



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ. Καραδήμας Ευάγγελος

**ΠΑΤΡΑ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2023**

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή/της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΟΥΣ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:	Συν-Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Ευάγγελος Καραδήμας Μέλος ΣΕΠ - ΕΑΠ	Δρ. Χρυσοβαλάντης Παπαθανασίου Μέλος ΣΕΠ - ΕΑΠ

**ΠΑΤΡΑ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2023**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φροντιστές... τους φροντιστές των ατόμων με ψυχική διαταραχή που δέχθηκαν να συμμετάσχουν σε αυτή την έρευνα, γνωρίζοντας πως ίσως ξυπνήσουν αναμνήσεις όχι τόσο ευχάριστες και συνειδητοποιώντας για μια ακόμη φορά τον δύσκολο ρόλο που έχουν αναλάβει.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον καθηγητή και επιβλέπων κ. Καραδήμα για τη διαρκή υποστήριξη και καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια. Τέλος ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένειά μου που στάθηκε υπομονετικά δίπλα μου και με στήριξε σε κάθε βήμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι φροντιστές, βιώνουν σωματικό και ψυχικό στρες που συντελεί στη μείωση της ποιότητας ζωής τους. Οι αντιδράσεις και οι συνέπειες της παροχής φροντίδας σε άτομα με ψυχική διαταραχή, είναι αυτές που καθιστούν τον ρόλο το φροντιστή προκλητικό και ως εκ τούτου πηγή αγωνίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή, καθώς και η συσχέτισή της με την εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας.

Υλικό και Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 157 φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή, οι οποίοι επισκέπτονται το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα ανώνυμα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια SF – 12 Health Survey και DASS – 21.

Αποτελέσματα: Από τους 157 φροντιστές ατόμων με ψυχική νόσο που συμμετείχαν στην έρευνα το 68,8% ήταν γυναίκες και το 30,6% άνδρες όλων των ηλικιακών ομάδων. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε την ελληνική υπηκοότητα (98,7%) και ήταν έγγαμοι (59,9%). Οι παράγοντες που σχετίζονται ισχυρότερα με την γενική ποιότητα ζωής των ερωτώμενων είναι η ενεργητικότητα, η ηρεμία και η κακοκεφιά/μελαγχολία των ατόμων, με την ψυχική υγεία να αποτυπώνεται σε χειρότερη κατάσταση σε σχέση με την σωματική. Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με την ηλικία και ανάλογα με το εισόδημα στη συνιστώσα της σωματικής υγείας ενώ στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τους δύο παράγοντες της κλίμακας SF – 12 βρέθηκε για την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την απασχόληση των ερωτώμενων. Οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά και οι νεότεροι φροντιστές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης από τους άνδρες, ενώ προστατευτική φαίνεται να είναι η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης για τους έγγαμους. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο υψηλότερο επίπεδο στρες εμφανίζουν οι απόφοιτοι λυκείου, ενώ υψηλότερο επίπεδο άγχους και κατάθλιψης οι κάτοχοι διδακτορικού. Δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία παράμετρο του DASS-21 ανάλογα με το εισόδημα. Στη συσχέτιση μεταξύ των δύο υποκλιμακών του ερωτηματολογίου SF-12 και των τριών κατηγοριών του ερωτηματολογίου DASS-21 ως προς τον σωματικό παράγοντα (PCS) βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση και με τις τρεις κατηγορίες του ερωτηματολογίου DASS-21, ενώ ως προς τον ψυχικό

παράγοντα (MCS) βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση. Τέλος βρέθηκε ότι οι τρεις μεταβλητές της κλίμακας DASS-21 συσχετίζονται με θετικό βαθμό μεταξύ τους κάτι το οποίο δείχνει ότι η αύξηση ή η μείωση ενός εκ των τριών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε αντίστοιχη αύξηση ή μείωση κάποιου άλλου παράγοντα.

Συμπεράσματα: Οι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή επιβαρύνονται σημαντικά και δημιουργούνται προβλήματα σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η παροχή κοινωνικής και οικονομικής υποστήριξης καθώς και η δημιουργία προγραμμάτων στρατηγικής αντιμετώπισης, κρίνονται απαραίτητα για να βοηθήσουν στην καλύτερη διαχείριση των ασθενών, βελτιώνοντας τη συνολική κατάσταση της υγείας τους.

Λέξεις κλειδιά: φροντιστές, ψυχική διαταραχή, ποιότητα ζωής, άγχος, στρες, κατάθλιψη

Quality of Life and Occurrence of Depressive and Anxiety Symptomology of Caregivers of People with Mental Disorder

Vasiliki Oikonomou

ABSTRACT

Introduction: Caregivers are experiencing physical and mental stress that contributes to the reduction of their quality of life. It is the reactions and consequences of caring for people with a mental disorder that make the role of caregiver challenging and therefore a source of anxiety.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the quality of life of caregivers of people with a mental disorder, as well as its correlation with the occurrence of depressive and anxiety symptoms.

Material and Methods: 157 caregivers of people with a mental disorder, who visit the Corinth General Hospital, participated in the research. The SF – 12 Health Survey and DASS – 21 anonymous self-completed questionnaires were used to collect the data.

Results: Of the 157 caregivers of people with mental disorder, who participated in the survey, 68.8% were women and 30.6% were men of all age groups. The majority of participants had Greek citizenship (98.7%) and was married (59.9%). The factors that have a greater impact on the quality of life of the respondents are the energy, calmness and bad mood/melancholy of the individuals, with the mental health being reflected in a worse state than the physical. Regarding the demographic factors, there is a statistically significant difference according to age and according to income in the physical health component, while a statistically significant difference regarding the two factors of the SF-12 scale was found for the marital status, educational level and employment of the respondents. Female housewives and younger carers show higher levels of stress, anxiety and depression than men, while the effect of marital status appears to be protective for the married. In terms of educational level, high school graduates show a higher level of stress, while PhD holders have a higher level of anxiety and depression. There is no statistically significant difference in any DASS-21 parameter according to income. In the correlation between the two subscales of the SF-12 questionnaire and the three categories of the DASS-21 questionnaire in terms of the

physical factor (PCS) it was found that there is a negative correlation with all three categories of the DASS-21 questionnaire, while in terms of the mental factor (MCS) was found to have a statistically significant negative correlation. Finally, it was found that the three variables of the DASS-21 scale are positively correlated with each other, which shows that an increase or decrease in one of the three factors can lead to a corresponding increase or decrease in another factor.

Conclusions: Caregivers of people with a mental disorder are burdened significantly and problems arise in all areas of their lives. The provision of social and financial support as well as the creation of strategic treatment programs is deemed necessary to help better manage patients, improving their overall health status.

Key words: Caregivers, mental disorder, quality of life, stress, depression.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ABSTRACT	vii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	xii
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	3
2.1. Ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών.....	4
3. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6
3.1. Άτυποι φροντιστές.....	8
4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	9
4.1. Συμπτωματολογία Άγχους και Κατάθλιψης σε φροντιστές	12
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	15
5.1. Διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος.....	15
5.1.1. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις	15
5.2. Ερευνητικός σχεδιασμός και επιλογή του δείγματος	16
5.3. Πεδίο διεξαγωγής της κύριας μελέτης.....	17
5.4. Ηθικά ζητήματα.....	17
5.5. Υλικό και μέθοδος.....	17
5.5.1. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου SF12	18
5.5.2. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου DASS – 21	19
5.6. Στατιστική ανάλυση	21
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	21
6.1. Δημογραφικά Στοιχεία	21
6.2. Ανάλυση Ποιότητας Ζωής Φροντιστών	27
6.2.1. Συνολικό Επίπεδο Ποιότητας Ζωής Φροντιστών και Υποκλίμακες PCS και MCS	27
6.3. Αξιολόγηση Επιπέδου Άγχους και Κατάθλιψης	35

6.4. Ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους
συμπτωματολογίας με το επίπεδο ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο
48

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58
Ελληνόγλωσση.....	58
Ξενόγλωσση.....	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	68
Άδειες χρήσης ερευνητικών εργαλείων.....	68
Άδεια διενέργειας της μελέτης.....	69
Ερωτηματολόγια.....	70

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία

Πίνακας 2: Περιγραφικά Στατιστικά Ερωτήσεων Ερωτηματολογίου SF-12

Πίνακας 3: Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλιμακών PCS και MCS

Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ παραγόντων και υποκλιμακών PCS και MCS

Πίνακας 5: Έλεγχοι independent sample t-test ως προς το φύλο

Πίνακας 6: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την ηλικία

Πίνακας 7: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 8: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 9: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την απασχόληση

Πίνακας 10: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς το εισόδημα

Πίνακας 11: Περιγραφικά Στατιστικά Ερωτήσεων Ερωτηματολογίου DASS-21

Πίνακας 12: Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλιμακών Stress, Anxiety και Depression

Πίνακας 13: Έλεγχοι independent sample t-test ως προς το φύλο

Πίνακας 14: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την ηλικία

Πίνακας 15: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 16: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 17: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την απασχόληση

Πίνακας 18: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς το εισόδημα

Πίνακας 19: Συντελεστής συσχέτισης Pearson

Πίνακας 20: Αποτελέσματα Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την PCS

Πίνακας 21: Αποτελέσματα Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την MCS

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Φύλο

Γράφημα 2: Ηλικία

Γράφημα 3: Οικογενειακή Κατάσταση

Γράφημα 4: Απασχόληση

Γράφημα 5: Έτη φροντίδας

Γράφημα 6: Μέτριας έντασης δραστηριότητες (PF)

Γράφημα 7: Ολοκλήρωση λιγότερων εργασιών (RP)

Γράφημα 8: Περιορισμός εργασιών (RP)

Γράφημα 9: Κακοκεφιά/Μελαγχολία (MH)

Γράφημα 10: Γενική κατάσταση της υγείας (GH)

Γράφημα 11: Ενεργητικότητα (VT)

Γράφημα 12: Ηρεμία (MH)

Γράφημα 13: Συχνότητες ερώτησης: Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου

Γράφημα 14: Συχνότητες ερώτησης: Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό

Γράφημα 15: Συχνότητες ερώτησης: Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα

Γράφημα 16: Συχνότητες ερώτησης: Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα

Γράφημα 17: Συχνότητες ερώτησης: Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα

Γράφημα 18: Συχνότητες ερώτησης: Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους

Γράφημα 19: Συχνότητες ερώτησης: Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω

Γράφημα 20: Συχνότητες ερώτησης: Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος

Γράφημα 21: Συχνότητες ερώτησης: Ένιωθα πολύ κοντά στον πανικό

Γράφημα 22: Συχνότητες ερώτησης: Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό

Γράφημα 23: Συχνότητες ερώτησης: Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο

Γράφημα 24: Συχνότητες ερώτησης: Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος

Γράφημα 25: Συχνότητες ερώτησης: Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει
χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση

Γράφημα 26: Συχνότητες ερώτησης: Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπως οι διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, η διπολική διαταραχή κ.α, επιφέρουν σημαντικές λειτουργικές βλάβες, αυξάνουν την πιθανότητα αναπηρίας και μειώνουν το προσδόκιμο ζωής. Η αύξηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των μελών της οικογένειας (σύζυγοι, φίλοι ή στενοί άλλοι) που επιφορτίζονται με την φροντίδα αυτών των ασθενών παρέχοντας την πλήρη υποστήριξη και αναφέρονται ως φροντιστές. Οι οικογενειακοί ή άτυποι φροντιστές είναι σημαντικοί για τη φροντίδα των χρόνιων πασχόντων, ενεργώντας συνήθως ως λήπτες αποφάσεων και παρέχοντας ζωτική στήριξη στα αγαπημένα τους πρόσωπα και συγκεκριμένα στα αγαπημένα πρόσωπα που αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχικές ασθένειες, με σημαντικές επιπτώσεις στους ίδιους (Δημητρόπουλος, 2022).

Η ψυχική διαταραχή έχει εκτεταμένες συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους. Το βάρος της φροντίδας έχει αξιολογηθεί από τη βιβλιογραφία μέσα από μελέτες, που αν και διαφέρουν ως προς τα κριτήρια που χρησιμοποιούν, υπάρχει μεγάλη συμφωνία ότι οι φροντιστές επιβαρύνονται εκτενώς από την απαιτητική καθημερινότητά τους και συχνά δεν υποστηρίζονται στο ρόλο φροντίδας που έχουν αναλάβει. Το συναισθηματικό φορτίο και η εξουθένωση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή, όπως και να επιδεινώσουν την κλινική πορεία του ασθενούς.

Οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύουν περίπου το 1/3 των συνολικών δαπανών για την υγεία και η πλειονότητα των νοσοκομειακών δαπανών καλύπτεται από δημόσιους πόρους μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Konetzka, et al 2008). Τα άτομα με χρόνια νοσήματα και μακροχρόνιες ανάγκες φροντίδας, όπως αυτά με ψυχική διαταραχή, διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο νοσηλείας. Ενώ ορισμένες νοσηλείες θεωρούνται αναπόφευκτες πολλές από αυτές θα μπορούσαν να αποφευχθούν προσδίδοντας σημαντικά πολλαπλά οφέλη από τη μείωση των νοσηλειών τόσο όσο αφορά την υγεία όσο και το κόστος. Οι φροντιστές μακροχρόνιας φροντίδας δυνητικά

μειώνουν σημαντικά την πιθανότητα αυξημένων νοσηλειών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (Konetzka, et al 2008).

Ιδιαίτερη σημασία έχει να αποτυπωθεί μέσα από την εν λόγω έρευνα, το πώς οι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή, αντιλαμβάνονται το συναίσθημα του άγχους και τους στρες, λόγω της μακροχρόνιας φροντίδας που προσφέρουν, σε συνάρτηση με την ποιότητα ζωής τους αλλά και μέσα από τις εμπειρίες τους ως συνοδοί στο σύστημα υπηρεσιών υγείας.

Η αντίληψη της υγείας και της ποιότητας ζωής των φροντιστών έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένων ερευνών τα τελευταία χρόνια. Η παρούσα έρευνα θα επικεντρωθεί στην ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές ώστε το ζήτημα αυτό να τεκμηριωθεί καλύτερα για τη συγκεκριμένη ομάδα φροντιστών.

Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι τα τελευταία χρόνια σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται στους φροντιστές ατόμων με χρόνια νοσήματα, η συλλογή πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα ζωής και την εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή θα καταγράψει σημαντικά δεδομένα γι' αυτή την ιδιαίτερη ομάδα φροντιστών.

Στη χώρα μας οι περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί αφορούν στην εκτίμηση της επιβάρυνσης των φροντιστών σε άτομα με χρόνια νοσήματα, ωστόσο η εμπειρία του φροντιστή ατόμων με ψυχική διαταραχή έχει λάβει ελάχιστη προσοχή. Η παρούσα εργασία αναμένεται να συμβάλλει σημαντικά στην αναγνώριση των προκλήσεων που βιώνουν οι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή και να προαχθεί ο σχεδιασμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την στήριξη και ενδυνάμωσή τους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή, καθώς και η συσχέτισή της με την εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας.

2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ανάγκη για ψυχική υγεία πέρα από τη σωματική είναι διαχρονική και ορατή όσο ποτέ άλλοτε για τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) ορίζει την ψυχική υγεία ως «η κατάσταση ευεξίας όπου το άτομο αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματα της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον» (WHO, 2001). Ο ορισμός αυτός είναι δυναμικός και ουσιαστικά ορίζει την υγεία όχι μόνο σαν απουσία μιας ασθένειας ή διαταραχής αλλά συνολικά ως την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει και να αλληλεπιδρά δυναμικά με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι αφαιρετική, ευρεία, πολυδιάστατη και υποκειμενική αφού δεν αναφέρεται μόνο στην απουσία της ψυχικής διαταραχής, αλλά κάνει αναφορά και σε άλλα βασικά στοιχεία που αφορούν την αυτοεικόνα, την ικανότητα του ατόμου για αυτοπροσδιορισμό, το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοελέγχου, την αισιοδοξία, την ικανότητα θετικής ανταπόκρισης της ζωής, την ικανότητα να ζητάει κάποιος βοήθεια ή υποστήριξη αλλά και την ικανότητα να την προσφέρει (Παπαδομανωλάκη, 2018; Ζήση και Στυλιανίδης, 2004).

Η ψυχική διαταραχή καθιστά το άτομο συνήθως μη λειτουργικό περιορίζοντάς του τις δυνατότητες δημιουργικής απασχόλησης, ενώ παράλληλα υπονομεύει την αυτοεκτίμηση και την αυτοεικόνα του μιας και αλλάζει τόσο η καθημερινότητά του όσο και οι σχέσεις που διατηρεί με το κοινωνικό του περιβάλλον στο οποίο ανήκει και δραστηριοποιείται (Παπαδημητρίου, 2019).

Οι ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα που εκδηλώνεται με ψυχοσωματική συμπτωματολογία στους πάσχοντες. Μια σειρά διαταραχών της ψυχής, της αντίληψης, της νόησης και του συναισθήματος περιλαμβάνονται στην ψυχική ασθένεια μέσα από τις διαγνώσεις που δίνονται. Παραδείγματα ψυχικών διαταραχών αποτελούν οι διαταραχές της διάθεσης όπως κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, μανία, οριακή διαταραχή προσωπικότητας, οι συγγενείς ψυχώσεις, η σχιζοφρένεια, νευρώσεις, αγχώδεις διαταραχές, νεύρο-αναπτυξιακές διαταραχές, άνοια, σωματόμορφες διαταραχές, διατροφικές διαταραχές και διαταραχές εξάρτησης ουσιών (Χριστοπούλου, 2008).

Η μακροχρόνια φροντίδα προσφέρει τη δυνατότητα προγραμματισμένης φροντίδας μέσω εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας και συνεκτίμησης των αναγκών των ατόμων με ψυχική διαταραχή και του ατομικού πλαισίου ζωής. Οι ιατρικές οδηγίες βασίζονται σε στοιχεία εξατομικευμένα για τον ασθενή και η συναίνεση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διαμόρφωση της μελλοντικής μακροχρόνιας φροντίδας.

2.1. Ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών

Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών αποτελεί βασικό εργαλείο στην ψυχοπαθολογία για την επίτευξη μιας ακριβούς διάγνωσης. Είναι ένας τρόπος ομαδοποίησης βασισμένος στα κοινά χαρακτηριστικά που διαθέτουν οι διάφορες ψυχικές διαταραχές με οδηγό το συναίσθημα, τις γνωστικές και αντιληπτικές ικανότητες του ατόμου. Στόχος των ταξινομικών συστημάτων είναι η πολύπλευρη και ολιστική εκτίμηση του ατόμου μέσα από την αξιολόγηση των βιολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών, αναγνωρίζοντας ότι αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς του. Επίσης εκτιμάται το κατά πόσο λειτουργικό ήταν το άτομο στο πρόσφατο παρελθόν και πως λειτουργεί στο παρόν (Μάστορα και συν, 2021).

Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών κρίνεται αναγκαία ώστε να μπορέσει να επιτευχθεί η οργάνωση των διαθέσιμων πληροφοριών και κατά συνέπεια η ομαλή επικοινωνία και συνεννόηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αφού με αυτόν τον τρόπο αποκτούν μία κοινή γλώσσα, έναν κοινό κώδικα επικοινωνίας.

Ως ταξινόμηση των νόσων ορίζεται «ένα σύστημα κατηγοριών στο οποίο αναγράφονται οι νοσολογικές οντότητες σύμφωνα με καθιερωμένα κριτήρια». Η στατιστική ταξινόμηση των νόσων περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα των νοσολογικών καταστάσεων μέσα σε έναν ικανό αριθμό κατηγοριών (Γαληνός, 2022). Τα πιο συχνά συστήματα ταξινόμησης ψυχιατρικών διαταραχών που απαντώνται είναι το International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10-CM) και το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).

Σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση ICD-10 στο κεφάλαιο «Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς» παρουσιάζονται οι ακόλουθες ενότητες:

- F00-F09: Οργανικές, (συμπεριλαμβάνονται και οι συμπτωματικές), ψυχικές διαταραχές
- F10-F19: Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών
- F20-F29: Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρηματικές διαταραχές
- F30-F39: Συναισθηματικές διαταραχές (F30 - F39)
- F40-F48: Νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές
- F50-F59: Σύνδρομα συμπεριφοράς που σχετίζονται με φυσιολογικές διαταραχές και φυσικούς παράγοντες
- F60-F69: Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στον ενήλικα
- F70-F79: Νοητική υστέρηση
- F80-F89: Διαταραχές της φυσιολογικής ανάπτυξης
- F90-F98: Συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία
- F99: Διάφορες νοητικές διαταραχές (WHO,2022; Σούκα, 2019).

Από την άλλη η ταξινόμηση κατά DSM-IV-TR χρησιμοποιεί πέντε άξονες για την εκτίμηση των ασθενειών. Σημειώνεται δε ότι γίνεται εστίαση σε θέματα που έχουν ένα υπόβαθρο πολιτισμικό. Οι πέντε αυτοί άξονες είναι:

- Άξονας I: Όλες οι ψυχικές διαγνωστικές κατηγορίες, εκτός από τη νοητική καθυστέρηση. Σε αυτόν τον άξονα έχουν ενταχθεί ορισμένες κοινές ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή, η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία.
- Άξονας II: Διαταραχές της προσωπικότητας και νοητική υστέρηση. Εδώ έχουν ενταχθεί διαταραχές όπως η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, η σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας, η παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας, η ναρκισσιστική, η ψυχαναγκαστική αλλά και οι διανοητικές αναπηρίες.

Οι επόμενοι τρεις άξονες που ακολουθούν προσπαθούν να καλύψουν ένα ευρύτερο πλαίσιο του προσώπου, στο οποίο εντάσσεται η διαταραχή.

- Άξονας III: Γενική ιατρική κατάσταση, οξείες ιατρικές συνθήκες και φυσικές διαταραχές. Σε αυτόν τον άξονα έχουν ενταχθεί εγκεφαλικές βλάβες αλλά και άλλες σωματικές διαταραχές, που μπορούν να επιδεινώσουν υπάρχουσες ή να παρουσιάσουν συμπτωματολογία άλλων παρόμοιων διαταραχών.
- Άξονας IV: Ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαταραχή.
- Άξονας V: Παγκόσμια εκτίμηση της κοινωνικής, εργασιακής και ατομικής λειτουργικής του ατόμου (Σούκα, 2019).

3. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η επιβάρυνση του φροντιστή και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στην παροχή φροντίδας είναι μια πρόκληση που στη βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αυξημένο ενδιαφέρον. Υπάρχουν αρκετές έννοιες για την παρουσίαση του φόρτου του φροντιστή, ωστόσο οι πιο συνηθισμένοι όροι είναι η αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση. Η αντικειμενική επιβάρυνση αντιπροσωπεύει παρατηρήσιμες και επαληθεύσιμες περιόδους αποχής από την παροχή φροντίδας, ενώ η υποκειμενική επιβάρυνση αντιπροσωπεύει προσωπικά συναισθήματα επιβάρυνσης (Kuipers et al, 2010).

Η διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος πολλές φορές φέρνει ρήξη στην καθημερινότητα του παθόντα. Το άτομο χάνει τη λειτουργικότητα του τόσο στις οικογενειακές σχέσεις όσο και στην επαγγελματική του ζωή μέσα από την απώλεια της ακεραιότητάς του, της καλής υγείας του και των σωματικών, νοητικών ή συναισθηματικών ικανοτήτων του. Αυτές οι απώλειες επιφέρουν στο άτομο δυσβάσταχτο βάρος για τη ζωή που έχασε. Την ίδια στιγμή χρειάζεται βοήθεια, όμως είναι εξαιρετικά δύσκολο για έναν ενήλικα του συγγενικού ή φιλικού του περιβάλλοντος να αναλάβει τις ευθύνες της φροντίδας αυτής. Είναι δύσκολο να αναλάβει το ρόλο του φροντιστή μέσα σε μια περίοδο της ζωής του που ενδεχομένως ο ίδιος καλείται να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της δικής

του ζωής, όπως απαιτήσεις μιας επαγγελματικής καριέρας, μιας προσωπικής ανέλιξης και απαιτήσεις οικογενειακής ζωής (Chesla, 2005). Έτσι αναγκάζονται να λειτουργήσουν διαφορετικά, αφήνοντας τα προσωπικά τους σχέδια και επαναπροσδιορίζοντας τα σχέδιά τους και τα όνειρά τους σε μία καινούρια πραγματικότητα.

Η έννοια της φροντίδας περιγράφεται σαν ένα ανθρώπινο γνώρισμα και μία θεραπευτική παρέμβαση. Πολλές φορές θεωρείται μέσα στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων μία ηθική υποχρέωση που εκφράζεται μέσα από στάσεις και συμπεριφορές (Σαπουντζή-Κρέπια, 2005). Είναι μία έννοια πολυδιάστατη που το κάθε άτομο διαμορφώνει τη δική του στάση απέναντι σε αυτή σύμφωνα με το θρησκευτικό και πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει (Κοτρώτσιου και συν, 2008). Η φροντίδα απαιτεί δεσμεύσεις, δεξιότητες και γνώση.

Γι' αυτόν τον ρόλο πολύ λίγα άτομα είναι προετοιμασμένα σήμερα στις σύγχρονες κοινωνίες του δυτικού κόσμου οι οποίες δεν είναι επίσης προετοιμασμένες να αναλάβουν το ρόλο του φροντιστή απογυμνωμένες από εφόδια για να χειριστούν συναισθηματικές και φυσικές απαιτήσεις που τους επιβάλλονται (Παπασταύρου και συν, 2006). Μέσα σε ένα πλαίσιο ολιστικής προσέγγισης, η μακροχρόνια φροντίδα από άτομα του οικογενειακού/φιλικού περιβάλλοντος, αναγνωρίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι της γενικότερης φροντίδας των χρόνιων πασχόντων.

Οι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή είναι σημαντικό να υποστηρίζονται επίσης και ανεπίσημα από τα μέλη της οικογένειας, τους συγγενείς, τους φίλους και την πολιτική υγείας της χώρας μέσα από δομές και υπηρεσίες υποστήριξης, για να βοηθηθούν να διατηρήσουν την υγεία και την ευημερία τους. Η εμπειρία της μοναξιάς και της αδυναμίας που πιθανά αισθάνονται ορισμένοι φροντιστές, μπορεί να μειώσει την ικανότητά τους να παρέχουν ποιοτική φροντίδα, να περιορίσει τους στόχους και τις δραστηριότητές τους στη ζωή, να μειώσει τα επίπεδα ποιότητας ζωής και να οδηγήσει σε προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως το άγχος και η κατάθλιψη (Bowman et al., 2017).

Η εμπειρία της παροχής φροντίδας είναι πολυδιάστατη και πολύπλοκη. Οι φροντιστές διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη βοήθεια ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Η υποστήριξη των φροντιστών μειώνοντας το φόρτο τους και η βελτίωση της ψυχικής

υγείας τους, μπορεί να τους βοηθήσει να συνεχίσουν να παρέχουν υποστήριξη στα αγαπημένα τους πρόσωπα αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις της παροχής φροντίδας. Η εκπαίδευση των φροντιστών μπορεί να μειώσει το φορτίο της φροντίδας και να αυξήσει την ποιότητα ζωής τους.

3.1. Άτυποι φροντιστές

Σε μία προσπάθεια να ορίσουμε την άτυπη φροντίδα θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η παροχή καθημερινής αλλά και υγειονομικής βοήθειας, σε όλες τις εκφάνσεις μιας καθημερινότητας, προς τα εξαρτημένα άτομα, από το συγγενικό περιβάλλον, το φιλικό περιβάλλον, τους γείτονες ή από οποιονδήποτε άλλο από το άμεσο κοινωνικό δίκτυο, που όμως κατά κανόνα δεν λαμβάνουν οικονομική αποζημίωση για τη βοήθεια που προσφέρουν (Masaret and La Parra, 2011). Συνήθως τα άτομα που αναλαμβάνουν το ρόλο του άτυπου φροντιστή προέρχονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον ενώ παρατηρείται ορισμένες φορές να κατακερματίζεται αυτή η ευθύνη και διαμοιράζεται σε περισσότερα από ένα άτομα (Σακελλαρίου, 2015).

Οι οικογένειες που κατά κύριο λόγο αναλαμβάνουν την άτυπη φροντίδα, προκειμένου να ανταποκριθούν σε αυτή την καινούρια πρόκληση αναπτύσσουν ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης σχετικά με το αυξημένο στρες που βιώνουν. Οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν την παθητική αντιμετώπιση, την αναπλαισίωση, την πνευματική υποστήριξη, την κοινωνική υποστήριξη και την υποστήριξη των υπηρεσιών υγείας (Goldforto et al, 1986).

Ο ρόλος των άτυπων φροντιστών και ο τρόπος που παρέχεται αυτή η φροντίδα μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα καθώς εξαρτάται από πολλούς και σημαντικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί έχουν σχέση με την παράδοση, την κοινωνική πολιτική, το νομοθετικό πλαίσιο, τον εθνικό πλούτο, τον εθνικό προϋπολογισμό, τον τρόπο που είναι δομημένη η υγειονομική περίθαλψη και τις δημογραφικές τάσεις όσο αφορά το προσδόκιμο ζωής και τα επίπεδα της γονιμότητας (Allen et al, 2012).

Οι άτυποι φροντιστές ατόμων που ζουν με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να μην ταυτίζονται με τον όρο φροντιστής. Ο ρόλος τους είναι πιο δύσκολος ακόμη και

κατά τη διάρκεια μιας απλής μετάβασης στις υπηρεσίες υγείας, καθώς αντιμετωπίζουν πρόσθετο στρες (Clibbens et al, 2019).

Οι άτυποι φροντιστές ατόμων με ψυχικές διαταραχές παρέχουν φροντίδα για έναν πολύ υψηλό αριθμό ωρών σε σύγκριση με φροντιστές ατόμων που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα. Αποτελούν κρίσιμο μέρος της παροχής φροντίδας ατόμων με ψυχικές διαταραχές και συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται αποκλεισμένοι και ότι δεν υποστηρίζονται επαρκώς από τους επαγγελματίες υγείας (Clibbens, Berzins and Baker, 2019).

Η μη αμειβόμενη περίθαλψη συναντάται σε διάφορες κουλτούρες και πολιτισμούς και παρέχεται από άτομα που δεν ανήκουν στους επαγγελματίες υγείας και είναι κυρίως μέλη της οικογένειας, γονείς, αδέρφια, ή ακόμη και φίλοι. Αυτοί οι μη αμειβόμενοι λεγόμενοι άτυποι φροντιστές έχουν αναλάβει την καθημερινή φροντίδα με ότι αυτό μπορεί να περιλαμβάνει από φροντίδα στο σπίτι, βοήθεια στις καθημερινές δουλειές ακόμη και συνοδεία στον θεράποντα ιατρό και περίθαλψη όταν απαιτείται νοσηλεία σε συνεργασία με τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας (Stavrianou et al., 2018; Goodhead and McDonald, 2007). Η φροντίδα που προσφέρουν οι άτυποι φροντιστές μπορεί να διαφέρει ως προς τα χαρακτηριστικά της και συγκεκριμένα ως προς τον τύπο της παρεχόμενης βοήθειας, ως προς την τοποθεσία που παρέχεται, τη διάρκειά της και την έντασή της (Broese Van Groenou and De Boer, 2016).

4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Κατά τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες, έχει αναπτυχθεί ένα μεγάλο εύρος ορισμών για την ποιότητα ζωής (QOL). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) ορίζει την Ποιότητα Ζωής (QoL) ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα πρότυπα και τις ανησυχίες του (THE WHOQOL GROUP 1995). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα QOL του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-G) όρισε την ποιότητα ζωής ως «τις αντιλήψεις των ατόμων για τη θέση τους στο πλαίσιο της κουλτούρας και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, και

ανησυχίες τους» (The WHOQOL-G, 1998). Η ομάδα WHOQOL-G αναγνωρίζει ότι οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τη ζωή τους είναι υποκειμενικές, διαμορφωμένες από το πολιτισμικό τους υπόβαθρο, τις εμπειρίες τους, τις προτιμήσεις και τους προσωπικούς τους στόχους. Συνεπώς, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι μια δυναμική αντίληψη επειδή οι αξίες και οι αξιολογήσεις της ζωής επηρεάζονται από τις αντιδράσεις, τα συναισθήματα, τη σωματική κατάσταση και τις εμπειρίες των ατόμων (Carr et al., 2003).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί σημαντική έννοια για τις σύγχρονες κοινωνίες και οικονομίες και παραμένει έννοια βαθιά ανθρωποκεντρική και σύνθετη, αφού προσπαθεί να συνδέσει τις ανθρώπινες ανάγκες με τις ανθρώπινες δραστηριότητες (Κωσταγιόλας και συν, 2008). Η ποιότητα ζωής ως όρος εμπεριέχει μια σημαντική υποκειμενικότητα για τον καθένα. Από επιστημονικής και κοινωνικής σκοπιάς, η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σύνθετο και πολύπλοκο φαινόμενο, αποτελούμενο από ποικιλία διαφορετικών παραγόντων και μεταβλητών που οδηγούν στη δημιουργία ενός ποιοτικού συνόλου. Η ποιότητα ζωής, αποτελεί ένα σχεδιάγραμμα, στο οποίο εντοπίζονται η φυσική υγεία, οι ψυχολογικές παράμετροι και η κοινωνικότητα. Στη φυσική υγεία ανήκει η κινητικότητα, η ανεξαρτησία ζωής, η δυνατότητα να εργάζεται κανείς και η ομαλή λειτουργία των ζωτικών οργάνων. Στον κοινωνικό τομέα εντοπίζεται στην οικογενειακή ζωή, τη σχέση με το άλλο φύλο και γενικότερα τις κοινωνικές εκφάνσεις που λαμβάνουν χώρα (Yfantopoulos and Sarris, 2001). Τη δεκαετία του '80, ο όρος αυτός εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα ως δείκτης κοινωνικών ερευνών με σκοπό την εξάλειψη των ανισοτήτων και την ισότιμη κατανομή των πόρων (Οικονόμου και συν, 2001).

Οι φροντιστές, όπως αυτό διαφαίνεται από τη βιβλιογραφία, βιώνουν σωματικό και ψυχικό στρες που συντελεί στη μείωση της ποιότητας ζωής τους. Έχει καταγραφεί ότι οι αντιδράσεις και οι συνέπειες της παροχής φροντίδας είναι αυτές που καθιστούν τον ρόλο το φροντιστή προκλητικό και ως εκ τούτου πηγή αγωνίας. Οι φροντιστές ατόμων με σχιζοφρένεια αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής από αυτή που αναφέρουν οι μη φροντιστές ή οι φροντιστές ατόμων που πάσχουν από άλλα νοσήματα (Gupta et al, 2015). Το αντικειμενικό και υποκειμενικό βάρος της άτυπης παροχής φροντίδας είναι σημαντικό και κατά συνέπεια η ποιότητα ζωής φτωχή. Το 38,2% των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζουν σοβαρό επίπεδο επιβάρυνσης, όσο

αφορά τον ρόλο της φροντίδας τους (Rahmani et al, 2022). Οι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή αναφέρουν ότι ξοδεύουν κατά μέσο όρο, 22 ώρες ή περισσότερες την εβδομάδα σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τη φροντίδα. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φόρτου του φροντιστή και της ποιότητας ζωής του (Ribe et al, 2018).

Η ηλικία του φροντιστή, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η απώλεια εργασίας λόγω των απαιτήσεων της φροντίδας, το εισόδημα, η σχέση με τον ασθενή, η συχνότητα της φροντίδας και η διάρκεια της νόσου του ασθενούς αναφέρονται ως σημαντικές συσχετίσεις του φόρτου φροντίδας (Peng et al., 2019). Για τους φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή η επιβάρυνση εντείνεται από τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας του ασθενή, τη διάρκειά της, τον αριθμό των αναγκών, την έκταση της αναπηρίας και τα μειωμένα κοινωνικά ενδιαφέροντα (Grandon et al, 2008; Aranda-Reneo et al, 2008).

Η σχιζοφρένεια είναι μία ψυχική διαταραχή που επηρεάζει την ικανότητα συμμετοχής του ασθενή σε καθημερινές δραστηριότητες, κάτι το οποίο αυξάνει την εξάρτηση των ασθενών αυτών από τους φροντιστές τους. Η αντικειμενική επιβάρυνση της φροντίδας περιλαμβάνει καθημερινή βοήθεια σε διάφορες εργασίες και στο νοικοκυριό, λόγω διαταραγμένης συμπεριφοράς των ασθενών στην καθημερινή ρουτίνα τους (Awad and Voruganti, 2008; Ochoa et al, 2008). Από την άλλη η υποκειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο οι φροντιστές αντιλαμβάνονται το βάρος της φροντίδας αυτής, που μπορεί να περιλαμβάνει μεταξύ άλλων ντροπή, αμηχανία, αισθήματα ενοχής ή αυτοκατηγορίας. Ο συνδυασμός αυτών έχει συνέπειες στη σωματική, ψυχική, οικονομική και συναισθηματική ευημερία των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή (Aranda-Remeo et al, 2013; Boyer et al, 2012; Awad and Voruganti, 2008).

Οι φροντιστές ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια αναφέρουν χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής (MCS) και σωματικής (PCS) ποιότητας ζωής έναντι ατόμων που δεν είναι φροντιστές (MCS 40,3 έναντι 45,9 και PCS 46,8 έναντι 49 αντίστοιχα) και χαμηλότερο επίπεδο λαμβανόμενων κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών (0,64 έναντι 0,71). Χαμηλότερη ποιότητα ψυχικής υγείας αναφέρουν επίσης και σε σύγκριση με φροντιστές ατόμων με άλλα χρόνια νοσήματα (40,3 έναντι 42,7) και χαμηλότερο

επίπεδο λαμβανόμενων κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών (0,64 έναντι 0,67) (Gupta et al, 2015).

Σε αυτό το σημείο σημαντικό είναι να αναφερθεί πως η εξουθένωση του φροντιστή επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή του στο ρόλο με τον οποίο έχει επιφορτιστεί. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επίσπευση της εισαγωγής του ατόμου με ψυχική διαταραχή σε ίδρυμα αυξάνοντας τους δείκτες θνησιμότητάς του (Gaugler et al., 2005).

Προγνωστικοί παράγοντες θετικοί ως προς την ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή έχουν καταγραφεί η χαμηλή επιβάρυνση της φροντίδας, η κοινωνική και επαγγελματική υποστήριξη (Ribe et al, 2018). Οι φροντιστές αισθάνονται ότι η ποιότητα ζωής τους θα βελτιωνόταν αν μπορούσαν να έχουν περισσότερο χρόνο για τον εαυτό τους, κρατώντας μια απόσταση από το άτομο που φροντίζουν. Η ανεξαρτησία του φροντιστή είναι σημαντική ώστε να μπορούν να επιδιώκουν τα δικά τους συμφέροντα και ενδεχομένως δραστηριότητες που είχαν διακόψει λόγω φροντίδας (Vellone et al., 2012).

