



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση της Υγειονομικής Παιδείας φροντιστών ασθενών με
άνοια, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα»**

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΡΜΠΑΚΗ

Επιβλέπων Καθηγητής: ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2026

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2026

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΑΠ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΑΠ όπου εκπονήθηκε.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση της Υγειονομικής Παιδείας φροντιστών ασθενών με
άνοια, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα»**

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΡΜΠΑΚΗ

Α' Επιβλέπων Καθηγητής: ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Β' Επιβλέπων Καθηγητής: ΚΩΣΤΑΓΙΟΛΑΣ ΠΕΤΡΟΣ

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ ,2026

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επιβλέποντες καθηγητές μου κ. Θεοδώρου Παναγιώτη και κ. Κωσταγιόλα Πέτρο για τη βοήθεια, την καθοδήγηση και την κατανόησή τους κατά τη διάρκεια της έρευνας και συγγραφής της παρούσας εργασίας.

«Διερεύνηση της Υγειονομικής Παιδείας φροντιστών ασθενών με άνοια, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή-Σκοπός: Η προοδευτική αύξηση των κρουσμάτων άνοιας στην κοινότητα μετατοπίζει το κύριο βάρος της μακροχρόνιας φροντίδας στην οικογένεια, καθιστώντας την υγειονομική παιδεία των φροντιστών κρίσιμο παράγοντα για την ασφάλεια των ασθενών. Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ασθενών με άνοια, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα, στο Νομό Αττικής, καθώς και η συγκριτική ανάλυση των αναγκών μεταξύ τυπικών και άτυπων φροντιστών.

Υλικό-Μέθοδος: Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο και Μάιο του 2026 με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας σε δείγμα 152 φροντιστών (109 τυπικοί/αλλοδαποί και 43 άτυποι/ήμεδαποί συγγενείς). Για την αξιολόγηση χρησιμοποιήθηκαν τα σταθμισμένα διεθνή ερευνητικά εργαλεία Health Literacy Survey 2019 (HLS19-Q12, HLS19-COM-P, HLS19-NAV, HLS19-VAC). Για τη στατιστική επεξεργασία εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων, Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA), Pearson χ^2 και Fisher's Exact Test ($p < 0,05$).

Αποτελέσματα: Στο σύνολο του δείγματος καταγράφηκε καθολική επικράτηση του γυναικείου φύλου σε ποσοστό 94,1% ($n=143$) με το 100,0% των τυπικών φροντιστών να είναι γυναίκες, ενώ η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανήκε στις ηλικιακές ομάδες των 46–55 ετών (30,9%) και με το 53,9% ($n=82$) να δηλώνει «μεγάλη» και το 40,1% ($n=61$) «πολύ μεγάλη» οικονομική στενότητα για την κάλυψη των βασικών του αναγκών. Η περιγραφική ανάλυση των τεσσάρων εξεταζόμενων κλιμάκων HLS19 αποκάλυψε ότι η πλειονότητα των φροντιστών συγκεντρώνεται κάτω από το κλινικό και στατιστικό όριο καταγράφοντας προβληματικό ή ανεπαρκές επίπεδο υγειονομικής παιδείας στη Γενική υγειονομική παιδεία, στην Πλοήγηση στο σύστημα υγείας και στην Επικοινωνία, με μοναδική εξαίρεση την κλίμακα του Εμβολιασμού που παρουσίασε συγκριτικά υψηλότερη μέση βαθμολογία. Το 72,4% του συνολικού δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει λάβει ποτέ καμία οργανωμένη εκπαίδευση ή

