυπικής απόκλισης κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα (περίπου

από 0,98 έως 1,51), υποδηλώνοντας σχετική ομοιογένεια στις απαντήσεις, αλλά και ορισμένες διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων.

Αρίθμηση	Descriptive Statistics					
		N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
1	Αισθανόμουν χαρούμενος/η και με καλή διάθεση	100	0	5	2.91	1.264
2	Αισθανόμουν ήρεμος/η και γαλήνιος/η	100	0	5	2.69	1.412
3	Ένοιωθα ενεργητικός/η, δραστήριος/α και ακμαίος/α	100	0	5	2.96	1.317
4	Ξυπνώντας ένοιωθα φρέσκος/ια και ξεκούραστος/η	100	0	5	2.39	1.456
5	Η καθημερινή μου ζωή ήταν γεμάτη πράγματα που με ενδιαφέρουν	100	0	5	2.82	1.321
6	Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματά μας	100	1	5	3.85	.999
7	Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα «ευθέως» και προσπαθούμε να βρούμε άμεσα λύση	100	1	5	3.89	1.081
8	Βλέπουμε τηλεόραση	100	1	5	2.99	1.259
9	Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί	100	1	5	4.06	.983
10	Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής	100	1	5	3.88	1.028
11	Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων	100	1	5	3.08	1.161
12	Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν απροσδόκητα	100	1	5	3.96	1.004

13	Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας	100	1	5	3.33	1.207
14	Αντιλαμβανόμαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά	100	1	5	3.57	1.027
15	Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε και αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα	100	1	5	3.43	1.121
16	Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει	100	1	5	2.57	1.312
17	Έχουμε πίστη στο Θεό	100	1	5	3.48	1.514
18	Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας	100	1	5	3.63	1.143
19	Αναζητούμε συμπαράσταση και υποστήριξη από φίλους	100	1	5	3.83	1.083
20	Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα	100	1	5	3.69	1.022
21	Πηγαίνουμε στην εκκλησία	100	1	5	2.81	1.475
22	Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας	100	1	5	3.98	1.005
23	Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση	100	1	5	3.37	1.261
24	Κάνουμε πράγματα με συγγενείς (συνενυρέσεις, δείπνο κλπ)	100	1	5	3.41	1.129
25	Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες	100	1	5	2.29	1.373
26	Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας	100	1	5	2.46	1.396

27	Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες	100	1	5	2.10	1.176
28	Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα	100	1	5	3.62	1.071
29	Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κλπ.)	100	1	5	3.24	1.296
30	Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με τη δική μας	100	1	5	3.47	1.243
31	Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ., φαγητό, αλληλογραφία)	100	1	5	2.86	1.198
32	Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας	100	1	5	3.99	1.068
33	Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες	100	1	5	2.39	1.214
34	Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες	100	1	5	3.71	1.183
35	Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε	100	1	5	2.63	1.261
Valid N (listwise)		100				

Πίνακας 8: Περιγραφικά στατιστικά των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου (N=100)

ΚΕΦ6: Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Στο παρόν κεφάλαιο συζητούνται και ερμηνεύονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής διατομεακής μελέτης σε σχέση με το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα και τους στόχους της. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η νοσηλεία ενός ασθενούς σε ΜΕΘ αποτελεί μια ιδιαίτερα στρεσογόνο εμπειρία, όχι μόνο για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και για το οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς οι συγγενείς καλούνται να διαχειριστούν έντονα συναισθήματα αβεβαιότητας, φόβου, ευθύνης και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση των άτυπων φροντιστών, καθώς και οι κοινωνικές παροχές που δέχονται ή χρειάζονται.

Για λόγους σαφήνειας, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αριθμήθηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής: ψυχολογική κατάσταση (ερωτήσεις 1-17), κοινωνική κατάσταση (ερωτήσεις 19-27) και κοινωνικές παροχές (ερωτήσεις 28-35).

Στην κατηγορία της ψυχολογικής κατάστασης, η υψηλότερη βαθμολογία δόθηκε στην 9η ερώτηση («Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί», $M=4,06$, $T.A.=0,983$), ενώ η χαμηλότερη στην 4η («Ξυπνώντας ένιωθα φρέσκος/ια και ξεκούραστος/η», $M=2,39$, $T.A.=1,456$).