Καθώς η επιφόρτιση των φροντιστών περιλαμβάνει αρκετές δυσκολίες για την παροχή φροντίδας, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στην ψυχική υγεία των φροντιστών και στις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν όπως το άγχος, ή κατάθλιψη και η δυσφορία

4.1. Συμπτωματολογία Άγχους και Κατάθλιψης σε φροντιστές

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η ψυχική ασθένεια είναι διαδεδομένη, σε όλα τα στρώματα αλλά και σε όλες τις χώρες και κοινωνίες (WHO 2001) και ένα σχέδιο δράσης αναπτύχθηκε για την ενημέρωση και υποστήριξη της ψυχικής υγείας (WHO 2020). Το άγχος και η κατάθλιψη είναι μεταξύ άλλων από τις πιο συχνές διαγνώσεις στην Πρωτοβάθμια φροντίδα που συμπεριλαμβάνονται σε ένα ποσοστό 24% στον τομέα της ψυχικής υγείας (Andrews et al 2020).

Στην ψυχολογία το άγχος είναι ένα αίσθημα έντασης και πίεσης. Μικρές ποσότητες στρες μπορούν να είναι επιθυμητές, ευεργετικές, ακόμη και υγιείς. Το θετικό στρες μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας προσαρμογής και αντίδρασης στο περιβάλλον. Το άγχος/στρες μπορεί να είναι εξωτερικό και να σχετίζεται με το περιβάλλον, αλλά

μπορεί επίσης να δημιουργηθεί από εσωτερικές αντιλήψεις ή άλλα αρνητικά συναισθήματα γύρω από μία κατάσταση όπως πίεση και δυσφορία (Savithri and Ragothaman 2016).

Το στρες μπορεί να οριστεί ως η μη συγκεκριμένη απάντηση σε οποιαδήποτε ζήτηση για αλλαγή. Σύμφωνα με αυτή την ερμηνεία, το στρες αποτελεί από μόνο του ένα ουδέτερο κατασκευάσμα (Λαφτσίδου 2019). Τα γεγονότα θεωρούνται ως στρεσογόνα βάση της γνωστικής αξιολόγησης του ατόμου. Η εκτίμηση εξαρτάται από την πηγή, τη διάρκεια, τη δυνατότητα ελέγχου και την επιθυμία της κατάστασης (Le Fevre Matheny and Kolt 2003).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή βιώνουν επιδεινωμένη ψυχική υγεία με συμπτωματολογία άγχους, στρες και κατάθλιψης (Gupta et al, 2015; Caqueo-Urizar et al, 2009). Το άγχος και η κατάθλιψη τυπικά αξιολογούνται από συμπτώματα όπως ανησυχητικές σκέψεις, αισθήματα αναξιότητας, μειωμένο ενδιαφέρον για καθημερινές δραστηριότητες και διαταραχές στον ύπνο και την ενέργεια (American Psychiatric Association, 2013). Η δυσφορία του φροντιστή αντιπροσωπεύει το συναισθηματικό πόνο, που χαρακτηρίζεται ως απώλεια, απελπισία ή ανησυχία, ως απάντηση σε συγκεκριμένους στρεσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν τους φροντιστές (Stanley et al, 2017; Mitsonis et al, 2012).

Το άγχος και η κατάθλιψη είναι σχετικά διακριτές και καλά καθορισμένες έννοιες. Είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη τα χαρακτηριστικά του φροντιστή, καθώς η φροντίδα επηρεάζεται και από παράγοντες πέρα από τη διάγνωση, συμπεριλαμβανομένης της κακής ποιότητας ζωής, της μεγαλύτερης ηλικίας του φροντιστή, της μεγαλύτερης διάρκειας της ασθένειας και του στίγματος (Karambelaw et al, 2022).

Έχει καταγραφεί από σημαντικό αριθμό μελετών πως οι φροντιστές έχουν υψηλό άγχος και κατάθλιψη. Οι φροντιστές ατόμων με σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν δυσκολίες ύπνου, αϋπνία, πόνο και άγχος σε σύγκριση με φροντιστές ατόμων που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα (Gupta et al, 2015). Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους μακροχρόνιους φροντιστές ασθενών είναι 15% - 32%, ο οποίος είναι υψηλότερος κατά 1%-10% από ότι στον γενικό πληθυσμό. Τα μέλη της οικογένειας έχουν ένα αυξημένο ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων αμέσως μετά αφού τεθεί η

διάγνωση της ασθένειας, λόγω της έλλειψης κατανόησης της νόσου και τη μη χρησιμοποίηση ή απουσία των κοινωνικών συστημάτων για υποστήριξη (Cuijpers, 2005). Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Terayama, και συν. το 2018 στην Ιαπωνία, το ποσοστό κατάθλιψης που καταγράφηκε σε μακροχρόνιους φροντιστές ασθενών με άνοια πριν παρακολουθήσουν πρόγραμμα εκπαίδευσης, ήταν 36%, ενώ αντίστοιχα στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει καταγραφεί ένα ποσοστό 29,4% (Cooper et al 1995).

Υποστηρίζεται ότι υπάρχουν τρεις κύριες προσεγγίσεις για το άγχος. Η πρώτη προσέγγιση αναφέρει ότι υπάρχει το άγχος ως συναισθηματική κατάσταση, η δεύτερη ότι υπάρχει το χαρακτηριστικό άγχος ως διάσταση της προσωπικότητας και η τρίτη ότι το άγχος υπάρχει ως σύνολο αγχωδών διαταραχών. Έχει παραχθεί μια ενοποιημένη θεωρία για το άγχος βασιζόμενη σε μία γνωστική προσέγγιση (Eysenck 1997), ενσωματώνοντας τέσσερις πηγές πληροφοριών που επηρεάζουν το επίπεδο του βιωμένου άγχους: την πειραματική διέγερση, την εσωτερική φυσιολογική δραστηριότητα, τις εσωτερικές γνώσεις όπως για παράδειγμα ανησυχίες και τη δική του συμπεριφορά.

Τα μέλη της οικογένειας με στενή οικογενειακή σχέση φαίνεται να φροντίζουν τους ασθενείς για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα αφιερώνοντας τον περισσότερο από το χρόνο τους στην φροντίδα κάτι το οποίο το καθιστά σε κύρια αιτία άγχους προσδίδοντας μεγάλη επιβάρυνση. Τα συμπτώματα επιβάρυνσης και κατάθλιψης είναι σημαντικά χαμηλότερα για τους φροντιστές που έχουν λάβει εκπαιδευτική παρέμβαση για την τυπική φροντίδα σε σχέση με τους φροντιστές οι οποίοι δεν υποστηρίχθηκαν με κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Martin – Carrasco et al, 2009; Gaugler et al, 2008; Mittelman et al, 2007). Στους φροντιστές που λαμβάνουν εκπαίδευση παρατηρείται σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά το ήμισυ περίπου, από 36% σε 17% μέσα σε τρεις μήνες. Αντίθετα τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε φροντιστές χωρίς εκπαίδευση αυξήθηκαν από 22% σε 50% μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα (Terayama et al, 2018).

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1. Διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος

5.1.1. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις

Αναλυτικότερα τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας θα είναι:

- Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή;
- Σε ποιον τομέα (φυσικό/σωματικό ή ψυχικό) υπάρχει μεγαλύτερη επιβάρυνση;
- Ποιο είναι το επίπεδο εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας που εκδηλώνουν οι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή;
- Ποιοι δημογραφικοί παράγοντες επιδρούν σημαντικά στο επίπεδο ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή;
- Ποιοι δημογραφικοί παράγοντες επιδρούν σημαντικά στην εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας στους φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή;
- Υπάρχει σημαντική συσχέτιση των επιπέδων εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας με το επίπεδο ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή;

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι ότι α) υπάρχει διαφορά στην επιβάρυνση των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή του φυσικού/σωματικού τομέα και του ψυχικού τομέα β) οι δημογραφικοί παράγοντες έχουν επίδραση στην εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας στους φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή και γ) υπάρχει σημαντική συσχέτιση των επιπέδων εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας με το επίπεδο ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή.

5.2. Ερευνητικός σχεδιασμός και επιλογή του δείγματος

Για το σκοπό της συγκεκριμένης εργασίας χρησιμοποιήθηκε μια ποσοτική προσέγγιση. Η ποσοτική προσέγγιση επιτρέπει την αντικειμενική αξιολόγηση ενός φαινομένου (στην παρούσα περίπτωση ποιότητας ζωής και επίπεδα εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας). Επιπρόσθετα, σημαντική παράμετρο σε μια έρευνα αποτελεί η οριοθέτηση του χρονικού ορίζοντα της μελέτης. Οι βασικές προσεγγίσεις είναι δύο: οι μελέτες χρονικής στιγμής (cross-sectional studies) και οι διαμήκεις/διαχρονικές μελέτες (longitudinal studies). Η περίοδος για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης διέπεται από τον περιορισμό του περιορισμένου χρόνου και επιπλέον σκοπός ήταν να αποτυπωθούν τα επίπεδα ποιότητας ζωής και εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας σε ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο για μια συγκεκριμένη ομάδα φροντιστών (φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή), έτσι επιλέχθηκε η διεξαγωγή έρευνας με βάση τις αρχές των μελετών χρονικής στιγμής (cross-sectional studies). Το πιο σημαντικό πλεονέκτημα των μελετών αυτών είναι ότι γενικά είναι γρήγορες και αποτυπώνουν αξιόπιστα και για το σκοπό αυτό υιοθετήθηκε αυτή η προσέγγιση στην παρούσα έρευνα (Olsen et al., 2020). Επιπλέον, οι μελέτες χρονικής στιγμής είναι ο καλύτερος τρόπος για τον προσδιορισμό συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών (εδώ μεταξύ ποιότητας ζωής και συμπτωματολογίας κατάθλιψης ή άγχους) και για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη μια τέτοιου είδους έρευνα στο πλαίσιο της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας.

Το δείγμα των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη περιλαμβάνει όλους τους φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή που επισκέπτονται το ψυχιατρικό τμήμα, τα εξωτερικά ιατρεία του ψυχιατρικού τμήματος και το τμήμα επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Αναλυτικότερα τα χαρακτηριστικά του δείγματος περιγράφονται στα ευρήματα/αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν α) η συναίνεση για συμμετοχή στην έρευνα και β) να είναι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή.

5.3. Πεδίο διεξαγωγής της κύριας μελέτης

Η έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Κριτήριο επιλογής της υγειονομικής μονάδας αποτέλεσε η καθημερινή εφημερία της ψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου, καθώς και η ευκολία πρόσβασης της ερευνήτριας.

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν επίσης τα Εξωτερικά Ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής και το τμήμα των επειγόντων περιστατικών για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών εκδηλώσεων.

5.4. Ηθικά ζητήματα

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή έρευνας. Ειδικότερα:

- Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας και ζητήθηκε η πληροφορημένη συναίνεσή τους.
- Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
- Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία του δείγματος.
- Τα αποτελέσματα και το υλικό που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από την ερευνήτρια.
- Για τη διανομή των ερωτηματολογίων στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου εξασφαλίστηκε η άδεια από την αρμόδια επιστημονική επιτροπή.

5.5. Υλικό και μέθοδος

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από τρεις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα καταγράφηκαν τα δημογραφικά

χαρακτηριστικά των φροντιστών που συμμετείχαν στην έρευνα (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα, εργασία).

Στη δεύτερη ενότητα αξιολογήθηκε το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρήση του εργαλείου SF-12 Health Survey (Ware et al., 1996; Ware et al., 1995), ενώ στην τρίτη ενότητα αξιολογήθηκε το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης των ασθενών με χρήση του εργαλείου DASS-21 (Lovibond and Lovibond, 1995; Osman et al., 2012).

5.5.1. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου SF12

Το ερωτηματολόγιο SF -12 αναπτύχθηκε ως μία σύντομη έκδοση του αρχικού SF – 36, για μελέτες μεγάλης κλίμακας και η αξιοπιστία και εγκυρότητά του έχει τεκμηριωθεί (Ware and al., 1996; Ware et al., 1995). Στην Ελληνική γλώσσα τόσο το εργαλείο SF-36 όσο και το SF-12 έχουν σταθμιστεί από τους Pappa, Kontodimopoulos και Niakas (2005) και Kontodimopoulos et al. (2007) αντίστοιχα. Το SF-12 αποτελείται συνολικά από 12 ερωτήσεις. Οι 12 ερωτήσεις αξιολογούν την σωματική (PCS) και την πνευματική υγεία (MCS) των ασθενών. Βαθμολογεί τις δύο κλίμακες με εύρος 5 τιμών 0 – 100 με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν και καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ενώ χρησιμοποιεί σαν μέση τιμή το 50 με τυπική απόκλιση το $\pm 10\%$. Το SF-12 είναι κοινός επιστημονικά αποδεκτό για την αξιοπιστία του και την εγκυρότητα του ενώ αξιολογεί με συντομία την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του ασθενή βάση των δύο κλιμάκων PCS και MCS. Η πνευματική και σωματική υγεία αξιολογούν μαζί τις υποκλίμακες σωματικής λειτουργικότητας, ζωτικότητας, κοινωνικής λειτουργικότητας, γενικής υγείας, σωματικού πόνου, πνευματικής υγείας και περιορισμών στην κοινωνική λειτουργικότητα λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (Melville et al, 2003; Kontodimopoulos et al, 2007; Steenstrup et al, 2013; Bindawas et al, 2015).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο SF-12, οι παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ατόμων έχουν κατηγοριοποιηθεί ως εξής:

- Φυσική/Σωματική Υγεία (Physical Health – PCS), όπου περιλαμβάνονται οι ακόλουθες υποκατηγορίες:

- Μέτρια έντασης δραστηριότητες (Physical Functioning – PF)
- Ανέβασμα μερικών σειρών σκαλοπατιών (Physical Functioning – PF)
- Ολοκλήρωση λιγότερων εργασιών (Role Physical – RP)
- Περιορισμός εργασιών (Role Physical – RP)
- Επίδραση πόνου (Bodily Pain – BP)
- Γενική κατάσταση υγείας (General Health – GH)
- Ψυχική Υγεία (Mental Health – MCS)
 - Ενεργητικότητα (Vitality – VT)
 - Κοινωνικές δραστηριότητες (Social Functioning – SF)
 - Ολοκλήρωση λιγότερων εργασιών (Role Emotional – RE)
 - Μη προσεκτικές εργασίες (Role Emotional – RE)
 - Ηρεμία (Mental Health – MH)
 - Κακοκεφιά/Μελαγχολία (Mental Health – MH)

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι 4 παράγοντες έχουν αντιστραφεί έτσι ώστε οι υψηλότερες τιμές τους να δείχνουν και υψηλότερο επίπεδο υγείας. Οι παράγοντες αυτοί είναι: Γενική Κατάσταση Υγείας, Επίδραση Πόνου, Ηρεμία, Ενεργητικότητα.

5.5.2. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου DASS – 21

Το DASS – 21 αναπτύχθηκε ως μια σύντομη μορφή του DASS – 42 και έχει αναφερθεί ότι έχει ελαφρώς βελτιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες σε σύγκριση με το πλήρες DASS (Antony et al 1998).

Το DASS - 21 είναι μία κλίμακα αυτοαναφοράς 21 στοιχείων που μετρά τα επίπεδα κατάθλιψης, στρες και άγχους στον πληθυσμό.

Κάθε κλίμακα εφτά (7) στοιχείων έχει τέσσερις (4) επιλογές απόκρισης που κυμαίνονται από μηδέν (0) (δεν ισχύει καθόλου για εμένα) έως τρία (τρία) (ισχύει για εμένα πολύ ή τις περισσότερες φορές).

Η μέγιστη βαθμολογία του είναι 42. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας Dass – 21 έχει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια και οι βαθμολογίες στις ερμηνείες έχουν εγκυρότητα ορθής κατασκευής (Henry and Crawford 2005).

Το DASS - 21, είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για την καταγραφή των επιπέδων κατάθλιψης, άγχους και στρες σε κλινικούς και μη κλινικούς πληθυσμούς. Η υποκλίμακα κατάθλιψης εκτιμά τα συμπτώματα της δυσμορφίας, της απελπισίας, της υποτίμησης της ζωής, της αυτοκαταστροφής, της έλλειψης ενδιαφέροντος ή συμμετοχής, της ανδεονίας και της αδράνειας (ερωτήσεις 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21). Η κλίμακα ανησυχίας/στρες εκτιμά τα συμπτώματα της αυτόνομης διέγερσης, των αποτελεσμάτων του σκελετικού μυός, της κατάστασης άγχους και της υποκειμενικής εμπειρίας ανησυχίας (ερωτήσεις 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). Η υποκλίμακα του άγχους αξιολογεί τα συμπτώματα δυσκολίας στη χαλάρωση, τη νευρική διέγερση, την ευαισθητοποίηση ή την αναταραχή, την ευερεθιστότητα ή την υπερευαισθησία και την ανυπομονησία (ερωτήσεις 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) (Sinclair et al., 2012). Κάθε ερώτηση βασίζεται σε εμπειρίες τις προηγούμενες επτά ημέρες και μετράται σε κλίμακα Likert που κυμαίνεται από 0 (καθόλου) έως 3 (όλες ή τις περισσότερες μέρες). Το DASS - 21 έχει αποδειχθεί υψηλή αξιοπιστία, $\alpha=0.85$ (Henry & Crawford, 2005; Osman et al., 2012) και έχει δείξει λογικά επίπεδα εγκυρότητας, σε σύγκριση με παρόμοια εργαλεία αυτοαναφοράς, με συσχέτιση άνω του 0.70 με το Beck Depression Inventory (Lovibond & Lovibond, 1995) και 0.69 με την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (Musa et al., 2011). Το εργαλείο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πάρα πολλές γλώσσες και απο το σκορ που λαμβάνει ένα άτομο στις διαστάσεις τους προκύπτει η εξής κατάταξη:

- Οι βαθμολογίες στρες ταξινομούνται ως κανονικές (0-14), ήπιες (15-18), μέτριες (19-25), σοβαρές (26-33), και εξαιρετικά σοβαρές (34 και άνω)
- Οι βαθμολογίες άγχους ταξινομούνται ως κανονικές (0-7), ήπιες (8-9), μέτριες (10-14), σοβαρές (15-19) και εξαιρετικά σοβαρές (20 και άνω)

- Οι βαθμολογίες κατάθλιψης κατηγοριοποιούνται κανονικές (0-9), ήπιες (10-13), μέτριες (14-20), σοβαρές (21-27) και εξαιρετικά σοβαρές (28 και άνω), (Σταλίκας, 2012).

5.6. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του λογισμικού SPSS version 25. Ο επιπολασμός του άγχους, της κατάθλιψης και το επίπεδο της ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή, θα παρουσιαστεί με τη χρήση περιγραφικών δεικτών (συχνότητα και ποσοστό % ή Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση). Η διερεύνηση αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του κινδύνου χαμηλής ποιότητας ζωής μεταξύ των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή πραγματοποιήθηκε με χρήση του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 , ελέγχου t-test για ισότητα δύο μέσων τιμών καθώς και με διενέργεια λογιστικής παλινδρόμησης. Η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών στην ποιότητα ζωής τους καθώς και στον κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας διερευνήθηκε με τη χρήση του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 καθώς και με μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης. Τέλος, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και του επιπέδου άγχους και κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε με χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson καθώς και με μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0.05$.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Η έρευνα διεξήχθη στο χρονικό διάστημα Οκτώβριο – Δεκέμβριο του έτους 2022 και απαντήθηκε από 157 φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή. Τα αποτελέσματα που ακολουθούν έχουν εξαχθεί μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS.