ψυχοεκπαίδευση. Εντούτοις, η προηγούμενη συμμετοχή σε κατάρτιση συνδέθηκε στατιστικά σημαντικά με ανώτερες βαθμολογίες στη Γενική υγειονομική παιδεία (48,90 έναντι 43,26, $p=0,005$), στην Επικοινωνία με τον ιατρό (55,80 έναντι 47,30, $p=0,002$) και στην Πλοήγηση στο σύστημα (47,40 έναντι 41,68, $p=0,022$). Το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνισε καθολική θετική επίδραση σε όλες τις κλίμακες ($p < 0,001$). Αναφορικά με τη γλώσσα, το 38,5% των αλλοδαπών τυπικών φροντιστών δήλωσε σοβαρή δυσκολία κατανόησης των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών στην ελληνική γλώσσα, παράμετρος που συσχετίστηκε με δραματική πτώση των τιμών στη Γενική υγειονομική παιδεία (36,75, $p<0,001$) και στην Επικοινωνία (31,90, $p<0,001$). Οι εκπαιδευμένοι τυπικοί φροντιστές κατείχαν σημαντικά ανώτερη γλωσσική επάρκεια. Επιπλέον, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντικό χάσμα στη γνώση της διάγνωσης ($p=0,014$), καθώς το 8,3% των τυπικών φροντιστών δήλωσε άγνοια για την ακριβή μορφή άνοιας.

Συμπεράσματα: Η μελέτη καταδεικνύει σοβαρά ελλειμματικά επίπεδα υγειονομικής παιδείας, πλοήγησης και διεκδίκησης δικαιωμάτων στον πληθυσμό των φροντιστών στην Ελλάδα. Τα γλωσσικά εμπόδια των αλλοδαπών τυπικών φροντιστών και το κοινωνικό στίγμα απόκρυψης των ψυχιατρικών παθήσεων από τις οικογένειες δυσχεραίνουν την κλινική επικοινωνία, καθιστώντας επιτακτική τη θεσμοθέτηση οργανωμένων, πολύγλωσσων ψυχοεκπαιδευτικών δομών υποστήριξης στην κοινότητα.

Λέξεις-κλειδιά: Υγειονομική παιδεία, άνοια, τυπικοί και άτυποι φροντιστές, γλωσσική επάρκεια, ψυχιατρική συννοσηρότητα.

"Investigation of Health Literacy of caregivers of patients with dementia, with or without psychiatric comorbidity"

ABSTRACT

Introduction-Purpose: The progressive increase in dementia cases in the community shifts the main burden of long-term care to the family, making the health literacy of caregivers a critical factor for patient safety. The purpose of this cross-sectional study was to investigate the level of health literacy of caregivers of patients with dementia, with or without psychiatric comorbidity, in Attica, as well as the comparative analysis of the needs between formal and informal caregivers.

Material-Methods: Data collection was carried out in April and May 2026 using the convenience sampling method on a sample of 152 caregivers (109 formal/foreign and 43 informal/domestic relatives). The assessment used the international research tools Health Literacy Survey 2019 (HLS19-Q12, HLS19-COM-P, HLS19-NAV, HLS19-VAC). For statistical analysis, the independent samples t-test, Analysis of Variance (One-Way ANOVA), Pearson χ^2 and Fisher's Exact Test ($p < 0.05$) were applied.

Results: In the total sample, a universal prevalence of the female gender was recorded at 94.1% ($n=143$) with 100.0% of the typical caregivers being women, while the majority of participants belonged to the age groups of 46–55 years (30.9%) and with 53.9% ($n=82$) declaring "great" and 40.1% ($n=61$) "very great" financial hardship in covering their basic needs. Descriptive analysis of the four HLS19 scales examined revealed that the majority of caregivers are concentrated below the clinical and statistical threshold, recording a problematic or insufficient level in General Health literacy, Navigation in the Health System and Communication, with the sole exception of the Vaccination scale which presented a comparatively higher mean score. 72.4% of the total sample stated that they have never received any organized training or psychoeducation. However, previous participation in training was statistically significantly associated with higher scores in General Health literacy (48.90 vs. 43.26, $p=0.005$), Communication with the doctor (55.80 vs. 47.30, $p=0.002$) and Navigation in the system (47.40 vs. 41.68, $p=0.022$). Higher educational level showed a universal positive effect on all scales ($p < 0.001$). Regarding language,

38.5% of foreign formal caregivers declared serious difficulty in understanding medical and nursing instructions in the Greek language, a parameter that was associated with a dramatic drop in values in General health literacy (36.75, $p<0.001$) and Communication (31.90, $p<0.001$). Trained formal caregivers had significantly higher language proficiency. In addition, a statistically significant gap was identified in knowledge of the diagnosis ($p=0.014$), as 8.3% of formal caregivers declared ignorance about the exact form of dementia.