Στην κατηγορία της κοινωνικής κατάστασης, η υψηλότερη βαθμολογία καταγράφηκε στην 22η ερώτηση («Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας», $M=3,98$, $T.A.=1,005$) και η χαμηλότερη στην 27η («Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες», $M=2,10$, $T.A.=1,176$).

Στην κατηγορία των κοινωνικών παροχών, η υψηλότερη μέση τιμή δόθηκε στην 32η ερώτηση («Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας», $M=3,99$, $T.A.=1,068$), ενώ η χαμηλότερη στην 35η («Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε», $M=2,63$, $T.A.=1,261$).

Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε αυξημένη συναισθηματική επιβάρυνση, δυσκολίες στην καθημερινότητά τους

και μεταβολές στην ψυχολογική τους κατάσταση. Αυτό το συμπέρασμα προκύπτει κυρίως από τις ερωτήσεις της ψυχολογικής κατάστασης (1-17), όπου οι περισσότερες απαντήσεις συγκεντρώνονται γύρω από τη μέση τιμή της κλίμακας, με εξαίρεση τις ερωτήσεις 9 και 12, οι οποίες παρουσιάζουν υψηλότερους μέσους όρους. Η τυπική απόκλιση των περισσότερων ερωτήσεων ψυχολογικής κατάστασης κυμαίνεται γύρω στο 1, υποδηλώνοντας σχετική συμφωνία μεταξύ των συμμετεχόντων, με εξαιρέσεις τις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5, 16 και 17 όπου η απόκλιση είναι μεγαλύτερη ($>1,3$). Σε αυτές τις ερωτήσεις παρατηρείται μεγαλύτερη διακύμανση, η οποία πιθανώς οφείλεται στην υποκειμενική φύση τους (π.χ. ερώτηση 17: «Έχουμε πίστη στο Θεό»).

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η εμπειρία της νοσηλείας σε ΜΕΘ δεν επηρεάζει αποκλειστικά τον ασθενή, αλλά επεκτείνεται και στα μέλη της οικογένειάς του. Το σύνδρομο Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F) έχει περιγραφεί ως ένα σύνολο ψυχολογικών και κοινωνικών διαταραχών που περιλαμβάνει άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, διαταραχές ύπνου, συναισθηματική εξάντληση και μειωμένη ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών (Rawal et al., 2017· Hayes et al., 2024).

Παράλληλα, τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης ως προστατευτικού παράγοντα. Από τις ερωτήσεις των κοινωνικών παροχών προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες αναζητούν κυρίως ψυχολογική και επαγγελματική υποστήριξη. Όπως φαίνεται και στη βιβλιογραφία, η επαρκής υποστήριξη από το οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον συμβάλλει στη μείωση του άγχους και του αισθήματος απομόνωσης. Οι ερωτήσεις αυτής της κατηγορίας συγκεντρώνονται γύρω στη μέση τιμή της κλίμακας, με εξαιρέσεις τις ερωτήσεις 31 και 35 που βρίσκονται κάτω από τη μέση τιμή. Η τυπική απόκλιση κυμαίνεται μεταξύ 1,071 και 1,296, υποδηλώνοντας σχετική συμφωνία μεταξύ των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τους Padilla-Fortunatti et al. (2026), οι οποίοι κατέδειξαν ότι οι φροντιστές με περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη και αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων PICS-F τρεις μήνες μετά το εξιτήριο. Η διαπίστωση αυτή αναδεικνύει την ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης των φροντιστών που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, ώστε να εφαρμοστούν κατάλληλες παρεμβάσεις υποστήριξης.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν επίσης την ανάγκη ανάπτυξης οργανωμένων προγραμμάτων παρακολούθησης μετά το εξιτήριο από τη ΜΕΘ. Η διεθνής βιβλιογραφία προτείνει τη λειτουργία εξειδικευμένων ιατρείων (Post-ICU Clinics), όπου αξιολογούνται τόσο οι ασθενείς όσο και οι άτυποι φροντιστές, με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων PICS και PICS-F και την εφαρμογή εξατομικευμένων παρεμβάσεων. Πρόσφατες παρεμβατικές μελέτες, όπως αυτή των Li et al. (2026), δείχνουν ότι προγράμματα διαχείρισης άγχους και ψυχολογικής υποστήριξης μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών στους φροντιστές.