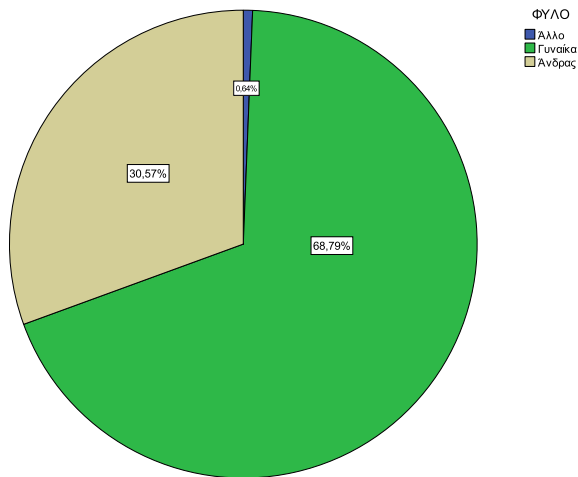
Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία

Στοιχεία	Κατηγορίες	N	f%
Φύλο	Άνδρας	48	30,6
	Γυναίκα	108	68,8
	Άλλο	1	0,6
Ηλικία	Κάτω των 25 ετών	5	3,2
	26-35 ετών	22	14,0
	36-45 ετών	40	25,5
	46-55 ετών	53	33,8
	Άνω των 55 ετών	37	23,6
Υπηκοότητα	Ελληνική	155	98,7
	Εντός της ΕΕ	2	1,3
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	40	25,5
	Έγγαμος/η – Σύμφωνο Συμβίωσης	94	59,9
	Διαζευγμένος/η – Λύση Συμφώνου Συμβίωσης	15	9,6
	Χήρος/α	8	5,1
Μορφωτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	1	0,6
	Απόφοιτος Λυκείου	28	17,8
	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας (Δημόσιο / Ιδιωτικό ΙΕΚ)	40	25,5
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	59	37,6

	Μεταπτυχιακό	27	17,2
	Διδακτορικό	2	1,3
Απασχόληση	Άνεργος	7	4,5
	Οικιακά	20	12,7
	Αυτοαπασχολούμενος	10	6,5
	Ιδιωτικός υπάλληλος	63	40,1
	Δημόσιος υπάλληλος	39	24,8
	Συνταξιούχος	18	11,5
Εισόδημα	0-11.000€	41	26,1
	11.001-13.000€	36	22,9
	13.001-23.000€	51	32,5
	23.001€ και άνω	15	9,6
	Δεν επιθυμώ να απαντήσω	14	8,9
Έτη φροντίδας	0-10 έτη	116	73,9
	11-20 έτη	19	12,1
	21-30 έτη	17	10,8
	30 έτη και άνω	5	3,2

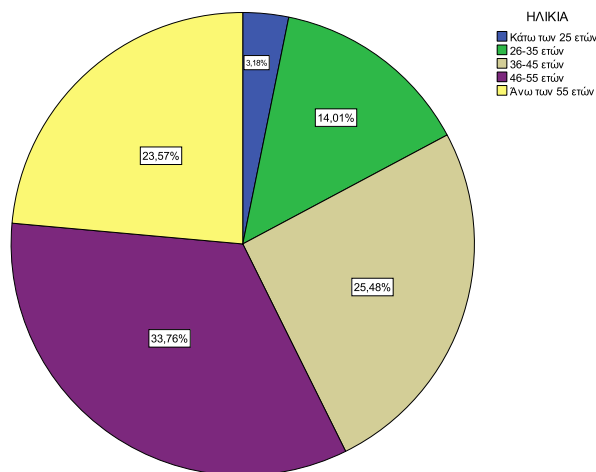
Ο Πίνακας 1 και τα Γραφήματα 1-8 παρουσιάζουν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Ειδικότερα από τα 157 άτομα, η μεγάλη πλειοψηφία (68,8% ή 108 άτομα) ήταν γυναίκες και το 30,6% (ή 48 άτομα) ήταν άνδρες, ενώ μόλις το 0,6% δήλωσε πως δεν ανήκει σε κάποιο από τα δύο φύλα.

Γράφημα 1: Φύλο



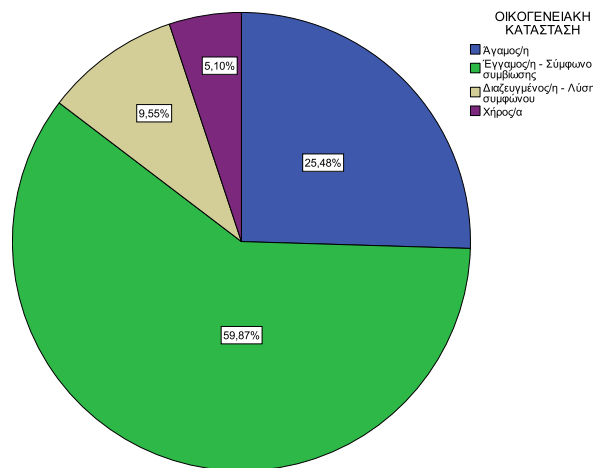
Ως προς την ηλικιακή τους κατηγορία, το 33,8% ήταν στην ηλικιακή κατηγορία 46-55 ετών, ακολουθούσαν με 25,5% όσοι ήταν στην ηλικιακή κατηγορία 36-45 ετών, με 23,6% όσοι ήταν άνω των 55 ετών, με 14% όσοι ήταν 25-25 ετών ενώ μόλις το 3,2% είχε ηλικία κάτω των 25 ετών.

Γράφημα 2: Ηλικία



Το 98,7% του δείγματος είχε ελληνική υπηκοότητα, ενώ το 1,3% υπηκοότητα από χώρες της ΕΕ. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία (59,9%) δήλωσαν έγγαμοι ή ότι έχουν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης, το 25,5% δήλωσε άγαμο, με 9,6% ακολούθησαν οι διαζευγμένοι και τέλος το 5,1% δήλωσε ότι είναι χήρος/α.

Γράφημα 3: Οικογενειακή Κατάσταση

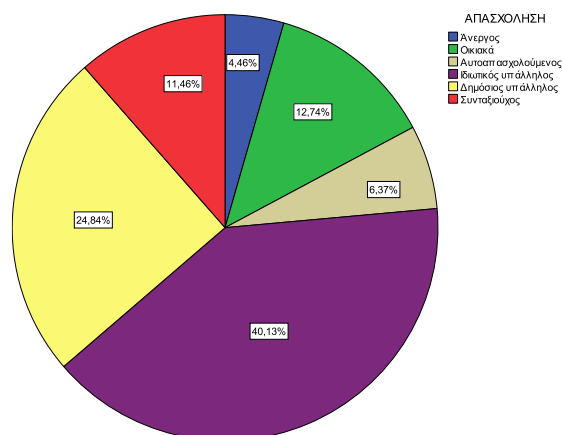


Σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι (37,6%) είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 25,5% είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ακολουθούν με 17,8% οι απόφοιτοι Λυκείου, με 17,2% οι κάτοχοι μεταπτυχιακού, με 1,3% οι κάτοχοι διδακτορικού και με μόλις 0,6% οι αναλφάβητοι.

Ως προς την εργασία τους το 40,1% απασχολείται στον ιδιωτικό τομέα, το 24,8% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 12,7% δήλωσε οικιακά, το 11,5% ότι είναι συνταξιούχοι, το 6,4% δήλωσε ότι είναι αυτοαπασχολούμενοι και τέλος το 4,5% ότι είναι άνεργοι.

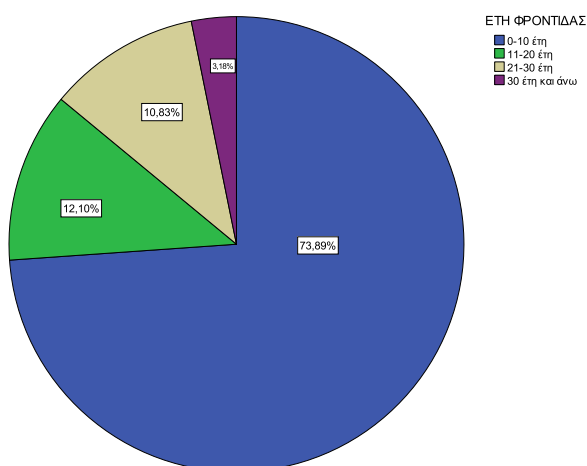
Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους (32,5%) έχουν ετήσιο εισόδημα που κυμαίνεται από 13.001-23.000€, ακολουθούν με ποσοστό 26,1% όσοι έχουν εισόδημα έως 11.000€, με 22,9% όσοι έχουν εισόδημα από 11.001-13.000€, με 9,6% όσοι έχουν ετήσιο εισόδημα άνω των 23.001€ και ένα 8,9% δήλωσε ότι δεν θέλει να απαντήσει σε αυτό το ερώτημα.

Γράφημα 4: Απασχόληση



Τέλος, το 73,9% δήλωσε ότι παρέχει φροντίδα για ένα διάστημα έως και 10 έτη, το 12,1% για ένα διάστημα 11-20 ετών, το 10,8% για διάστημα 21-30 ετών και το 3,2% για διάστημα μεγαλύτερο των 30 ετών.

Γράφημα 5: Έτη φροντίδας



6.2. Ανάλυση Ποιότητας Ζωής Φροντιστών

Σε αυτό το μέρος θα επιχειρηθεί να αναλυθεί η ποιότητα ζωής των φροντιστών. Αρχικά ελέγχθηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου μέσω του συντελεστή alpha του Cronbach, με την χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS. Για την υποκλίμακα της Σωματικής Υγείας (PCS) ο δείκτης alpha του Cronbach βρέθηκε να είναι 0,825, ενώ για την υποκλίμακα της Ψυχικής Υγείας (MCS) ο δείκτης είναι ίσος με 0,824 και δεδομένου ότι τιμές άνω του 0,7 θεωρούνται αποδεκτές κρίνεται ότι η ανάλυση παρουσιάζει αξιοπιστία.

6.2.1. Συνολικό Επίπεδο Ποιότητας Ζωής Φροντιστών και Υποκλίμακες PCS και MCS

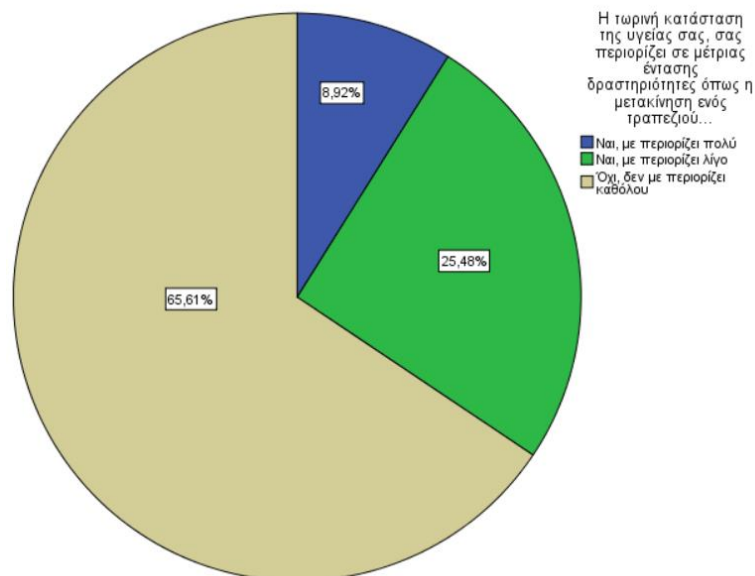
Ο Πίνακας 2 και τα γραφήματα 9-18 παρουσιάζουν τα βασικά περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου SF-12. Ειδικότερα στον πίνακα 2 παρουσιάζονται ο μέσος, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος αλλά και η συχνότητα των απαντήσεων που έχουν δοθεί από τους ερωτώμενους, κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται και από τα αντίστοιχα γραφήματα. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι υψηλότερες τιμές του μέσου δείχνουν και υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής.

Πίνακας 2: Περιγραφικά Στατιστικά Ερωτήσεων Ερωτηματολογίου SF-12

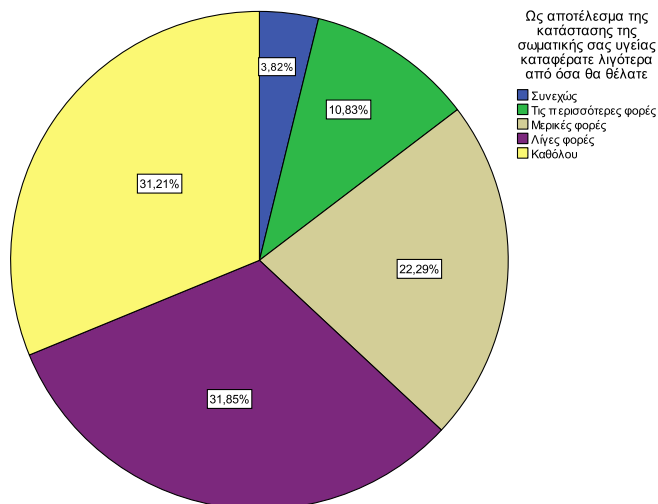
Παράγοντες	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Συχνότητα απαντήσεων				
				1	2	3	4	5
Μέτριας έντασης δραστηριότητες (PF)	2,57	0,653	3,00	8,9	25,5	65,6	-	-
Ανέβασμα μερικών σειρών σκαλοπατιών (PF)	2,54	0,615	3,00	6,4	33,8	59,9	-	-
Ολοκλήρωση λιγότερων εργασιών (RP)	3,76	1,123	4,00	3,8	10,8	22,3	31,8	31,2
Περιορισμός εργασιών (RP)	3,78	1,184	4,00	5,1	12,7	14,0	35,0	33,1

Επίδραση πόνου (BP)	4,16	0,930	4,00	0,6	8,3	7,6	41,4	42,0
Γενική κατάσταση υγείας (GH)	3,64	0,735	4,00	-	8,3	26,8	58,0	7,0
Ενεργητικότητα (VT)	3,22	1,04	3,00	2,5	26,8	26,8	33,8	10,2
Κοινωνικές δραστηριότητες (SF)	3,64	1,138	4,00	3,8	14,0	23,6	31,2	27,4
Ολοκλήρωση λιγότερων εργασιών (RE)	3,50	1,269	4,00	7,00	19,7	16,6	29,9	26,8
Μη προσεκτικές εργασίες (RE)	3,61	1,279	4,00	7,6	16,6	12,7	33,1	29,9
Ηρεμία (MH)	3,16	1,04	3,00	6,4	21,0	29,9	35,7	7,0
Κακοκεφιά / μελαγχολία (MH)	3,01	1,174	3,00	11,5	24,2	26,1	28,7	9,6

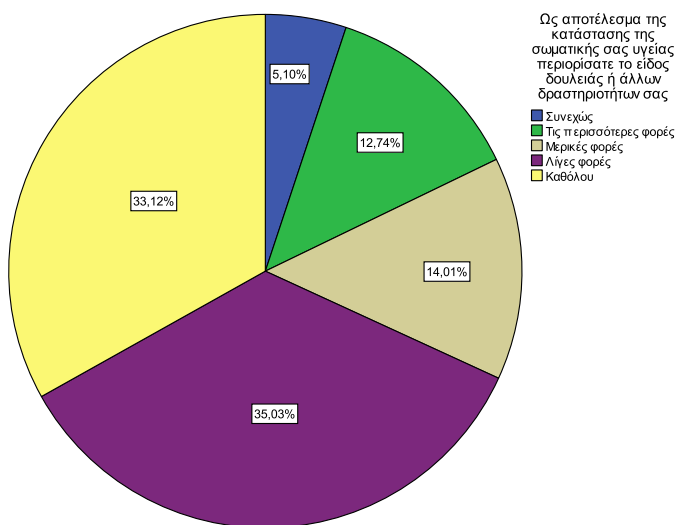
Γράφημα 6: Μέτριας έντασης δραστηριότητες (PF)



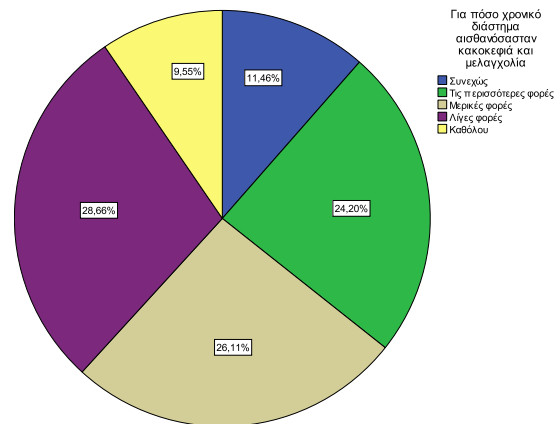
Γράφημα 7: Ολοκλήρωση λιγότερων εργασιών (RP)



Γράφημα 8: Περιορισμός εργασιών (RP)

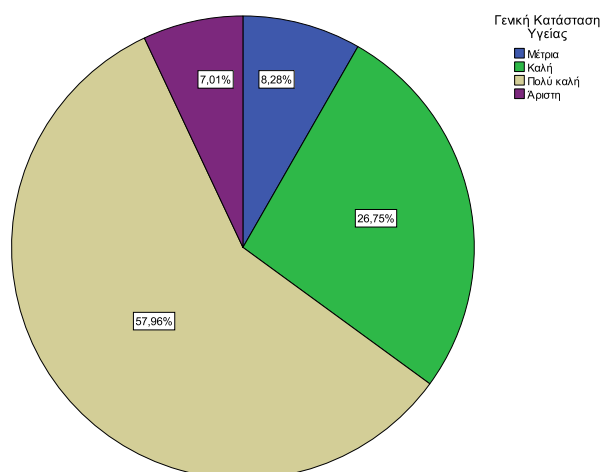


Γράφημα 9: Κακοκεφιά/Μελαγχολία (MH)

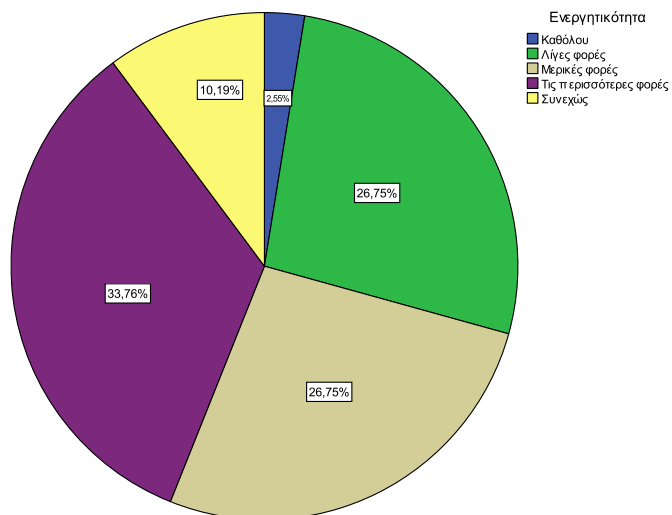


Όπως φαίνεται οι παράγοντες είναι η ενεργητικότητα, η ηρεμία και η κακοκεφιά/μελαγχολία των ατόμων, ενώ ένα πολύ σημαντικό μέρος των ερωτώμενων δηλώνει ότι δεν επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής του από το σύνολο των παραγόντων, κάτι το οποίο ανταποκρίνεται και στην υψηλή πεποίθηση των ερωτώμενων σχετικά με την γενική κατάσταση της υγείας, όπου έχουμε μία από τις υψηλότερες μέσες τιμές. Ακόμη πιο εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι οι ερωτώμενοι φαίνεται να απαντούν πως ο πόνος επιδρά λίγο ή και καθόλου στην ποιότητα της ζωής τους με μέση τιμή 4,16.