Conclusions: The study demonstrates serious deficits in health literacy, navigation and rights advocacy among the caregiver population in Greece. The language barriers of foreign formal caregivers and the social stigma of concealing psychiatric illnesses from families make clinical communication difficult, making it imperative to institutionalize organized, multilingual psychoeducational support structures in the community.

Keywords: Health literacy, dementia, formal and informal caregivers, language proficiency, psychiatric comorbidity.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ.....	14
1.1 Ορισμός της Υγειονομικής Παιδείας	14
1.2.Ιστορική εξέλιξη της Υγειονομικής Παιδείας.....	16
1.3 Θεωρητικά μοντέλα της υγειονομικής παιδείας	18
1.3.1 Το μοντέλο του Nutbeam.....	18
1.3.2 Το μοντέλο των Sørensen και συνεργατών.....	20
1.4. Διαστάσεις της Υγειονομικής Παιδείας	21
1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία.....	24
1.6 Υγειονομική Παιδεία και Υπηρεσίες Υγείας.....	27
1.7 Επιπτώσεις χαμηλής υγειονομικής παιδείας	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Η ΑΝΟΙΑ	33
2.1 Άνοια	33
2.2 Νόσος Alzheimer.....	36
2.3 Ψυχικές Διαταραχές.....	39
2.3.1 Σχιζοφρένεια	41
2.3.2 Διπολική Διαταραχή.....	44
2.3.3 Κατάθλιψη	46
2.4 Επιπτώσεις στην οικογένεια και στους φροντιστές	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Ο ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΑΝΟΙΑ	52
3.1 Ο ρόλος του φροντιστή στη φροντίδα ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές.....	52
3.2 Υγειονομική παιδεία φροντιστών.....	55

3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία των φροντιστών	57
3.4 Ψυχική υγειονομική παιδεία των φροντιστών.....	60
3.5 Εκπαιδευτικές ανάγκες και ανάγκες υποστήριξης φροντιστών	63
3.6 Αξιολόγηση υγειονομικής παιδείας με τα ερευνητικά εργαλεία HLS19	66
3.6.1 Κλίμακα Γενικής Υγειονομικής Παιδείας (HLS19-Q12)	66
3.6.2 Υγειονομική Πληροφοριακή Παιδεία για την Επικοινωνία Ασθενή και Ιατρού (HLS19-COM-P)	67
3.6.3 Υγειονομική Παιδεία για την Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας (HLS19-NAV)	67
3.6.4 Υγειονομική Παιδεία για τον Εμβολιασμό (HLS19-VAC)	68
3.6.5 Ψηφιακή Υγειονομική Παιδεία (HLS19-DIGI)	68
3.6.6 Μεθοδολογία βαθμολόγησης	69
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	70
4.1 Σχεδιασμός της μελέτης.....	70
4.2 Σκοπός	70
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	72
4.4 Ερευνητικές υποθέσεις.....	73
4.5 Πληθυσμός της μελέτης.....	74
4.6 Δείγμα Μελέτης	75
4.7 Συλλογή δεδομένων.....	77
4.8 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	81
4.9 Ηθική Και Δεοντολογία	83
4.10 Στατιστική Ανάλυση	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	86
5.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος.....	86
5.2 Τρόπος Ζωής και Συμπεριφορά Υγείας	89
5.2.1 Σωματική Άσκηση	89
5.2.2 Διατροφικές Συνήθειες	89
5.2.3 Κατανάλωση Αλκοόλ.....	90
5.2.4 Κάπνισμα.....	90
5.3 Επίπεδο Υγείας και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας των Φροντιστών	92