Τα ευρήματα συμφωνούν επίσης με τη μελέτη των Dong et al. (2025), οι οποίοι ανέφεραν ότι περισσότεροι από τους μισούς συγγενείς ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ εμφάνισαν ψυχολογικές διαταραχές μετά το εξιτήριο. Οι ερωτήσεις κοινωνικής κατάστασης υποδηλώνουν ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη με τη μορφή συζήτησης και μοιράσματος προβλημάτων. Οι τυπικές αποκλίσεις σε αυτή την κατηγορία είναι γενικά καλές (1,005-1,475), με εξαιρέσεις σε ερωτήσεις με θρησκευτικό περιεχόμενο, όπου παρατηρείται μεγαλύτερη διακύμανση. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι η κοινωνική υποστήριξη, οι στρατηγικές αντιμετώπισης και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας των φροντιστών. Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι η ψυχολογική επιβάρυνση δεν περιορίζεται στη διάρκεια της νοσηλείας, αλλά συνεχίζεται και μετά την επιστροφή του ασθενούς στο σπίτι, επηρεάζοντας την καθημερινή λειτουργικότητα και την ευζωία των φροντιστών.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο παρουσίασε πολύ υψηλή αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha = 0,899$), γεγονός που ενισχύει την εγκυρότητα των ευρημάτων. Ωστόσο, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με προσοχή, καθώς πρόκειται για διατομεακή μελέτη, η οποία αποτυπώνει τις εμπειρίες των συμμετεχόντων σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή και δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών σχέσεων.

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει τόσο σημαντικά πλεονεκτήματα όσο και ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η αντικειμενική αξιολόγηση της μεθοδολογίας ενισχύει την

επιστημονική εγκυρότητα της μελέτης και παρέχει κατευθύνσεις για μελλοντικές έρευνες.

Ένα από τα κυριότερα πλεονεκτήματα της μελέτης είναι η χρήση ενός αξιόπιστου και ψυχομετρικά ελεγμένου εργαλείου συλλογής δεδομένων. Η αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου μέσω του δείκτη Cronbach's α έδειξε εξαιρετικά υψηλή αξιοπιστία ($\alpha = 0,899$), τιμή που υπερβαίνει κατά πολύ το όριο του 0,70 που θεωρείται αποδεκτό στη βιβλιογραφία. Αυτό υποδηλώνει ότι τα επιμέρους ερωτήματα μετρούν με συνέπεια την ίδια υποκείμενη διάσταση (ψυχοκοινωνική κατάσταση και ευζωία των άτυπων φροντιστών). Επιπλέον, η πλήρης συμμετοχή όλων των ερωτηματολογίων στην ανάλυση, χωρίς απώλειες δεδομένων (missing values), ενίσχυσε σημαντικά την ποιότητα και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, η επιλογή ενός ιδιαίτερα επίκαιρου και κοινωνικά σημαντικού θέματος αποτελεί ισχυρό πλεονέκτημα. Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει τους άτυπους φροντιστές ως ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη άγχους, κατάθλιψης και μειωμένης ποιότητας ζωής, ενώ στην ελληνική πραγματικότητα οι σχετικές μελέτες παραμένουν περιορισμένες. Ως εκ τούτου, η παρούσα έρευνα συμβάλλει ουσιαστικά στην κάλυψη ενός ερευνητικού κενού και στην προώθηση της οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Παρά τα πλεονεκτήματά της, η μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Καταρχάς, το δείγμα συγκροτήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα. Επιπλέον, το μέγεθος του δείγματος ($n=100$), αν και επαρκές για στατιστική ανάλυση, δεν επιτρέπει την πλήρη αποτύπωση της ποικιλομορφίας των εμπειριών και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού.

Δεύτερος σημαντικός περιορισμός είναι η χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να επηρεάστηκαν από την κοινωνικά επιθυμητή απάντηση (social desirability bias) ή από την προσωρινή συναισθηματική τους κατάσταση κατά τη συμπλήρωση, με αποτέλεσμα πιθανή εισαγωγή συστηματικού σφάλματος. Τέλος, ο διατομεακός (cross-sectional) σχεδιασμός της έρευνας επιτρέπει μόνο μια «φωτογραφία» της κατάστασης σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και δεν

επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων ούτε την παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοκοινωνικής κατάστασης των φροντιστών σε βάθος χρόνου.