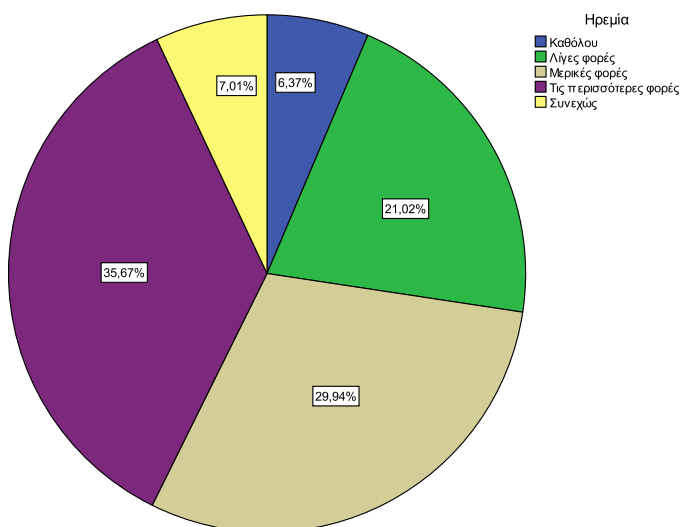
Γράφημα 10: Γενική κατάσταση της υγείας(GH)



Γράφημα 11: Ενεργητικότητα (VT)



Γράφημα 12: Ηρεμία (MH)



Το επόμενο μέρος της ανάλυσης εξετάζει τις υποκλίμακες PCS και MCS, προκειμένου να εντοπιστεί ο τομέας στον οποίο υπάρχει μεγαλύτερη επιβάρυνση. Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων των φροντιστών στις υποκλίμακες PCS και MCS για την σωματική και ψυχική υγεία του ερωτηματολογίου SF-12, έτσι όπως έχουν σταθμιστεί σύμφωνα με τους Ware et al. (1996). Όπως φαίνεται ο μέσος όρος για την σωματική υγεία είναι ίσος με 48,68 με τυπική απόκλιση 8,41, και για την ψυχική υγεία ίσος με 35,37 με τυπική απόκλιση 10,73. Αυτό δείχνει ότι η ψυχική υγεία είναι χειρότερη κατάσταση σε σχέση με την σωματική υγεία, ενώ φαίνεται να παρουσιάζεται και σημαντικό εύρος τιμών μεταξύ ελάχιστων και μέγιστων τιμών.

Πίνακας 3: Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλιμακών PCS και MCS

	PCS	MCS
Μέση τιμή	48,68	35,37
Τυπική απόκλιση	8,41	10,73
Διάμεσος	46,99	35,97
Ελάχιστη τιμή	27,59	13,01
Μέγιστη τιμή	65,94	56,10

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να εξεταστεί και εάν ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων που απαρτίζουν την κάθε κλίμακα είναι ο αναμενόμενος. Έτσι, υπολογίζεται ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των διαφόρων παραγόντων που απαρτίζουν τις δύο υποκλίμακες του SF-12 και της συνολικής τιμής των PCS και MCS. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 4, και όπως ήταν και αναμενόμενο ο συντελεστής συσχέτισης είναι υψηλότερος μεταξύ του PCS και των παραγόντων που επιδρούν στην σωματική συνιστώσα και αντίστοιχα το ίδιο ισχύει και για τον MCS όπου ο συντελεστής συσχέτισης είναι υψηλότερος μεταξύ του MCS και των παραγόντων που επιδρούν στην ψυχική συνιστώσα.

Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ παραγόντων και υποκλιμακών PCS και MCS

Παράγοντες	PCS	MCS
	Συντελεστής Συσχέτισης	Συντελεστής Συσχέτισης
Μέτριας έντασης δραστηριότητες (PF)	0,728**	0,226**
Ανέβασμα μερικών σειρών σκαλοπατιών (PF)	0,747**	0,267**
Ολοκλήρωση λιγότερων εργασιών (RP)	0,761**	0,265**

Περιορισμός εργασιών (RP)	0,740**	0,311**
Επιρροή πόνου (BP)	0,661**	0,271**
Γενική κατάσταση υγείας (GH)	0,448**	0,286**
Ενεργητικότητα (VT)	0,225**	0,618**
Κοινωνικές δραστηριότητες (SF)	0,308**	0,721**
Ολοκλήρωση λιγότερων εργασιών (RE)	0,434**	0,646**
Μη προσεκτικές εργασίες (RE)	0,432**	0,600**
Ηρεμία (MH)	0,100	0,702**
Κακοκεφιά / μελαγχολία (MH)	0,253**	0,790**

** Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο 1%

Το πιο σημαντικό στοιχείο της ανάλυσης, ωστόσο, είναι η εύρεση των δημογραφικών παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τους δύο τομείς του επιπέδου ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή.

Το επόμενο στάδιο της ανάλυσης εξετάζει εάν επηρεάζονται οι μέσοι βαθμοί επιπέδου ποιότητας ζωής ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Σε αυτό το στάδιο θα διενεργηθούν οι παρακάτω έλεγχοι:

- Ως προς το φύλο θα υπολογιστεί ο παραμετρικός έλεγχος independent sample t-test καθώς η μεταβλητή είναι διχοτομική με περισσότερες από 30 παρατηρήσεις σε κάθε κατηγορία, και συνεπώς μπορεί να εφαρμοστεί το Κ.Ο.Θ. (κεντρικό οριακό θεώρημα), σύμφωνα με το οποίο η μέση τιμή ακολουθεί την κανονική κατανομή για δείγματα άνω των 30¹. Η αρχική υπόθεση είναι ότι οι μέσες τιμές είναι ίσες και η εναλλακτική ότι διαφέρουν.
- Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες Ηλικία, Εισόδημα, Οικογενειακή Κατάσταση, Μορφωτικό Επίπεδο και Απασχόληση εφαρμόζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis γιατί οι μεταβλητές αυτές περιέχουν περισσότερες από 2 κατηγορίες όπου δεν υπάρχουν τουλάχιστον 30 παρατηρήσεις σε κάθε κατηγορία². Η αρχική υπόθεση είναι ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι ανεξάρτητες και η εναλλακτική ότι είναι εξαρτημένες.

¹ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν συμπεριλαμβάνεται σε αυτόν τον έλεγχο η παρατήρηση που αφορά στο άτομο που δήλωσε «Άλλο» καθώς με μία μόνο παρατήρηση δεν μπορεί να υπολογιστεί κάποια διαφορά μεταξύ των μέσων.

² Αν και αρχικά είχε προτιμηθεί ο έλεγχος ANOVA, διαπιστώθηκε ότι ορισμένες υποκατηγορίες των μεταβλητών περιείχαν πολύ μικρό αριθμό παρατηρήσεων και τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να επηρεαστούν σε σημαντικό βαθμό και να μην οδηγήσουν την ανάλυση σε στατιστικά σημαντικά

Το επίπεδο σημαντικότητας σε όλα τα τεστ ορίστηκε στο 5%. Συνεπώς η αρχική υπόθεση γίνεται δεκτή όταν $p\text{-value}(\text{Sig.}) \geq 0,05$ και απορρίπτεται όταν $p\text{-value}(\text{Sig.}) < 0,05$.

Ο πίνακας 6 παρουσιάζει τον έλεγχο t-test για την περίπτωση του φύλου. Σε αυτή την περίπτωση εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με το φύλο μόνο ως προς την ψυχική συνιστώσα (MCS).

Πίνακας 5: Έλεγχοι independent sample t-test ως προς το φύλο

	t	Sig.
PCS	-1,154	0,251
MCS	-3,740	0,000

Το επόμενο στάδιο της ανάλυσης εξετάζει την διαφοροποίηση που μπορεί με βάση τον έλεγχο Kruskal-Wallis. Οι πίνακες 7-11 παρουσιάζουν τα σχετικά αποτελέσματα, από τα οποία προκύπτουν τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με την ηλικία ως προς την συνιστώσα PCS.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και ως προς τους δύο παράγοντες της SF-12 κλίμακας ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την απασχόληση των ερωτώμενων.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με το εισόδημα ως προς την συνιστώσα PCS.

Πίνακας 6: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την ηλικία

	t	Sig.
PCS	21,77	0,000
MCS	8,17	0,086

αποτελέσματα. Γι' αυτό τον λόγο προτιμήθηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis ο οποίος μπορεί να εξάγει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και σε μικρά δείγματα.

Πίνακας 7: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση

	t	Sig.
PCS	9,55	0,023
MCS	7,86	0,049

Πίνακας 8: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς το μορφωτικό επίπεδο

	t	Sig.
PCS	14,70	0,012
MCS	15,89	0,007

Πίνακας 9: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την απασχόληση

	t	Sig.
PCS	32,66	0,000
MCS	37,17	0,000

Πίνακας 10: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς το εισόδημα

	t	Sig.
PCS	14,17	0,007
MCS	1,69	0,792

6.3. Αξιολόγηση Επιπέδου Άγχους και Κατάθλιψης

Προκειμένου να διερευνηθεί το επίπεδο του άγχους και της κατάθλιψης των συμμετεχόντων στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο DASS-21 από το οποίο προκύπτουν τρεις επιμέρους μεταβλητές και ειδικότερα:

- Στρες (Stress): προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων 1, 6, 8, 11, 12, 14 και 18.

- Άγχος (Anxiety): προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων 2, 4, 7, 9, 15, 19 και 20.
- Κατάθλιψη (Depression): προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων 3, 5, 10, 13, 16, 17 και 21.

Θα πρέπει πάραυτα να σημειωθεί ότι το άθροισμα για κάθε υποκλίμακα θα πρέπει να πολλαπλασιαστεί στη συνέχεια με το 2 αφού έχει χρησιμοποιηθεί η συνοπτική μορφή του ερωτηματολογίου DASS-21.

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση του ερωτηματολογίου θα πρέπει να εξεταστεί η αξιοπιστία του με βάση τις τιμές του alpha του Cronbach. Ειδικότερα, ο συνολικός βαθμός αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου είναι ίσος με 0,94, ενώ για την κλίμακα του Στρες ο βαθμός αξιοπιστίας ισούται με 0,90, για την κλίμακα του Άγχους με 0,84 και για την κλίμακα της Κατάθλιψης με 0,88. Και οι τέσσερις τιμές είναι πολύ υψηλές και μεγαλύτερες του 0,70 που σημαίνει ότι η ανάλυση του ερωτηματολογίου χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία.

Ο πίνακας 12 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου. Ο Πίνακας 12 και τα γραφήματα 21-41 παρουσιάζουν τα βασικά περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου DASS-21. Ειδικότερα στον πίνακα 12 παρουσιάζονται ο μέσος, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος αλλά και η συχνότητα των απαντήσεων που έχουν δοθεί από τους ερωτώμενους, κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται και από τα αντίστοιχα γραφήματα.

Πίνακας 11: Περιγραφικά Στατιστικά Ερωτήσεων Ερωτηματολογίου DASS-21

Παράγοντες	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Συχνότητα απαντήσεων			
				0	1	2	3
Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου.	0,78	1,00	0,762	40,8	41,4	16,6	1,3
Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό.	0,34	0,00	0,607	72,0	22,3	5,1	0,6
Δεν μπορούσα να βιώσω ένα θετικό συναίσθημα.	0,65	1,00	0,741	49,7	36,9	12,1	1,3
Δυσκολευόμουν να ανασάνω.	0,45	0,00	0,692	66,2	23,6	9,6	0,6

Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα.	0,81	1,00	0,863	43,9	35,7	15,9	4,5
Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα.	1,23	1,00	0,854	21,0	41,4	31,2	6,4
Αισθάνθηκα τρεμούλα.	0,39	0,00	0,695	71,3	20,4	6,4	1,9
Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα.	1,16	1,00	0,836	19,1	54,8	17,2	8,9
Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους.	0,72	1,00	0,838	49,7	31,8	15,3	3,2
Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον.	0,75	1,00	0,831	47,1	34,4	15,3	3,2
Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος.	1,22	1,00	0,821	17,2	51,0	24,2	7,6
Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω.	1,20	1,00	0,851	23,6	37,6	34,4	4,5
Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος.	0,99	1,00	0,820	29,3	46,5	19,7	4,5
Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω αυτό που έκανα.	0,67	1,00	0,683	43,3	48,4	6,4	1,9
Ένιωθα πολύ κοντά στον πανικό.	0,46	0,00	0,772	67,5	21,7	7,6	3,2
Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό.	0,65	0,00	0,808	51,6	36,3	7,6	4,5
Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο.	0,58	0,00	0,878	63,1	21,0	10,8	5,1
Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος.	1,17	1,00	0,90	23,6	45,2	21,7	9,6
Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση.	0,76	1,00	0,804	41,4	47,1	5,7	5,7

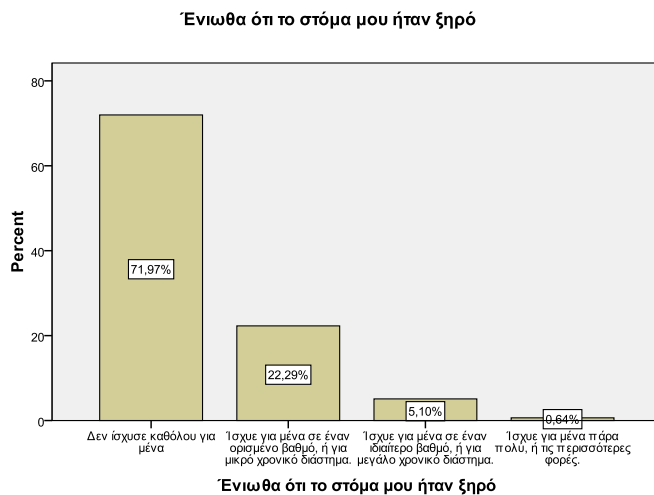
Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος.	0,57	0,00	0,745	54,8	37,6	3,8	3,8
Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα.	0,25	0,00	0,598	80,9	14,6	2,5	1,9

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι υψηλότερες τιμές του μέσου δείχνουν και υψηλότερο επίπεδο στρες/άγχους/κατάθλιψης. Όπως φαίνεται οι παράγοντες που επιδρούν σε σημαντικότερο βαθμό σε αυτές τις μεταβλητές είναι η δυσκολία στην χαλάρωση, η τάση οι ερωτώμενοι να αντιδρούν υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν, το αίσθημα ενόχλησης, η ευερεσθησία, η νευρικότητα και η απογοήτευση, κάτι το οποίο επιβεβαιώνεται και από τους σχετικά υψηλότερους μέσους όρους σε σχέση με τα υπόλοιπα ερωτήματα.

Γράφημα 13: Συχνότητες ερώτησης: Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου



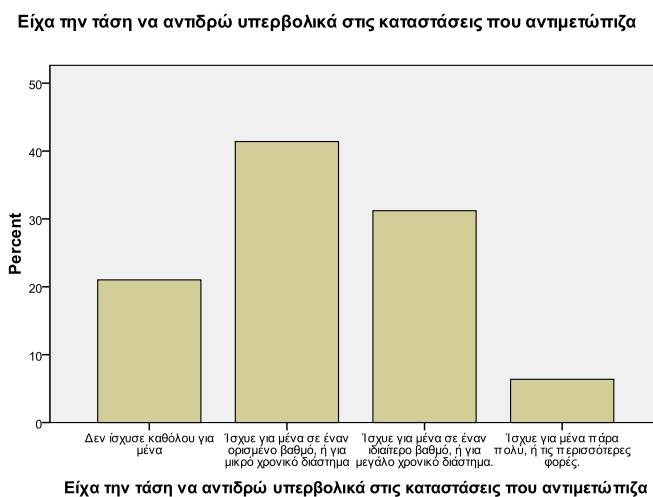
Γράφημα 14: Συχνότητες ερώτησης: Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό



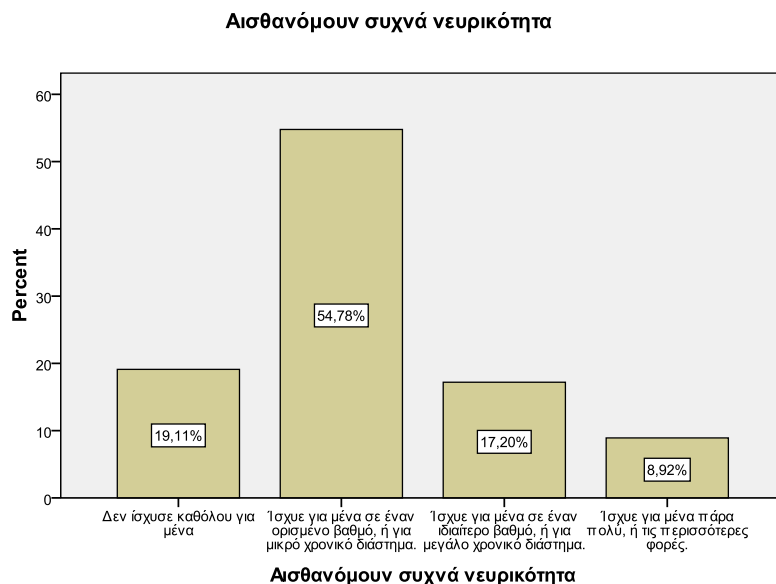
Γράφημα 15: Συχνότητες ερώτησης: Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα



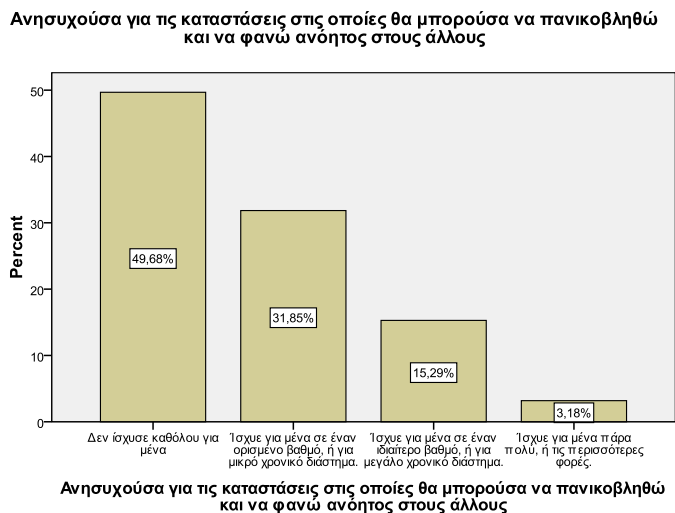
Γράφημα 16: Συχνότητες ερώτησης: Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα



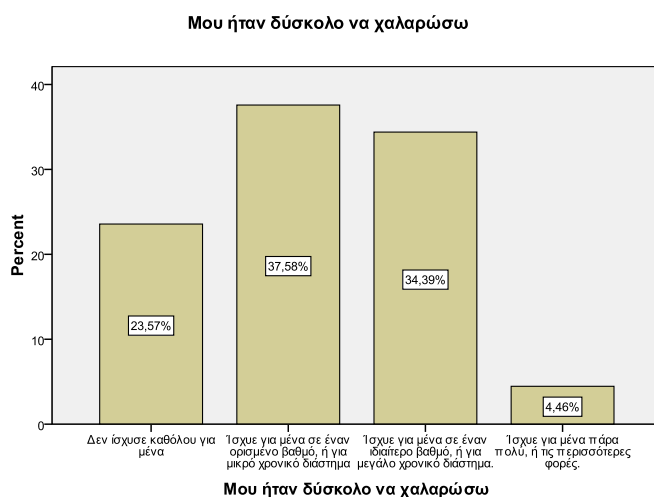
Γράφημα 17: Συχνότητες ερώτησης: Αισθανόμουν συχνά νευρική