5.3.1 Αυτοαξιολόγηση Υγείας και Χρόνια Προβλήματα	92
5.3.2 Χρήση Φαρμάκων και Επισκέψεις σε Επαγγελματίες Υγείας	92
5.3.3 Επείγουσα Φροντίδα, Νοσηλείες και Εμβολιασμός:.....	93
5.4 Συσχέτιση φροντιστή με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τρόπο ζωής, συμπεριφορές υγείας και επίπεδο υγείας.....	95
5.5 Εμπιστοσύνη σε πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας	99
5.6 Χαρακτηριστικά φροντιστή και συνθήκες φροντίδας	102
5.7 Εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια φροντιστών	106
5.8 Καθημερινή επιβάρυνση και υποστήριξη φροντιστών	110
5.9 Υγειονομική παιδεία	112
5.10 Υγειονομική πληροφοριακή παιδεία για την επικοινωνία ασθενή και ιατρού	116
5.11 Υγειονομική παιδεία για την πλοήγηση στο σύστημα υγείας	121
5.12 Υγειονομική παιδεία για τον εμβολιασμό	125
5.13 Αντιλήψεις για την υγειονομική πληροφοριακή παιδεία	127
5.14 Περιγραφικά χαρακτηριστικά κλιμάκων υγειονομικής παιδείας.....	129
5.14.1 Γενική Υγειονομική Παιδεία (Ενότητα Ε)	129
5.14.2 Επικοινωνία Φροντιστή – Ιατρού (Ενότητα ΣΤ)	129
5.14.3 Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας (Ενότητα Ζ)	130
5.14.4 Παιδεία για τον Εμβολιασμό (Ενότητα Η)	130
5.15 Συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων υγειονομικής παιδείας.....	131
5.16 Συσχέτιση υγειονομικής παιδείας με τύπο φροντιστή	133
5.17 Συσχετίσεις κλιμάκων υγειονομικής παιδείας και δημογραφικά χαρακτηριστικά	135
5.18 Συσχέτιση υγειονομικής παιδείας με εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια φροντιστών	139
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ	143
6.1 Πλεονεκτήματα της μελέτης.....	154
6.2 Περιορισμοί της μελέτης	154
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	155
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	158

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος.....	87
Πίνακας 2 Τρόπος Ζωής και Συμπεριφορά Υγείας	90
Πίνακας 3 Επίπεδο Υγείας & Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	93
Πίνακας 4 Συσχέτιση φροντιστή με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τρόπο ζωής, συμπεριφορές υγείας και επίπεδο υγείας.....	95
Πίνακας 5 Εμπιστοσύνη σε πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας.....	100
Πίνακας 6 Χαρακτηριστικά φροντιστή και συνθήκες φροντίδας	104
Πίνακας 7 Εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια φροντιστών	108
Πίνακας 8 Υγειονομική παιδεία δείγματος.....	114
Πίνακας 9 Υγειονομική πληροφοριακή παιδεία για την επικοινωνία ασθενή και ιατρού	119
Πίνακας 10 Υγειονομική παιδεία για την πλοήγηση στο σύστημα υγείας	122
Πίνακας 11 Υγειονομική παιδεία για τον εμβολιασμό.....	126
Πίνακας 12 Αντιλήψεις για την υγειονομική πληροφοριακή παιδεία	129
Πίνακας 13 Περιγραφικά χαρακτηριστικά κλιμάκων υγειονομικής παιδείας.....	130
Πίνακας 14 Συντελεστές Συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των Κλιμάκων Υγειονομικής Παιδείας (N=152).....	132
Πίνακας 15 Συσχέτιση των Κλιμάκων Υγειονομικής Παιδείας με τον Τύπο Φροντιστή	134
Πίνακας 16 Συσχετίσεις Κλιμάκων Υγειονομικής Παιδείας & Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	137
Πίνακας 17 Συσχέτιση υγειονομικής παιδείας με εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια φροντιστών	140

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγειονομική παιδεία (health literacy) αναφέρεται στις γνωστικές, κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες που καθορίζουν το κίνητρο και την ικανότητα των ατόμων να αποκτούν πρόσβαση, να κατανοούν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν πληροφορίες υγείας στην καθημερινή τους ζωή (Rowlands, 2014). Στη σύγχρονη πραγματικότητα, η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας έχει αναδείξει την υγειονομική παιδεία σε έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, επηρεάζοντας άμεσα τη θεραπευτική συμμόρφωση, την πρόληψη νοσημάτων και την αυτοδιαχείριση χρόνιων παθήσεων (Syed et al., 2025).

Η σημασία της έννοιας καθίσταται ακόμη πιο κρίσιμη στην περίπτωση της άνοιας καθώς και των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη. Οι παθήσεις αυτές χαρακτηρίζονται από προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας και σύνθετα θεραπευτικά σχήματα, μετατοπίζοντας το κύριο βάρος της μακροχρόνιας φροντίδας από τα ιδρυματικά πλαίσια προς την κοινότητα και την οικογένεια (Chin, 2023).