Για τον μετριασμό των παραπάνω περιορισμών εφαρμόστηκαν συγκεκριμένες στρατηγικές. Η επιλογή διεθνώς αναγνωρισμένων και ψυχομετρικά ελεγμένων εργαλείων αύξησε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των δεδομένων. Επιπλέον, διασφαλίστηκαν πλήρως η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων μέσω ηλεκτρονικής συλλογής δεδομένων, ώστε να ενθαρρυνθεί η ειλικρινής απάντηση και να μειωθεί η πιθανότητα μεροληψίας. Τέλος, η τήρηση σαφών κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού συνέβαλε στη δημιουργία ενός όσο το δυνατόν πιο ομοιογενούς δείγματος, ενισχύοντας την εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης.

Συνολικά, παρά τους αναμενόμενους περιορισμούς που χαρακτηρίζουν τις περισσότερες ποσοτικές μελέτες αυτού του τύπου, η παρούσα έρευνα παρέχει αξιόπιστα και χρήσιμα ευρήματα σχετικά με την ψυχοκοινωνική κατάσταση των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερα, πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, πολυκεντρικό σχεδιασμό και διαχρονική (longitudinal) παρακολούθηση, προκειμένου να διερευνηθεί πληρέστερα η εξέλιξη της ευζωίας και των ψυχοκοινωνικών αναγκών των φροντιστών μετά την έξοδο από τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η παρούσα έρευνα συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Ενώ η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει εκτενώς τις ψυχολογικές επιπτώσεις της νοσηλείας σε ΜΕΘ στους ίδιους τους ασθενείς, η διερεύνηση της εμπειρίας των άτυπων φροντιστών παραμένει περιορισμένη, ιδιαίτερα στον ελληνικό χώρο. Ως εκ τούτου, η μελέτη προσθέτει νέα, πρωτογενή δεδομένα σχετικά με τις ανάγκες, τις δυσκολίες και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική ευημερία των φροντιστών, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της επιστημονικής γνώσης γύρω από το σύνδρομο PICS-F (Post-Intensive Care Syndrome – Family) και στην προώθηση της οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Με βάση τα ευρήματα της έρευνας, προτείνονται συγκεκριμένες κλινικές και πολιτικές παρεμβάσεις. Καταρχάς, συνιστάται η συστηματική ενσωμάτωση της αξιολόγησης της ψυχολογικής κατάστασης των άτυπων φροντιστών στην καθημερινή κλινική πρακτική των ΜΕΘ. Η έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, κόπωσης και μειωμένης ευζωίας μπορεί να οδηγήσει στην άμεση παροχή εξατομικευμένων παρεμβάσεων, όπως ψυχολογική υποστήριξη, συμβουλευτική, ενημερωτικές συνεδρίες και προγράμματα εκπαίδευσης των φροντιστών για τη φροντίδα του ασθενούς μετά το εξιτήριο. Παράλληλα, κρίνεται απαραίτητη η ανάπτυξη πολυεπιστημονικών ομάδων (νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί), οι οποίες θα παρέχουν ολιστική υποστήριξη τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν για, τον σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων που θα ενισχύουν τις δεξιότητες επικοινωνίας και ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας προς τις οικογένειες, την ανάπτυξη εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών για την ενσωμάτωση της οικογενειοκεντρικής φροντίδας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τη δημιουργία Post-ICU Clinics (Εξωτερικά Ιατρεία Μετα-Εντατικής Παρακολούθησης), όπου θα αξιολογούνται συστηματικά τόσο οι ασθενείς όσο και οι άτυποι φροντιστές τους.

Η εφαρμογή των παραπάνω πρακτικών αναμένεται να μειώσει την ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών, να βελτιώσει τη συνεργασία μεταξύ οικογένειας και επαγγελματιών υγείας και, τελικά, να αναβαθμίσει τη συνολική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, προτείνονται κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα. Συγκεκριμένα, συνιστάται η διεξαγωγή μελετών με μεγαλύτερα και πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, προερχόμενα από διαφορετικά νοσοκομεία και γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Επίσης, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η υιοθέτηση διαχρονικού (longitudinal) σχεδιασμού, προκειμένου να διερευνηθεί η εξέλιξη της ψυχοκοινωνικής κατάστασης και της ευζωίας των άτυπων φροντιστών σε βάθος χρόνου. Παράλληλα, προτείνεται η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας οργανωμένων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μέσω τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών (RCTs), ώστε να τεκμηριωθούν επιστημονικά οι παρεμβάσεις που μπορούν να βελτιώσουν ουσιαστικά την ποιότητα ζωής των φροντιστών μετά τη νοσηλεία οικείου προσώπου σε ΜΕΘ.