Γράφημα 18: Συχνότητες ερώτησης: Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους



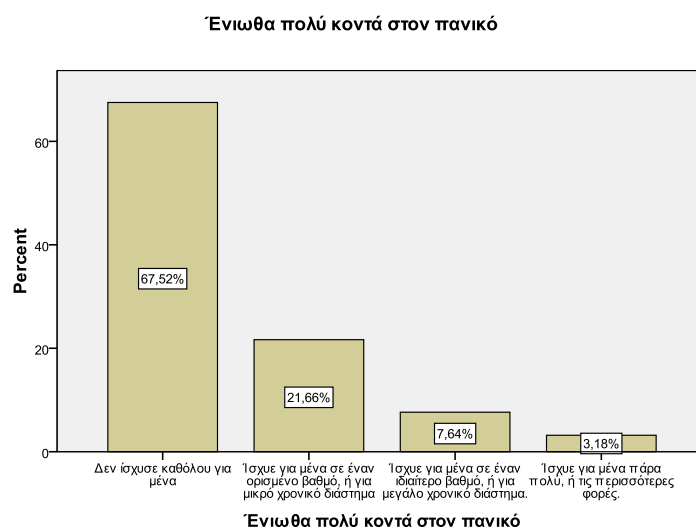
Γράφημα 19: Συχνότητες ερώτησης: Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω



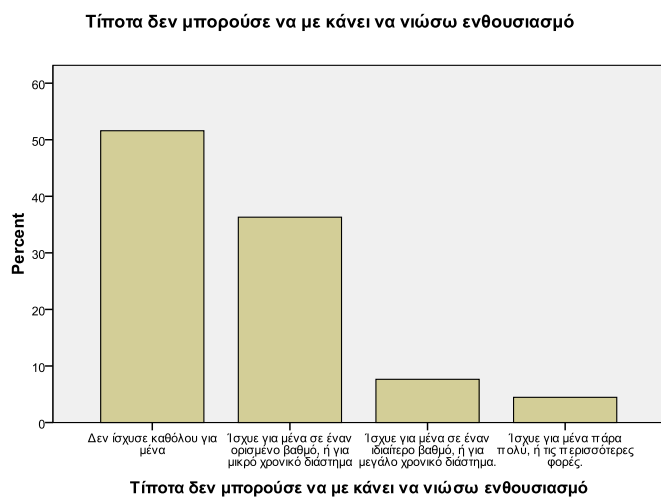
Γράφημα 20: Συχνότητες ερώτησης: Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος



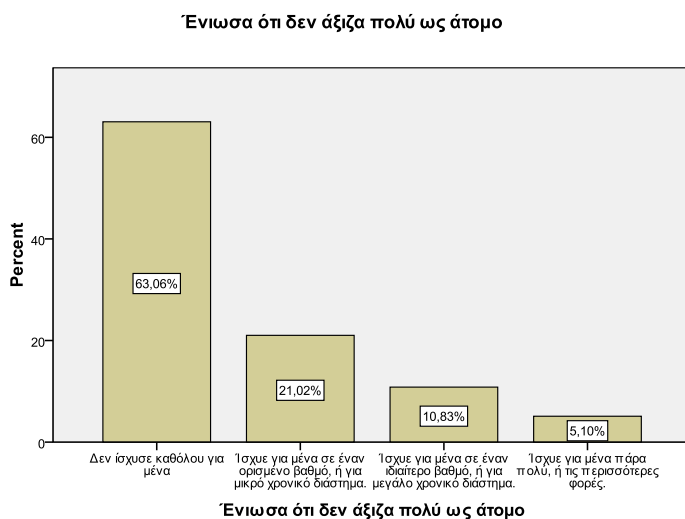
Γράφημα 21: Συχνότητες ερώτησης: Ένωθα πολύ κοντά στον πανικό



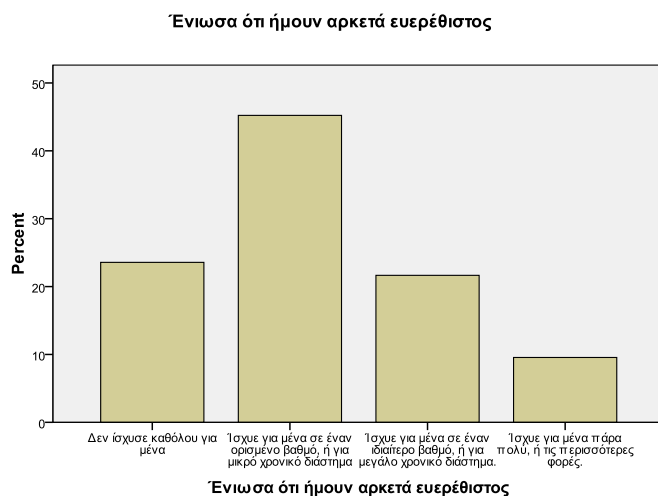
Γράφημα 22: Συχνότητες ερώτησης: Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό



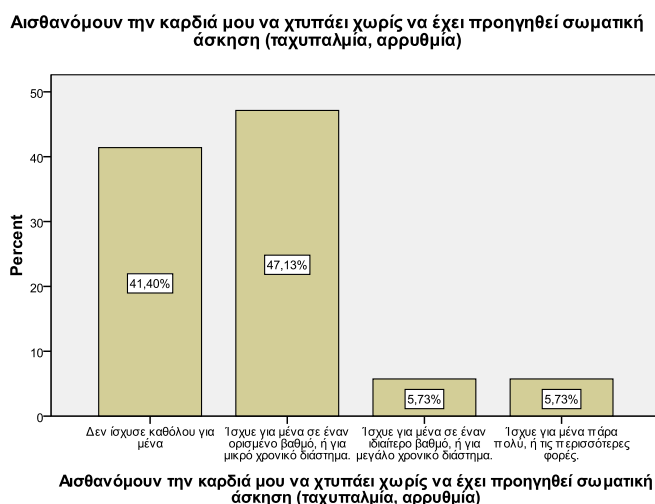
Γράφημα 23: Συχνότητες ερώτησης: Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο

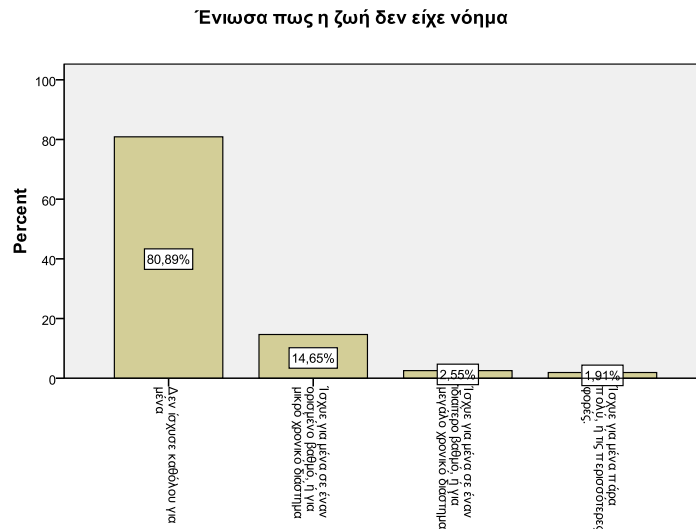


Γράφημα 24: Συχνότητες ερώτησης: Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος



Γράφημα 25: Συχνότητες ερώτησης: Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση



Γράφημα 26: Συχνότητες ερώτησης: Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα

Η ανάλυση συνεχίζει με τα περιγραφικά στατιστικά των τριών υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 13. Ως προς την κλίμακα του Stress παρατηρείται ότι οι ερωτώμενοι εμφανίζουν ήπια επίπεδα στρες με μέση τιμή ίση με 14,87 και τυπική απόκλιση 9,08 μονάδες. Εξετάζοντας την κλίμακα του Anxiety φαίνεται ότι η μέση τιμή του άγχους ισούται με 7,38 με τυπική απόκλιση 7,36 μονάδες. Η τιμή αυτή δείχνει ξανά ένα ήπιο επίπεδο άγχους για τους ερωτώμενους. Τέλος, ελέγχοντας την κλίμακα Depression, παρατηρείται ότι οι ερωτώμενοι χαρακτηρίζονται από κανονικά επίπεδα κατάθλιψης με μέση τιμή 9,36 και τυπική απόκλιση 8,46 μονάδες. Επομένως, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι δεν φαίνεται να υπάρχει πολύ μεγάλο επίπεδο άγχους και κατάθλιψης στο δείγμα.

Πίνακας 12: Περιγραφικά Στατιστικά Υποκλιμακών Stress, Anxiety και Depression

	Stress	Anxiety	Depression
Μέση τιμή	14,87	7,38	9,36
Τυπική απόκλιση	9,08	7,36	8,46
Διάμεσος	14,00	6,00	6,00
Ελάχιστη τιμή	0,00	0,00	0,00
Μέγιστη τιμή	40,00	38,00	42,00

Στη συνέχεια εξετάζεται εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και των τιμών των επιμέρους κλιμάκων του ερωτηματολογίου DASS-21. Ο πίνακας 15 παρουσιάζει τον έλεγχο t-test για την περίπτωση του φύλου. Σε αυτή την περίπτωση εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με το φύλο μόνο ως προς την ψυχική συνιστώσα (MCS).

Πίνακας 13: Έλεγχοι independent sample t-test ως προς το φύλο

	t	Sig.
Στρες	0,66	0,512
Άγχος	5,51	0,000
Κατάθλιψη	2,80	0,006

Το επόμενο στάδιο της ανάλυσης εξετάζει την διαφοροποίηση που μπορεί με βάση τον έλεγχο Kruskal-Wallis. Οι πίνακες 16-20 παρουσιάζουν τα σχετικά αποτελέσματα, από τα οποία προκύπτουν τα ακόλουθα:

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με την ηλικία ως προς τις παραμέτρους του άγχους και της κατάθλιψης.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και ως προς τις τρεις παραμέτρους της κλίμακας DASS-21 ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με την απασχόληση ως προς την παράμετρο του στρες.

- Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με καμία παράμετρο ανάλογα με το εισόδημα.

Πίνακας 14: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την ηλικία

	t	Sig.
Στρες	7,25	0,123
Άγχος	13,44	0,009
Κατάθλιψη	13,95	0,007

Πίνακας 15: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση

	t	Sig.
Στρες	15,37	0,002
Άγχος	26,54	0,000
Κατάθλιψη	21,82	0,000

Πίνακας 16: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς το μορφωτικό επίπεδο

	t	Sig.
Στρες	19,57	0,002
Άγχος	26,57	0,000
Κατάθλιψη	21,71	0,001

Πίνακας 17: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς την απασχόληση

	t	Sig.
Στρες	23,48	0,000
Άγχος	10,92	0,053
Κατάθλιψη	6,89	0,229

Πίνακας 18: Έλεγχοι Kruskal-Wallis ως προς το εισόδημα

	t	Sig.
Στρες	5,30	0,258
Άγχος	7,54	0,110
Κατάθλιψη	2,66	0,617

6.4. Ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των επιπέδων εμφάνισης καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας με το επίπεδο ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική νόσο

Το τελευταίο στάδιο της ανάλυσης εξετάζει την συσχέτιση που εντοπίζεται μεταξύ των δύο υποκλιμακών του ερωτηματολογίου SF-12 και των τριών κατηγοριών του ερωτηματολογίου DASS-21. Σε πρώτο επίπεδο εξετάζεται ο συντελεστής συσχέτισης Pearson. Ο πίνακας 19 παρουσιάζει τον συντελεστή συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμακών του ερωτηματολογίου SF-12 και τις μεταβλητές που προέκυψαν από την ανάλυση του ερωτηματολογίου DASS-21. Η ανάλυση έδειξε τα ακόλουθα:

- Ως προς τον σωματικό παράγοντα (PCS) βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση και με τις τρεις κατηγορίες του ερωτηματολογίου DASS-21, η οποία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 1% για τις μεταβλητές στρες και κατάθλιψη και σε επίπεδο 5% για την μεταβλητή άγχος. Η συσχέτιση ωστόσο είναι ασθενής από την στιγμή που οι συντελεστές συσχέτισης είναι αρκετά μικροί.
- Ως προς τον ψυχικό παράγοντα (MCS) βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση και με τις τρεις κατηγορίες σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

- Τέλος βρέθηκε ότι οι τρεις μεταβλητές της κλίμακας DASS-21 συσχετίζονται με θετικό βαθμό μεταξύ τους κάτι το οποίο δείχνει ότι η αύξηση ή η μείωση ενός εκ των τριών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε αντίστοιχη αύξηση ή μείωση κάποιου άλλου παράγοντα.

Πίνακας 19: Συντελεστής συσχέτισης Pearson

	PCS	MCS	Στρες	Άγχος
MCS	0,056			
Στρες	-0,212**	-0,596**		
Άγχος	-0,200*	-0,457**	0,697**	
Κατάθλιψη	-0,224**	-0,580**	0,759**	0,758**

*Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

**Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Έχοντας εντοπίσει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμακών των PCS και MCS και των μεταβλητών του ερωτηματολογίου DASS-21, εφαρμόζεται η πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για να εντοπιστεί ο βαθμός στον οποίο επηρεάζονται οι μεταβλητές μεταξύ τους. Στην πρώτη παλινδρόμηση, η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η PCS και ανεξάρτητες μεταβλητές είναι οι τρεις κατηγορίες του ερωτηματολογίου DASS-21. Τα αποτελέσματα αυτής της παλινδρόμησης παρουσιάζονται στον πίνακα 22. Ειδικότερα παρατηρούνται τα ακόλουθα:

- Η παλινδρόμηση ισούται με:

$$PCS = 51,41 - 0,080 * Stress - 0,053 * Anxiety - 0,123 * Depression$$

- Μόνο ο σταθερός όρος φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, ενώ για τους υπόλοιπους συντελεστές δεν μπορεί να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση ότι πιθανόν να είναι ίσοι με το μηδέν.
- Όπως ήταν αναμενόμενο οι συντελεστές για τις μεταβλητές στρες, άγχος και κατάθλιψη έχουν αρνητικό πρόσημο κάτι το οποίο σημαίνει ότι η ενδεχόμενη αύξησή τους προκαλεί μείωση της ποιότητας ζωής ως προς την σωματική συνιστώσα.

- Ο συντελεστής προσδιορισμού (R^2) ισούται με 23,5% που σημαίνει ότι οι ερμηνευτικές μεταβλητές εξηγούν μόλις το 23,5% της συνολικής διακύμανσης, κάτι το οποίο μπορεί να επιβεβαιωθεί και από την μη στατιστική σημαντικότητα των επιμέρους μεταβλητών.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την PCS

	Τιμή συντελεστή (Sig.)
Σταθερά (constant)	51,41(0,000)
Συντελεστής στρες	-0,080(0,494)
Συντελεστής άγχους	-0,053(0,714)
Συντελεστής κατάθλιψης	-0,123(0,374)
R^2	0,235

Στην δεύτερη παλινδρόμηση, η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η MCS και ανεξάρτητες μεταβλητές είναι οι τρεις κατηγορίες του ερωτηματολογίου DASS-21. Τα αποτελέσματα αυτής της παλινδρόμησης παρουσιάζονται στον πίνακα 23. Ειδικότερα παρατηρούνται τα ακόλουθα:

- Η παλινδρόμηση ισούται με:

$$PCS = 45,45 - 0,458 * Stress - 0,102 * Anxiety - 0,429 * Depression$$
- Μόνο ο συντελεστής που σχετίζεται με το άγχος φαίνεται να μην είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, ενώ για τους υπόλοιπους συντελεστές μπορεί να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση ότι είναι ίσοι με το μηδέν και άρα πράγματι αυτές οι μεταβλητές επηρεάζουν το ψυχικό επίπεδο της ποιότητας ζωής (MCS).
- Όπως ήταν αναμενόμενο οι συντελεστές για τις μεταβλητές στρες, άγχος και κατάθλιψη έχουν αρνητικό πρόσημο κάτι το οποίο σημαίνει ότι η ενδεχόμενη αύξησή τους προκαλεί μείωση της ποιότητας ζωής ως προς την ψυχική συνιστώσα.
- Ο συντελεστής προσδιορισμού (R^2) ισούται με 62,9% που σημαίνει ότι οι ερμηνευτικές μεταβλητές εξηγούν το 62,9% της συνολικής διακύμανσης και άρα το υπόδειγμα έχει σημαντική ερμηνευτικότητα.

Πίνακας 21: Αποτελέσματα Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την MCS

	Τιμή συντελεστή (Sig.)
Σταθερά (constant)	45,45(0,000)
Συντελεστής στρες	-0,458(0,000)
Συντελεστής άγχους	-0,102(0,489)
Συντελεστής κατάθλιψης	-0,429(0,003)
R ²	0,629

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή καθώς και η συσχέτισή τους με την εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας.

Στην μελέτη συμμετείχαν 157 φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή που επισκέφθηκαν τον τομέα ψυχικής υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Ως προς το φύλλο των συμμετεχόντων το 68,8% ήταν γυναίκες και το 30,6% άνδρες, ενώ ένα μικρό ποσοστό 0,6% δήλωσε ουδετερότητα ως προς το φύλο. Σε συμφωνία έρχονται τα ποσοστά αυτά με την έρευνα που πραγματοποίησε ο Donelan και οι συνεργάτες του (2001) οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι γυναίκες έχουν δύο φορές πιθανότητα να αναλάβουν αυτή την άτυπη υποχρέωση για τα συγγενικά τους πρόσωπα σε σχέση με τους άνδρες. Το ίδιο κατέγραψαν και άλλες μελέτες αποδίδοντας την ευθύνη της φροντίδας προτίστως στις γυναίκες, θυγατέρες και συζύγους, είτε γιατί είναι βαθιά πεποίθηση τους ότι ο ρόλος αυτός τους αναλογεί είτε γιατί εξαναγκάζονται από τον κοινωνικό περίγυρο (Χριστοφορίδου, 2020; Ζαχαροπούλου και συν, 2015).

Σε έρευνα που πραγματοποίησε η EUROFAM CARE (2006), επίσης διαπιστώθηκε πως κατά κύρια βάση το ρόλο του φροντιστή σε άτομα με χρόνια νοσήματα τον έχουν

οι γυναίκες με ποσοστό που αγγίζει το 76%. Το 22% των ληπτών της φροντίδας αυτής είναι σύζυγοι και το 60% παιδιά/νήπια που ζούνε κατά κανόνα στο ίδιο σπίτι.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 46 – 55 ετών (33,8%) και οι λιγότεροι στην ηλικιακή κατηγορία κάτω των 25 ετών (3,2%) αποτυπώνοντας έτσι την ανάγκη να αναλάβει κάποιο άτομο της οικογένειας την αρμοδιότητα του φροντιστή ατόμου με ψυχική διαταραχή από πολύ μικρή ηλικία που συνήθως είναι μία κατάσταση που διαρκεί για πολλές δεκαετίες. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε φροντιστές που έχουν μεγαλύτερη ηλικία (Χριστοφορίδου, 2020), αλλά και αντίθετες συσχετίσεις που παρουσιάζουν τους νεαρότερους σε ηλικία φροντιστές ως τους πιο ευάλωτους (Clipp and George, 1993).