Στο πλαίσιο αυτό, οι φροντιστές, είτε τυπικοί (έμμισθοι επαγγελματίες) είτε άτυποι (μέλη της οικογένειας), αποτελούν τον θεμελιώδη σύνδεσμο μεταξύ του ασθενούς και του υγειονομικού συστήματος. Καλούνται καθημερινά να συντονίζουν ιατρικές επισκέψεις, να διαχειρίζονται τη φαρμακοθεραπεία, να αναγνωρίζουν πρώιμα σημεία υποτροπής και να λαμβάνουν κρίσιμες αποφάσεις, αντιμετωπίζοντας συχνά έντονη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση. Η ικανότητά τους να ανταποκριθούν σε αυτές τις απαιτήσεις εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο της δικής τους υγειονομικής και ψηφιακής παιδείας (Liu et al, 2020).

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια περιγραφική, συγχρονική έρευνα που διεξήχθη τον Μάιο του 2026 στο Νομό Αττικής. Βασικός σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση του επιπέδου υγειονομικής παιδείας φροντιστών ασθενών με άνοια. Μέσω της συστηματικής σύγκρισης και συσχέτισης των χαρακτηριστικών των τυπικών και άτυπων φροντιστών, η μελέτη επιχειρεί να αναδείξει τα ελλείμματα, τις ανάγκες υποστήριξης και τις δυνατότητες αξιοποίησης σύγχρονων ψηφιακών εργαλείων υγείας. Με τον τρόπο αυτό, επιδιώκεται η παροχή τεκμηριωμένων δεδομένων,

χρήσιμων για τη διοίκηση των μονάδων υγείας και τον σχεδιασμό στοχευμένων, ασθενοκεντρικών πολιτικών υγείας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ

1.1 Ορισμός της Υγειονομικής Παιδείας

Η υγειονομική παιδεία (health literacy) αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια που έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία κατά τις τελευταίες δεκαετίες στο πεδίο της δημόσιας υγείας, της προαγωγής υγείας και της διοίκησης υπηρεσιών υγείας. Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας, η ανάγκη κατανόησης ιατρικών πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή των ατόμων στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους, έχουν αναδείξει την υγειονομική παιδεία σε καθοριστικό παράγοντα αποτελεσματικής διαχείρισης της υγείας και της ασθένειας (Rowlands, 2014).

Οι πρώτες προσεγγίσεις της έννοιας επικεντρώνονταν κυρίως στην ικανότητα του ατόμου να διαβάζει και να κατανοεί βασικές πληροφορίες υγείας, όπως ιατρικές οδηγίες, συνταγές φαρμάκων και ενημερωτικά φυλλάδια. Ωστόσο, η σύγχρονη βιβλιογραφία έχει διευρύνει σημαντικά το περιεχόμενο της έννοιας, ενσωματώνοντας γνωστικές, κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες που επιτρέπουν στο άτομο να αναζητά, να αξιολογεί και να χρησιμοποιεί πληροφορίες σχετικές με την υγεία του (Nutbeam, 2000).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγειονομική παιδεία αναφέρεται στις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες που καθορίζουν το κίνητρο και την ικανότητα των ατόμων να αποκτούν πρόσβαση, να κατανοούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες με σκοπό την προαγωγή και τη διατήρηση της καλής υγείας. Ο ορισμός αυτός υπογραμμίζει ότι η υγειονομική παιδεία δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην ανάγνωση ή στην κατανόηση πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει την ενεργό

συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία (WHO, 2026).

Ένας από τους σημαντικότερους θεωρητικούς στο πεδίο της υγειονομικής παιδείας είναι ο Don Nutbeam, ο οποίος προσδιόρισε την υγειονομική παιδεία ως το σύνολο των προσωπικών, γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που επιτρέπουν στα άτομα να αποκτούν πρόσβαση, να κατανοούν και να αξιοποιούν πληροφορίες για την προαγωγή και διατήρηση της υγείας τους. Ο ίδιος διαχώρισε την υγειονομική παιδεία σε τρεις βασικές διαστάσεις: τη λειτουργική, τη διαδραστική και την κριτική υγειονομική παιδεία. Η λειτουργική διάσταση αφορά βασικές δεξιότητες ανάγνωσης και κατανόησης πληροφοριών υγείας, η διαδραστική σχετίζεται με την ικανότητα αποτελεσματικής επικοινωνίας με επαγγελματίες υγείας, ενώ η κριτική υγειονομική παιδεία αναφέρεται στην ικανότητα αξιολόγησης πληροφοριών και λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων (Nutbeam, 2000).