ΚΕΦ7: Λίστα παραπομπών

Λίστα παραπομπών

- [1]: Rawal, G., Yadav, S. and Kumar, R. (2017) 'Post-intensive care syndrome: An overview', *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), pp. 90–92. doi: 10.1515/jtim-2016-0016.
- [2]: Status and Influencing Factors of Post-Intensive Care Syndrome-Family Psychological Dysfunction of Geriatric Patients' Family Members: A Cross-Sectional Study Haili Dong 1 2, Li Liu 1, Shasha Ma 3, Haixia Han 4, Jiadong Zhang 5, Xiaoxiao Liu 2 PMID: 40075168 DOI: 10.1111/scs.70007
- [3]: Hayes, K., Harding, S., Blackwood, B. and Latour, J.M. (2024) 'How and when post intensive care syndrome-family is measured: A scoping review', *Intensive and Critical Care Nursing*, 84, 103768. doi: 10.1016/j.iccn.2024.103768.
- [4]: Schembari, G., Santonocito, C., Messina, S., Caruso, A., Cardia, L., Rubulotta, F., Noto, A., Bignami, E.G. and Sanfilippo, F. (2024) 'Post-intensive care syndrome as a burden for patients and their caregivers: A narrative review', *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), 5881. doi: 10.3390/jcm13195881.
- [5]: Li, Q., Wang, T., Wang, Z., Yin, J., Liu, Y., Zhou, Z., Xia, L., Lei, G., Yang, J., Zhang, Z. and Yao, L. (2026) 'Evaluating a stress management intervention effects on post-ICU syndrome in families: study protocol for a single-center, prospective, parallel-design, randomized controlled trial', *Frontiers in Psychology*, 17, 1783279. doi: 10.3389/fpsyg.2026.1783279.
- [6]: Padilla-Fortunatti, C., Cortes-Maripangue, S., Rojas-Silva, N., Rojas-Jara, V., Nilo-González, V. and Molina-Muñoz, Y. (2026) 'Admission predictors of post-intensive care syndrome family among caregivers of ICU survivors: A secondary analysis', *Intensive and Critical Care Nursing*, 94, 104378. doi: 10.1016/j.iccn.2026.104378.
- [7]: Bouzgarrou, R., Farigon, N., Morlat, L., Bouaziz, S., Philipponet, C., Laurichesse, G., Calvet, L., Cassagnes, L., Costes, F., Souweine, B. and Dupuis, C. (2024) 'Incidence of post-intensive care syndrome among patients admitted to post-ICU

multidisciplinary consultations: the retrospective observational PICS-MIR study', *Scientific Reports*, 14, Article 27389. doi:10.1038/s41598-024-78686-8.

[8]: Ramnarain, D., Aupers, E., den Oudsten, B., Oldenbeuving, A., de Vries, J. & Pouwels, S. (2021) 'Post Intensive Care Syndrome (PICS): an overview of the definition, etiology, risk factors, and possible counseling and treatment strategies', *Expert Review of Neurotherapeutics*, 21(10), pp. 1159-1177. Available at: <https://doi.org/10.1080/14737175.2021.1981289>.

[9]: Serrano, P., Kheir, Y.N.P., Wang, S., Khan, S., Scheunemann, L. and Khan, B. (2019) 'Aging and Postintensive Care Syndrome—Family: A Critical Need for Geriatric Psychiatry', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), pp. 446–448. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.002>.

[10]: Lobo-Valbuena, B., Sánchez-Roca, M.D., Regalón-Martín, M.P., Torres-Morales, J. and Enciso-Calderón, V. (2025) 'Interprofessional intervention in the prevention of PICS and PICS-F', *Enfermería Intensiva*, 36(2), pp. 500528. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2025.500528>.

[11]: Davidson, J.E. and Harvey, M.A. (2016) 'Patient and Family Post–Intensive Care Syndrome Free', *AACN Advanced Critical Care*, 27(2), pp. 184–186. Available at: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016132>.