Το 98,7% του δείγματος είχε ελληνική υπηκοότητα, ενώ το 1,3% υπηκοότητα από χώρες της ΕΕ. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία (59,9%) δήλωσαν έγγαμοι ή ότι έχουν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης, το 25,5% δήλωσε άγαμο, με 9,6% ακολούθησαν οι διαζευγμένοι και τέλος το 5,1% δήλωσε ότι είναι χήρος/α. Σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι (37,6%) είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, και ακολουθούν οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με ποσοστό 25,5%. Ως προς την εργασία τους το 40,1% απασχολείται στον ιδιωτικό τομέα, το 24,8% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 12,7% δήλωσε οικιακά, το 11,5% ότι είναι συνταξιούχοι, το 6,4% δήλωσε ότι είναι αυτοαπασχολούμενοι και το 4,5% ότι είναι άνεργοι. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (32,5%) είχαν ετήσιο εισόδημα που κυμαίνεται από 13.001 – 23.000 €. Τέλος, το 73,9% δήλωσε ότι παρέχει φροντίδα για ένα διάστημα έως και 10 έτη, το 12,1% για ένα διάστημα 11-20 ετών, το 10,8% για διάστημα 21-30 ετών και το 3,2% για διάστημα μεγαλύτερο των 30 ετών.

Η ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές αναλύθηκε σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο SF-12 στις δύο βασικές κατηγορίες της φυσικής/σωματικής υγείας και της ψυχικής υγείας με τις υποκατηγορίες τους. Οι παράγοντες που επιδρούν σημαντικά σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων είναι η ενεργητικότητα, η ηρεμία και η κακοκεφιά/μελαγχολία των ατόμων, ενώ ένα πολύ σημαντικό μέρος των ερωτώμενων δηλώνει ότι δεν επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής του από το σύνολο των

παραγόντων, κάτι το οποίο ανταποκρίνεται και στην υψηλή πεποίθηση των ερωτώμενων σχετικά με την γενική κατάσταση της υγείας.

Από την παρούσα μελέτη προέκυψε ότι η ψυχική υγεία αποτυπώνεται σε χειρότερη κατάσταση σε σχέση με την σωματική υγεία. Στην ίδια κατεύθυνση ήταν και τα αποτελέσματα του Δημητρόπουλου (2022) που αποτύπωσαν ότι το φορτίο από το άγχος παρουσίαζε την υψηλότερη συσχέτιση με την ποιότητα ζωής για τους φροντιστές. Οι φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας ακόμη και σε σύγκριση με φροντιστές ατόμων χρόνιων νοσημάτων αλλά και μη φροντιστές (Μαγαλιούλης, 2020; Smith et al, 2018, Onwumere et al, 2016).

Σε αναζήτηση εάν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων επηρεάζουν τους δύο τομείς της σωματικής και ψυχικής υγείας των φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές βρέθηκε ότι το φύλο επηρεάζει και τους δύο τομείς σωματικής και ψυχικής υγείας με τους άνδρες συγκεκριμένα να δηλώνουν ότι έχουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής. Η σωματική, ψυχική και γενική κατάσταση της ποιότητας της υγείας των γυναικών άτυπων φροντιστών έχει καταγραφεί από τη μελέτη των Diaz et al. (2019) και έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας. Η άτυπη φροντίδα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των φροντιστών, ρόλο που διαδραματίζουν κυρίως οι γυναίκες. Το 27,2% των γυναικών που παρέχουν άτυπη φροντίδα αναφέρουν προβλήματα υγείας. Έχει καταγραφεί η σχέση μεταξύ της υψηλότερης αντιληπτής επιβάρυνσης και της χειρότερης γενικής υγείας στις γυναίκες, ειδικά όταν υπάρχει φτωχή κοινωνική υποστήριξη (Diaz et al., 2019).

Ως προς την ηλικία εντοπίζεται ότι σε όλα τα ηλικιακά επίπεδα οι συμμετέχοντες απολαμβάνουν μεγαλύτερη σωματική υγεία σε σχέση με την ψυχική, ενώ όσοι έχουν Ελληνική υπηκοότητα έχουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν την Ελληνική υπηκοότητα. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση διαπιστώνεται ότι πάντοτε το επίπεδο της σωματικής υγείας είναι υψηλότερο δείχνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές, διαπιστώνεται ότι υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής ως προς τη σωματική συνιστώσα έχουν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, ενώ ως προς την ψυχική συνιστώσα οι απόφοιτοι

Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Οι Ζαχαροπούλου και συνεργάτες (2015), υποστήριξαν ότι οι φροντιστές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονται με υψηλότερη επιβάρυνση, αποδίδοντάς το στις περισσότερες απαιτήσεις και προσδοκίες που ενδεχομένως έχουν από τον εαυτό τους και τους άλλους. Μία διαφορετική άποψη από τον Casarez (2019) και τους συνεργάτες του υποστηρίζει ότι όσο πιο υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχει ο φροντιστής, τόσο καλύτερες οι ικανότητές του για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της φροντίδας. Το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης συνεπάγεται υψηλότερη κοινωνικότητα, καλύτερες συνθήκες εργασίας, καλύτερα αμοιβόμενες, αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος που μεταφράζονται με τη σειρά τους σε αίσθημα ασφάλειας.

Ως προς την απασχόληση, το υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής στην σωματική συνιστώσα την δήλωσαν όσοι ασχολούνται με τα οικιακά και έχουν εισόδημα έως 11.000€, ενώ οι συνταξιούχοι φροντιστές απολαμβάνουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής ως προς την ψυχική συνιστώσα. Σε αντίθετη κατεύθυνση αποτυπώθηκαν τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε άτυπους φροντιστές ατόμων τρίτης ηλικίας καταδεικνύοντας αύξηση της αντιληπτής ποιότητας ζωής όσο αυξάνεται το εισόδημα των φροντιστών (Δημητρόπουλος, 2022).

Όσον αφορά την αξιολόγηση του επιπέδου στρες, άγχους και κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου DASS-21. Διαπιστώθηκε ότι για τους φροντιστές ατόμων με ψυχικές διαταραχές οι παράγοντες που επιδρούν σε σημαντικότερο βαθμό στην συμπτωματολογία του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης είναι η δυσκολία στην χαλάρωση, η τάση να αντιδρούν υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν, το αίσθημα ενόχλησης, η ευερεσθησία, η νευρικότητα και η απογοήτευση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι φροντιστές ατόμων με ψυχικές διαταραχές που και συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα εμφανίζουν ήπια επίπεδα στρες και άγχους με μέσες τιμές 14,87 και 7,38 αντίστοιχα. Όσον αφορά την κλίμακα Depression οι ερωτώμενοι χαρακτηρίζονται από κανονικά επίπεδα κατάθλιψης. Σε αντίθετη κατεύθυνση κινήθηκαν τα αποτελέσματα της Κατηρτζόγλου (2021), που το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών ατόμων με χρόνια νοσήματα παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία, αποδιδόμενη στην υψηλή ψυχολογική καταπόνηση.

Σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά το γυναικείο φύλο παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας στρες, άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με το ανδρικό φύλο, όπως επίσης και οι νεότεροι σε ηλικία φροντιστές σε σχέση με τους μεγαλύτερους ηλικιακά. Υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης βιώνουν επίσης όσοι έχουν χάσει τον σύντροφο τους, είναι δηλαδή χήροι/ες και απασχολούνται με τα οικιακά σε αντίθεση με τους παντρεμένους και όσους εργάζονται που βιώνουν μικρότερη συμπτωματολογία.

Τέλος εξετάστηκε η συσχέτιση που εντοπίζεται μεταξύ των δύο υποκλιμακών του ερωτηματολογίου SF-12(σωματική υγεία, ψυχική υγεία) και των τριών κατηγοριών του ερωτηματολογίου DASS-21 (στρες, άγχος, κατάθλιψη). Ως προς τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση και με τις τρεις κατηγορίες του ερωτηματολογίου DASS-21. Αυτή η συσχέτιση επιβεβαιώνεται και από την Κατρητζόγλου (2021), η οποία αποτύπωσε ότι οι φροντιστές που παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής συνιστώσας της ποιότητας ζωής. Ιδιαίτερα στην περίοδο των πρώτων χρόνων της διάγνωσης της διαταραχής και στις πρώιμες ψυχώσεις, οι φροντιστές των ατόμων με ψυχική διαταραχή δηλώνουν χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας καταγράφοντας συμπτωματολογία άγχους, στρες και κατάθλιψης σε ποσοστά 30-40% (Onwumere et al, 2018). Το ποσοστό εμφάνισης της συμπτωματολογίας αυτής καταγράφεται ακόμη μεγαλύτερο για φροντιστές ατόμων με σχιζοφρένεια αγγίζοντας για τα επίπεδα στρες ένα ποσοστό 72-83% (Sharma, Sharma and Pradhan, 2018).

Επίσης σημαντικό εύρημα αποτελεί και ότι οι τρεις κατηγορίες του ερωτηματολογίου DASS-21 συσχετίζονται με θετικό βαθμό μεταξύ τους κάτι το οποίο δείχνει ότι η αύξηση ή η μείωση ενός εκ των τριών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε αντίστοιχη αύξηση ή μείωση κάποιου άλλου παράγοντα. Οι συντελεστές για τις μεταβλητές στρες, άγχος και κατάθλιψη βρέθηκαν να έχουν αρνητικό πρόσημο κάτι το οποίο σημαίνει ότι η ενδεχόμενη αύξησή τους προκαλεί μείωση της ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αποτέλεσμα που έρχεται σε συμφωνία με τα πρόσφατα αποτελέσματα του Δημητρόπουλου (2022).

Η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών με αποτέλεσμα την εκδήλωση της αγχώδους συμπτωματολογίας έχει μελετηθεί σημαντικά από ένα πλήθος ερευνητών επιβεβαιώνοντας αντίστοιχα τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Η παροχή φροντίδας σε έναν ενήλικα συγγενή με ψυχική διαταραχή είναι σημαντική για τους φροντιστές, αλλά οι ίδιοι φροντιστές χρειάζονται στήριξη για να παρέχουν επαρκή φροντίδα. Η παροχή υπηρεσιών υποστήριξης στους άτυπους φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή μπορεί να βοηθήσει τόσο τους ίδιους τους φροντιστές ώστε να βελτιώσουν τη δική τους σωματική και ψυχική υγεία, όσο και τους ίδιους τους ασθενείς μέσα από την καλύτερη διαχείρισή τους.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη επιχείρησε τη σύνδεση με άλλες έρευνες παρόμοιου αντικειμένου. Στο πλαίσιο αυτό, η ενδεχόμενη έλλειψη παρόμοιων ερευνών για φροντιστές ατόμων με ψυχική διαταραχή δεν επέτρεψε την αντιπαραβολή των αποτελεσμάτων με άλλα αντίστοιχα ευρήματα, για τον εντοπισμό τυχόν ομοιοτήτων ή διαφορών στις στάσεις του δείγματος στο θέμα που πραγματεύεται η μελέτη. Αδυναμία αποτέλεσε επίσης ότι παρόμοιες έρευνες για φροντιστές χρόνιων πασχόντων έχουν χρησιμοποιήσει ένα πλήθος διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί πως το μέγεθος του δείγματος είναι σχετικά μικρό και μόνο από ένα νοσοκομείο της χώρας (Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου), γεγονός που δεν θα επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να αποτελέσουν έναν έμμεσο δείκτη της ποιότητας ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή και να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο σε πολιτικές ανάπτυξης στήριξης.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι φροντιστές των ατόμων με ψυχική διαταραχή επιβαρύνονται σημαντικά και δημιουργούνται προβλήματα σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η υψηλή επιβάρυνση και η συσχέτισή της με την χαμηλή ποιότητα ζωής έχει καταγραφεί από ένα πλήθος ερευνών κάτι που επιβεβαιώθηκε και από την παρούσα μελέτη. Μία επιβάρυνση η

οποία αναμένεται να αυξηθεί εάν λάβουμε υπόψη παράγοντες που επιδρούν σημαντικά στις οικογένειες τα τελευταία έτη όπως οι συνθήκες που δημιουργήθηκαν από την πανδημία covid και η οικονομική κρίση που εξακολουθεί να βιώνει η χώρα μας.

Η παροχή κοινωνικής και οικονομικής υποστήριξης καθώς και η δημιουργία προγραμμάτων στρατηγικής αντιμετώπισης, κρίνονται απαραίτητα για να βοηθήσουν στην καλύτερη διαχείριση των ασθενών, βελτιώνοντας τη συνολική κατάσταση της υγείας τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Γαληνός (2022). Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Σχετικών Προβλημάτων Υγείας ICD-10. Ανακτήθη 08.01.2023 στο

<https://www.galinos.gr/web/drugs/main/lists/icdcodes>

Δημητρόπουλος, Κ. (2022). Ποιότητα Ζωής και Τύποι Επιβάρυνσης Άτυπων Φροντιστών Υγείας σε Άτομα Τρίτης Ηλικίας στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή Εργασία, Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πάτρα.

Ζαχαροπούλου, Γ., Ζαχαροπούλου, Β., Κωνσταντινοπούλου, Α., Τσαλουκίδης, Ν., Λαζακίδου, Α. (2015). Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(5): 614 – 621.

Κατηρτζόγλου, Ε. (2021). Το ψυχικό κόστος των άτυπων φροντιστών χρόνιων ασθενών. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Κοινό Δι-ιδρυματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων, Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.

Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., Johnson, S.L. (2010). Ψυχοπαθολογία. Επιμέλεια Αυδή, Ε. και Ρούσση, Π. Εκδόσεις Gutenberg.

Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ., Ριζούλης, Α. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 7(1): 57 – 71.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008). Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.

Μαγαλιούδης, Χ. (2020). Επιβάρυνση των άτυπων οικογενειακών φροντιστών ψυχικά ασθενών και σύγκριση με τους φροντιστές χρόνιων σωματικά ασθενών. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Κοινό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Μάστορα, Ε., Μυτιληναίου, Μ., Παπατουκάκη, Μ., Χαρκιολάκη, Α. (2021). Χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνικό στίγμα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Πτυχιακή εργασία. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές, εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 239 - 253.

Παπαδημητρίου, Α. (2019). Αυτοεικόνα: Πως επηρεάζει την ψυχική μας υγεία. Εκδόσεις MAXMAG.

Παπαδομανωλάκη, Σ. (2018). Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία στην Ελλάδα και στην Ευρώπη το 2015. Διπλωματική εργασία. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Εφαρμοσμένη Στατιστική, Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Παπασταύρου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αλεβιζόπουλος, Γ., Παπακώστας, Σ., Τσαγκάρη, Χ., Σουρτζή, Π. (2006). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας της επιβάρυνσης σε Ελληνοκύπριους φοιτητές με άνοια. Νοσηλευτική, 45(4): 439 – 449.

Σακκελαρίου, Ε. (2015). Εθνική έκθεση για τους φροντιστές νεαρής ηλικίας που ανήκουν σε ειδικές εθνικές και εθελοντικές ομάδες, KMOP, The Care2work.

Σούκα, Μ.Κ. (2019). Ταξινόμηση και περιγραφή mhealth εφαρμογών που αφορούν στην ψυχική υγεία. Διπλωματική εργασία. Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Τομέας Συστημάτων Μετάδοσης Πληροφορίας και Τεχνολογίας Υλικών. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.

Σταλίκας, Α., Τριλιβα, Σ., και Ρούσση, Π. (2012). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο. Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ.

Τριανταφύλλου, Τ., Μεσθεναίου, Ε. Προύσκας, Κ. Γκόλτση, Π., Κοντούκα, Σ. (2006). Πανελλαδική έρευνα της EUROFARMCARE: Η Οικογένεια που Φροντίζει Εξαρτημένα Ηλικιωμένα Άτομα. Αθήνα.

Χριστοπούλου, Α. (2020) Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία του ενήλικα, Β' αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ, Αθήνα.

Χριστοφορίδου, Β. (2020). Ψυχολογική Καταπόνηση Φροντιστών στη Χρόνια Ασθένεια: Μια συγχρονική μελέτη. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Κοινό Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Σπουδών Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ξενόγλωσση

Allen, S.M., Lima, I.C., Goldscheider, F.K., Roy, J. (2012). Primary caregiver characteristics and Fransitions in community-based care. Psychology Society Science, 67(3): 362 – 371.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T., Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. Bulletin of the World Health Organisation, 78(4): 446 - 454.

Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W., Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychological Assessment, 10(2): 176 – 181.

Aranda-Reneo, I., Oliva-Moreno, J., Vilaplana-Prieto, C., Hidalgo-Vega, A., Gonzalez-Dominguez, A. (2013). Informal care of patients with schizophrenia. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 16(3): 99 – 108.

Awad, A.G., and Voruganti, L.N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics, 26(2): 149 – 162.

Bindawas, S. M., Vennu, V., Al Snih, S. (2015). Differences in health-related quality of life among subjects with frequent bilateral or unilateral knee pain: data from the Osteoarthritis Initiative study. journal of orthopaedic& sports physical therapy, 45(2): 128 - 136.

- Boyer, L., Caqueo-Urizar, A., Richieri, R., Lancon, C., Gutierrez-Maldonado, J., Auquier, P. (2012). Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: across-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Family Practice*, 13:42.
- Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Howie, L., and McGorry, P. (2017). The positive and negative experiences of caregiving for siblings of young people with first episode psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8: 730.
- Broeze Van Groenou, M.I., and de Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*, 13(3): 271 – 279.
- Casarez, R.L., Barlow, E., Iyengar, S.M., Soares, J.C. & Meyer, T.D. (2019). Understanding the role of m-health to improve well-being in spouses of patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.*, 250: 391 - 396.
- Caqueo-Urizar, A., Gutierrez-Maldonado, J., and Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:84.
- Chesla, C. (2005). Nursing science and chronic illness: Articulating suffering and possibility in family life. *Journal of Advanced Nursing*, 11(4): 371 – 387.
- Clibbens, N., Berzins, K. and Baker, J. (2019). Caregivers experience of service transitions in adult mental health's. N Integrative qualitative synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 27(5): 535 – 548.
- Clipp, E., and George, K. (1993). Dementia and cancer: a comparison of spouse caregivers. *Gerontologist*, 33: 534 – 541.
- Coope, B., Ballard, C., Saad, K., Patel, A., Bentham, P., Bannister, C., Graham, C., and Wilcock, G. (1995). The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3): 237 – 242.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging and Mental Health*. 9(4): 325 - 30.

Diaz, M., Estevez, A., Momene, J., & Ozerinjauregi, N. (2019). Social support in the relationship between perceived informal caregiver burden and general health of female caregivers. *Ansiedad y Estres*, 25(1): 20 – 27.

Donelan, K., Falik, M., DesRoches, C.M. (2001). Caregiving: Challenges and Implications for Women's Health. *Women's Health Issues*, 11(3): 185 – 200.

Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., Clay, T., & Newcomer, R. C. (2005). The effects of duration of caregiving on institutionalization. *The Gerontologist*, 45: 78 – 89.

Gaugler, J.E., Roth, D.L., Haley, W.E., and Mittelman, M.S. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3): 421 - 428.

Goodhead, A., and McDonald, J. (2007). Informal caregivers literature review. A report prepared for the National Health Committee Health Services Research Centre: Victoria University of Wellington.

Golforto, L.A. (1986). Meeting the challenge of disability on chronic illness, a family guide. Brokens Publishers.

Grandon, P., Jenaro, C., Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158(3): 335 – 343.

Henry, J. and Crawford, J. (2005) The Short-Form Version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct Validity and Normative Data in a Large Non-Clinical Sample. *British Journal of Clinical Psychology* 44(2): 227 - 239.

Karambelas, G.J., Filia, K., Byrne, L.K. Allot, K.A., Jayasinghe, A., and Cotton, S.M. (2022). A systematic review comparing caregiver burden and psychological functioning in caregivers of individuals with schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorders. *BMC Psychiatry* 22: 422 - 446.

Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Tountas, Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and quality of life outcomes*, 5(1): 55.

Kuipers, E., Onwumere, J., and Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196(4), 259-265.

Konetzka, R.T., Spector, W. and Limcangco, M.R. (2008). Reducing Hospitalizations From Long – Term Care. *Research and Review*, 65(1): 40 – 66.

Le Fevre, M., Matheny, J. and Kolt, G. (2003). Eustress, distress and interpretation in occupational stress. *Journal of Managerial Psychology* 18: 726 – 744.

Lovibond, S.H. and Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.

Martín-Carrasco, M., Martín, M.F., Valero, C.P., Millán, P.R., García, C.I., Montalbán, S.R., Vázquez, A.L., Piris, S.P., and Vilanova, M.B. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5): 489 - 499.

Masanet, E., and La Parra, D. (2011). Relationship between thw Number of Hours of informal care and the Mental Health Status of caregivers. *Rev. Esp. Salud Publica*, 85(3): 257 – 266.

Melville, M. R., Lari, M. A., Brown, N., Young, T., Gray, D. (2003). Quality of life assessment using the short form 12 questionnaire is as reliable and sensitive as the short form 36 in distinguishing symptom severity in myocardial infarction survivors. *Heart*, 89(12): 1445 - 1446.

Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., Zervas, I., and Katsanou, M.N. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2): 331 - 337.

Mittelman, M.S., Roth, D.L., Clay, O.J., and Haley, W.E. (2007). Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(9): 780 -789.

- Musa, R., Ramli, R., Abdullah, K., & Sarkarsi, R. (2011). Concurrent validity of the depression and anxiety components in the Bahasa Malaysia version of the Depression Anxiety and Stress scales (DASS). *ASEAN Journal of Psychiatry*, 12(1): 66-70.
- Ochoa, S., Vilaplana, M., Haro, J.M., Villalta-Gil, V., Martinez, F., Negredo, M.C., Casacuberta, P., Paniego, E., Usall, J. Dolz, M. Autonell, J. (2008). Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8): 612–618.
- Olsen, J., Kaare, C., Murray, J., and Ekblom, A. (2010). *The cross-sectional study*; Ed. Springer New York, 1: 79.
- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., Lozano, G. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales—21 (DASS-21): Further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12): 1322 – 1338.
- Onwumere, J., Glover, N., Whittaker, S., Rahim, S., Chu Man, L., James, G., Khan, S., Afsharzagdegan, R., Seneviratne, S., Harvey, R., Georgiades, A. & Raune, D. (2016). Modifying illness beliefs in recent onset psychosis carers: Evaluating the impact of a cognitively focused brief group intervention in a routine service. *Early Interv Psychiatry*, 12(6): 1144 - 1150.
- Onwumere, J., Strykaite, S., Schulz, J., Man, E., James, G., Afsharzagdegan, R., Khan, S., Harvey, R., Souray, J. & Raune, D. (2018). Understanding the experience of “burnout” in first-episode psychosis carers. *Compr Psychiatry*, 83: 19- 24.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Qual Life Res*, 14: 1433 – 1438.
- Peng, M. M. , Zhang, T. M. , Liu, K. Z. , Gong, K. , Huang, C. H. , Dai, G. Z. , Hu, S. H. , Lin, F. R. , Chan, S. K. W. , Ng, S. , & Ran, M. S. (2019). Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7–8): 548 – 557.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*, 7th edn. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Rahmani, F., Roshangar, F., Gholizadeh, L. and Asghari, E. (2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nursing Open*, 9(4): 1995 – 2002.

Ribé, J.M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1):25-33.

Savithri, J. and Ragothaman, C. B (2016). Stress management – a study on soft competencies affecting stress. *ZENITH International Journal of Business Economics and Management Research* 6(6): 24 – 30.

Sharma, R., Sharma, S.C. and Pradhan, S.N. (2018). Assessing caregiver burden in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Kathmandu Medical College. *J Nepal Health Res Counc.*, 15(3): 258 - 263.

Shea, T. L., Tennant, A., Pallant, J. F. (2009). Rasch model analysis of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *BMC Psychiatry*, 9: 21 - 31.

Sinclair, S. J., Siefert, C. J., Slavin-Mulford, J. M., Stein, M. B., Renna, M., and Blais, M. A. (2012). Psychometric evaluation and normative data for the depression, anxiety, and stress scales-21 (DASS-21) in a nonclinical sample of U.S. adults. *Evaluation & The Health Professions*, 35(3): 259 - 279.

Smith, L.M., Onwumere, J., Craig, T. & Kuipers, E. (2018). Caregiver correlates of patient-initiated violence in early psychosis. *Psychiatry Res.*, 270: 412 - 417.

Stavrianou, A., Kafkia, T., Mandoydi, A., Minasidou, E., Konstadinidou, A., Sapountzi-Krepia, D., Dimitriadou, A. (2018). Informal caregivers in Greek Hospitals: a unique phenomenon of a health system in financial crisis. *Materia sosio-medica*, 30(2): 147.

Steenstrup, T., Pedersen, O. B., Hjelmberg, J., Skytthe, A., Kyvik, K. O. (2013). Heritability of health-related quality of life: SF-12 summary scores in a population-based nationwide twin cohort. *Twin Research and Human Genetics*, 16(3): 670 - 678..

Stanley, S., Balakrishnan, S., and Ilangoan, S. (2017). Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 26(2):134-141.

Terayama, H., Sakurai, H., Namioka, N., Jaime, R., Otakeguchi, K., Fukasawa, R., Sato, T., Hirao, K., Kanetaka, H., Shimizu, S., Umahara, T., Hanyu, H. (2018). Caregivers' education decreases depression symptoms and burden in caregivers of patients with dementia. *Psychogeriatrics*, 18(5): 327 – 333.

THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41(10): 1403 – 1409.

Ware, J. E., Kosinski, M., Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 34: 220 - 233.

Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, S.D.(1995). How to score the SF-12 physical and mental health summary scales 2nd edition. Boston, MA: The Health Institute; 1995.

World Health Organization (2001). The World Health Report 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.

World Health Organization (2020). Annual Report 2019. Health for All. World Health Organization country office in Lebanon – annual report 2019. Cairo: WHO Regional office for the Eastern Mediterranean. Licence: CCBYNC-SA 3.0 IGO.

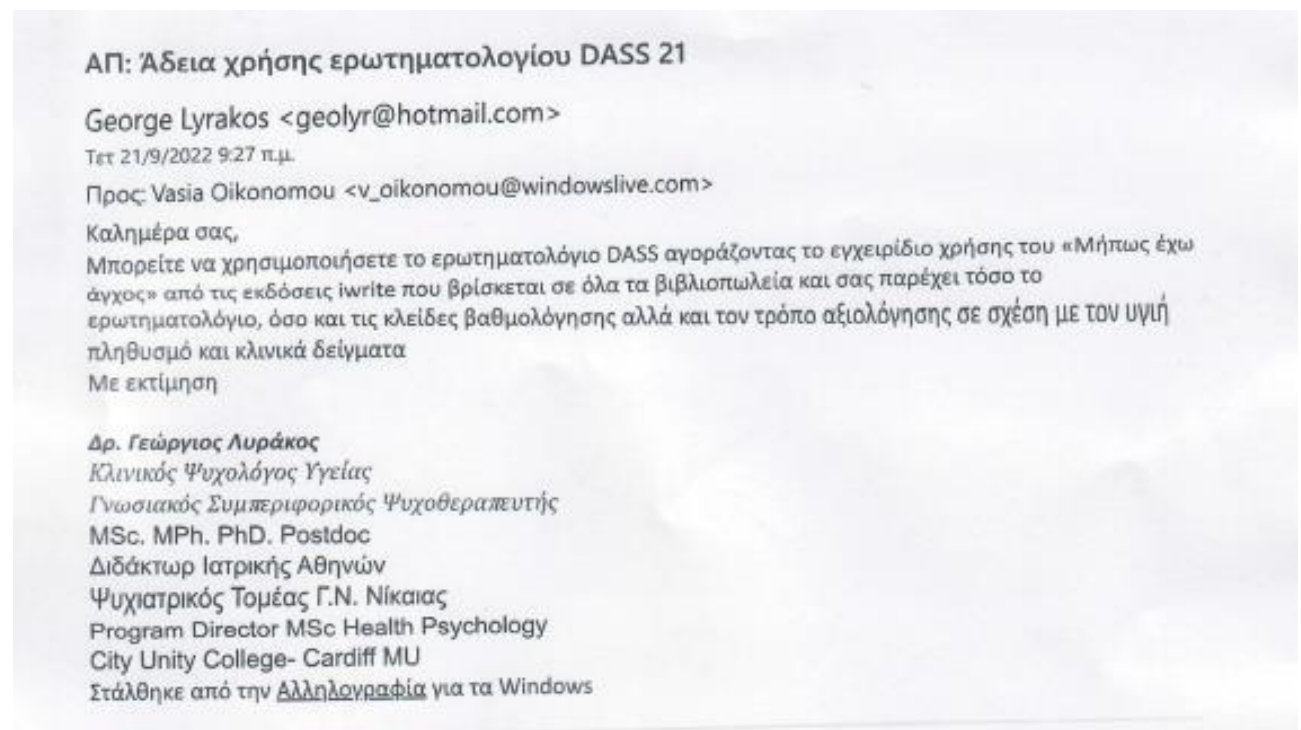
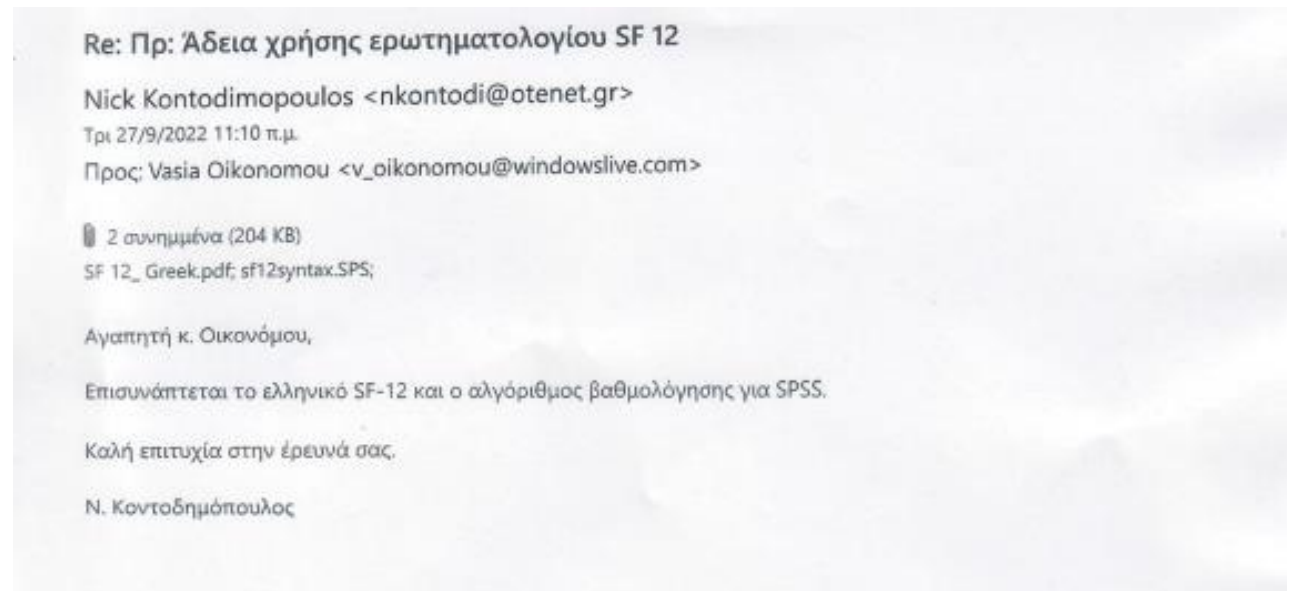
World Health Organization (2022). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD – 10) – WHO Version for;2016. Chapter V, Mental and behavioural disorders.

Yfantopoulos, J. and Sarris, M. (2001). Health related quality of life: measurement methodology. *Archives of Hellenic Medicine* 2001, 18(3): 218 - 229.

Vellone, E., Piras, G., Venturini, G., Alvaro, R., & Cohen, M. Z. (2012). The Experience of Quality of Life for Caregivers of People With Alzheimer's Disease Living in Sardinia, Italy. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(1): 46 – 55.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Άδειες χρήσης ερευνητικών εργαλείων



Άδεια διενέργειας της μελέτης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

ΑΡ. ΠΡΩΤ. 24442
ΗΜΕΡΑ ΠΑΡΑΛΗΨΗΣ 20/10/2022

Απόσπασμα πρακτικού
της 9ης Συνεδρίασης του Ε.Σ. στις 19/10/2022

ΠΡΟΣ: Τη Διοίκηση του Γ.Ν. Κορίνθου

ΘΕΜΑ 2ο : «Άδεια για συλλογή Ερευνητικών Δεδομένων της Οικονόμου Βασιλικής

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, αφού έλαβε υπ' όψιν του το αριθμ. Πρωτ. :22349 /30-09-2022 χορήγηση άδειας της Οικονόμου Βασιλικής προκειμένου να πραγματοποιηθεί ερευνητική διαδικασία για την Διπλωματική της εργασία με θέμα:<< Ποιότητα ζωής και εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή >>,

Ομόφωνα γνωμοδοτεί

Την χορήγηση άδειας στην Οικονόμου Βασιλική προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ερευνητική διαδικασία για την Διπλωματική της εργασία με θέμα: <<Ποιότητα ζωής και εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή >> στο ΕΑΠ, στο τμήμα <<Διοίκηση Μονάδων Υγείας>>.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Χ. ΧΑΣΙΚΙΔΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ
Π.ΠΑΠΑΠΑΝΟΣ-Α.ΔΑΜΕΛΟΥ – Κ.ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ
-Σ.ΔΑΦΝΗ- Φ.ΜΠΡΑΙΜΑΚΗΣ-Α.ΔΗΜΑΚΟΥ

Ερωτηματολόγια



Εισαγωγικό Σημείωμα

Η ψυχική διαταραχή έχει εκτεταμένες συνέπειες τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους. Το βάρος της φροντίδας έχει αξιολογηθεί από τη βιβλιογραφία μέσα από μελέτες, που αν και διαφέρουν ως προς τα κριτήρια που χρησιμοποιούν, υπάρχει μεγάλη συμφωνία ότι οι φροντιστές επιβαρύνονται εκτενώς από την απαιτητική καθημερινότητά τους και συχνά δεν υποστηρίζονται στο ρόλο φροντίδας που έχουν αναλάβει. Το συναισθηματικό φορτίο και η εξουθένωση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή, όπως και να επιδεινώσουν την κλινική πορεία του ασθενούς.

Συγκατάθεση για συμμετοχή στη μελέτη

Αξιότιμε/η κρατάτε στα χέρια σας ένα έντυπο με μια σειρά ερωτήσεων που καλείστε να απαντήσετε στο πλαίσιο της μελέτης με θέμα «Ποιότητα ζωής και εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή». Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλο το ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας να είναι ειλικρινείς. Η συμμετοχή σας είναι οικειοθελής και προαιρετική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Οι απαντήσεις σας δεν θα δοθούν σε κανέναν παρά μόνο στον ερευνητή και δεν θα γίνει γνωστή η ταυτότητά σας με κανέναν τρόπο.

Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας η οποία γίνεται στα πλαίσια ολοκλήρωσης διπλωματικής εργασίας στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Τα πιθανά οφέλη με τη συμμετοχή σας στην μελέτη αυτή είναι η συμβολή σας προκειμένου να ερευνηθεί η ποιότητα ζωής και εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας φροντιστών ατόμων με ψυχική διαταραχή.

Υπογραφή συναίνεσης στην έρευνα

.....

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση απευθυνθείτε στην κ. Οικονόμου Βασιλική

τηλ: 6972207019

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Καραδήμας Ευάγγελος

I. Δημογραφικά στοιχεία

Δηλώστε το φύλο σας

- Ανδρας ☐
Γυναίκα ☐
Άλλο ☐

Δηλώστε την ηλικιακή ομάδα που ανήκετε

- Κάτω των 25 ετών ☐
26-35 ετών ☐
36-45 ετών ☐
46-55 ετών ☐
Άνω των 55 ετών ☐

Δηλώστε την υπηκοότητά σας

- Ελληνική ☐
Εντός της Ε.Ε. ☐
Εκτός της Ε.Ε. ☐

Δηλώστε την οικογενειακή κατάστασή σας

- Άγαμος/η ☐
Εγγαμος/η / Σύμφωνο συμβίωσης ☐
Διαζευγμένος/η / Λύση συμφώνου ☐
Χήρος/α ☐

Δηλώστε το ανώτερο επίπεδο σπουδών σας

- Αναλφάβητος ☐
Αποφοίτος Λυκείου ☐
Αποφοίτος Δευτεροβάθμιας ☐
(Δημόσιο/Ιδιωτικό ΙΕΚ)
Αποφοίτος ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐
Μεταπτυχιακό ☐
Διδακτορικό ☐

Δηλώστε την τωρινή σας εργασιακή κατάσταση

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Ανεργος | ☐ |
| Οκτωκώ | ☐ |
| Αυτοαπασχολούμενος | ☐ |
| Ιδιωτικός υπάλληλος | ☐ |
| Δημόσιος υπάλληλος | ☐ |
| Συνταξιούχος | ☐ |

Δηλώστε το ετήσιο ατομικό σας εισόδημα

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 0-11000 € | ☐ |
| 11001-13000 | ☐ |
| 13001-23000 | ☐ |
| 23001 και άνω | ☐ |
| Δεν επιθυμώ να απαντήσω | ☐ |

Δηλώστε πόσα χρόνια είστε ο φροντιστής ατόμου με ψυχική διαταραχή

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 0-10 έτη | ☐ |
| 11-20 έτη | ☐ |
| 21-30 έτη | ☐ |
| 30 έτη και άνω | ☐ |

■

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Υγείας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος / βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με ☒ το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
☐	☐	☐	☐	☐

2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
☐	☐	☐

- α. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία..... ☐ ☐ ☐
- β. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια..... ☐ ☐ ☐

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες; ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	Συνεχώς ▼	Τις περισσότερες φορές ▼	Μερικές φορές ▼	Λίγες φορές ▼	Καθόλου ▼
• Κινησάτε λιγότερο από όσα θα θέλατε.....	☐	☐	☐	☐	☐
• Περιορίζετε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας.....	☐	☐	☐	☐	☐

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες; ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Συνεχώς ▼	Τις περισσότερες φορές ▼	Μερικές φορές ▼	Λίγες φορές ▼	Καθόλου ▼
• Κάνετε λιγότερο από όσα θα θέλατε.....	☐	☐	☐	☐	☐
• Κάνετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως.....	☐	☐	☐	☐	☐

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου ▼	Λίγο ▼	Μέτρια ▼	Σε μεγάλο βαθμό ▼	Υπερβολικά ▼
☐	☐	☐	☐	☐

6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;.....	☐	☐	☐	☐	☐
Είχατε πολλή ενεργητικότητα;.....	☐	☐	☐	☐	☐
Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;.....	☐	☐	☐	☐	☐

7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
☐	☐	☐	☐	☐

Αξιολόγηση επιπέδου άγχους και κατάθλιψης



Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0, 1, 2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας ανταποκρίνεται κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδεύετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ισχύει καθόλου για μένα

1 Ίσως για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσως για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσως για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολεύομαι ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόπωση της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζα	0	1	2	3
7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10	Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15	Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17	Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχω προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.