Η υγειονομική παιδεία θεωρείται σήμερα σημαντικός κοινωνικός προσδιοριστής της υγείας, καθώς επηρεάζει άμεσα την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη συμμόρφωση στη θεραπεία, την πρόληψη νοσημάτων και την αποτελεσματική αυτοδιαχείριση χρόνιων ασθενειών. Άτομα με χαμηλό επίπεδο υγειονομικής παιδείας εμφανίζουν συχνότερα δυσκολίες στην κατανόηση ιατρικών οδηγιών, περιορισμένη χρήση προληπτικών υπηρεσιών και αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και νοσηλείων (Berkman et al., 2011).

Η σημασία της υγειονομικής παιδείας καθίσταται ακόμη πιο εμφανής σε περιπτώσεις χρόνιων ή πολύπλοκων παθήσεων, όπως η άνοια και οι ψυχικές διαταραχές, όπου η διαχείριση της νόσου απαιτεί συνεχή παρακολούθηση, κατανόηση θεραπευτικών οδηγιών και συνεργασία με πολλαπλές υπηρεσίες υγείας. Στις περιπτώσεις αυτές, ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν οι φροντιστές των ασθενών, οι οποίοι συχνά καλούνται να αναλάβουν ευθύνες σχετικές με τη φαρμακευτική διαχείριση, τον προγραμματισμό ιατρικών επισκέψεων, την παρακολούθηση συμπτωμάτων και τη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα (Poureslami et al., 2017).

Η υγειονομική παιδεία των φροντιστών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την ασφάλεια του ασθενούς και την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας. Ελλείψεις γνώσεις ή δυσκολίες κατανόησης πληροφοριών δύνανται να οδηγήσουν σε

λανθασμένη χρήση φαρμάκων, καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας, αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και μειωμένη ποιότητα ζωής τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους. Αντίθετα, υψηλό επίπεδο υγειονομικής παιδείας μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου, στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των φροντιστών και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας (Nevill et al., 2025).

Συνεπώς, η υγειονομική παιδεία αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη λειτουργία των σύγχρονων συστημάτων υγείας και ιδιαίτερα για ομάδες πληθυσμού που εμπλέκονται στη μακροχρόνια φροντίδα ασθενών, όπως οι φροντιστές ατόμων με άνοια και ψυχικές διαταραχές (Kim & Oh 2020).

1.2.Ιστορική εξέλιξη της Υγειονομικής Παιδείας

Η έννοια της υγειονομικής παιδείας άρχισε να αναπτύσσεται σταδιακά κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του 20ού αιώνα, ως αποτέλεσμα των μεταβαλλόμενων αναγκών των συστημάτων υγείας, της αυξανόμενης πολυπλοκότητας των ιατρικών πληροφοριών και της ανάγκης ενεργότερης συμμετοχής των πολιτών στη διαχείριση της υγείας τους. Παρόλο που ο όρος χρησιμοποιήθηκε περιστασιακά ήδη από τη δεκαετία του 1970, η ουσιαστική θεωρητική και ερευνητική ανάπτυξη του πεδίου πραγματοποιήθηκε κυρίως από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα (Berkman et al, 2010; Nielsen-Bohlman et al, 2004;Sørensen et al., 2012).

Στα αρχικά στάδια προσέγγισης της έννοιας, η υγειονομική παιδεία συνδεόταν κυρίως με την ικανότητα ανάγνωσης και κατανόησης γραπτών πληροφοριών σχετικών με την υγεία. Η έμφαση δινόταν στη δυνατότητα των ασθενών να κατανοούν συνταγογραφήσεις, ιατρικές οδηγίες, ενημερωτικά έντυπα και βασικές πληροφορίες που παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας. Το μοντέλο αυτό, γνωστό ως «λειτουργική προσέγγιση», επηρεάστηκε έντονα από την έννοια του γενικού γραμματισμού και από την παραδοσιακή αντίληψη που ήθελε τον ασθενή παθητικό αποδέκτη της ιατρικής γνώσης (Berkman et al 2010; Nielsen-Bohlman et al, 2004;Sørensen et al., 2012).