[12]: Putowski, Z., Rachfalska, N., Majewska, K., Megger, K. and Krzych, Ł.J. (2021) 'Risk Factors for Post-Intensive Care Syndrome in Family Members (PICS-F) of Adult Patients: A Systematic Review', *Research Square* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-773995/v1>.

[13]: Saeid, Y., Salaree, M.M., Ebadi, A. and Moradian, S.T. (2020) 'Family Intensive Care Unit Syndrome: An Integrative Review', *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(5), pp. 361–368. Available at: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_243_19.

[14]: Shirasaki, K., Hifumi, T., Isokawa, S., Hashiuchi, S., Tanaka, S., Yanagisawa, Y., Takahashi, O. and Otani, N. (2022) 'Postintensive Care Syndrome-Family Associated With COVID-19 Infection', *Critical Care Explorations*, 4(7), p. e0725. Available at: <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000725>.

- [15]: Cairns, P.L., Buck, H.G., Kip, K.E., Rodriguez, C.S., Liang, Z. and Munro, C.L. (2019) 'Stress Management Intervention to Prevent Post-Intensive Care Syndrome-Family in Patients' Spouses', *American Journal of Critical Care*, 28(6), pp. 471-476. Available at: <https://doi.org/10.4037/ajcc2019668>.
- [16]: Davidson, J.E., Jones, C. and Bienvenu, O.J. (2012) 'Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family', *Critical Care Medicine*, 40(2), pp. 618-624. Available at: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>.
- [17]: Sottile, P.D., Lynch, Y., Mealer, M. and Moss, M. (2016) 'Association Between Resilience and Family Member Psychologic Symptoms in Critical Illness', *Critical Care Medicine*, 44(8), pp. e721-e727. Available at: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001673>.
- [18]: Ippington, C.J., Harrold, M., Holland, A., Romero, L., Nisbet, T. and Hodgson, C.L. (2017) 'The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review', *Intensive Care Medicine*, 43(2), pp. 171-183. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4612-0>.

Παράρτημα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ιωάννινα,

Αριθμ. Πρωτ.: 12157/17-03-2026

Προς

κ. Κωνσταντή Ζωή,
Επίκουρη Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Αξιότιμη κυρία Κωνσταντή,

Κατόπιν εξέτασης της αίτησής σας από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στην Συνεδρίαση της 11^{ης} Μαρτίου 2026, καθώς και των συμπληρωματικών στοιχείων που σας ζητήθηκαν, σας χορηγείται δεοντολογική έγκριση για την παρακάτω πρόταση:

Τίτλος: «Διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την αίσθηση ευζωίας των άτυπων φροντιστών μετά από νοσηλεία οικείου προσώπου σε ΜΕΘ»

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Η Πρόεδρος
της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

VASILIKI BOUMPA

18.03.2026 08:19 UTC
Μπούμπα Βασιλική

Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής ΠΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αρίθμηση	
1	Αισθανόμουν χαρούμενος/η και με καλή διάθεση
2	Αισθανόμουν ήρεμος/η και γαλήνιος/η
3	Ένοιωθα ενεργητικός/η, δραστήριος/α και ακμαίος/α
4	Ξυπνώντας ένοιωθα φρέσκος/ια και ξεκούραστος/η
5	Η καθημερινή μου ζωή ήταν γεμάτη πράγματα που με ενδιαφέρουν
6	Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματά μας
7	Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα «ευθέως» και προσπαθούμε να βρούμε άμεσα λύση
8	Βλέπουμε τηλεόραση
9	Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί
10	Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής
11	Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων
12	Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν απροσδόκητα

13	Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας
14	Αντιλαμβανόμαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά
15	Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε και αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα
16	Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει
17	Έχουμε πίστη στο Θεό
18	Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας
19	Αναζητούμε συμπαράσταση και υποστήριξη από φίλους
20	Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα
21	Πηγαίνουμε στην εκκλησία
22	Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας
23	Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση
24	Κάνουμε πράγματα με συγγενείς (συνενυρέσεις, δείπνο κλπ)

25	Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες
26	Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας
27	Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες
28	Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα
29	Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κλπ.)
30	Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση με τη δική μας
31	Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ., φαγητό, αλληλογραφία)
32	Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας
33	Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες
34	Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες
35	Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε
Valid N (listwise)	