Κατά τη δεκαετία του 1980, οι εξελίξεις στη δημόσια υγεία και στην προαγωγή υγείας συνέβαλαν στη σταδιακή διεύρυνση της έννοιας. Η υγεία άρχισε να

αντιμετωπίζεται όχι μόνο ως απουσία νόσου αλλά ως αποτέλεσμα κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Σημαντικό σταθμό αποτέλεσε η Διακήρυξη της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας του 1986 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η οποία υπογράμμισε τη σημασία της ενδυνάμωσης των πολιτών και της ανάπτυξης δεξιοτήτων που θα επιτρέπουν στα άτομα να αποκτούν μεγαλύτερο έλεγχο πάνω στην υγεία τους (WHO, 1986).

Καθοριστική συμβολή στην εξέλιξη της έννοιας είχε ο Don Nutbeam, ο οποίος το 2000 παρουσίασε ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο της υγειονομικής παιδείας, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον από την απλή κατανόηση πληροφοριών στη χρήση της γνώσης για την προαγωγή της υγείας. Σύμφωνα με το μοντέλο του, η υγειονομική παιδεία διακρίνεται σε λειτουργική, διαδραστική και κριτική υγειονομική παιδεία. Η προσέγγιση αυτή θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική, διότι αναγνώρισε ότι τα άτομα δεν αρκεί μόνο να διαβάζουν πληροφορίες υγείας, αλλά χρειάζεται να μπορούν να επικοινωνούν αποτελεσματικά, να αξιολογούν πηγές πληροφόρησης και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις (Nutbeam, 2000).

Κατά τις επόμενες δεκαετίες, η υγειονομική παιδεία εξελίχθηκε σε σημαντικό αντικείμενο έρευνας και πολιτικής υγείας σε διεθνές επίπεδο. Διεθνείς οργανισμοί, κυβερνήσεις και επιστημονικές κοινότητες άρχισαν να αναγνωρίζουν ότι η χαμηλή υγειονομική παιδεία συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα, χαμηλότερη χρήση προληπτικών υπηρεσιών, δυσκολίες συμμόρφωσης στη θεραπεία και αυξημένο οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας (Berkman et al., 2011).

Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η συμβολή της ευρωπαϊκής ερευνητικής ομάδας των Sørensen και συνεργατών, οι οποίοι το 2012 διαμόρφωσαν ένα ολοκληρωμένο εννοιολογικό μοντέλο της υγειονομικής παιδείας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η υγειονομική παιδεία περιλαμβάνει τις ικανότητες πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών σε τρία βασικά πεδία: την υγειονομική φροντίδα, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή υγείας. Το μοντέλο αυτό επηρέασε σημαντικά τη σύγχρονη βιβλιογραφία και συνέβαλε στην ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της υγειονομικής παιδείας που χρησιμοποιούνται διεθνώς (Berkman et al, 2010; Nielsen-Bohlman et al, 2004; Sørensen et al., 2012).

Τα τελευταία χρόνια, η έννοια της υγειονομικής παιδείας έχει επεκταθεί περαιτέρω, ενσωματώνοντας νέες διαστάσεις, όπως η ψηφιακή υγειονομική παιδεία (digital

health literacy), η ψυχική υγειονομική παιδεία (mental health literacy) και η οργανωσιακή υγειονομική παιδεία (organizational health literacy). Η ραγδαία ανάπτυξη της ψηφιακής τεχνολογίας, των διαδικτυακών πληροφοριών υγείας και της τηλεϊατρικής καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη δεξιοτήτων αναζήτησης, αξιολόγησης και ορθής χρήσης ηλεκτρονικών πηγών πληροφόρησης.

Η ιστορική εξέλιξη της υγειονομικής παιδείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές. Οι φροντιστές αυτοί καλούνται να διαχειριστούν σύνθετες θεραπευτικές πληροφορίες, να συνεργαστούν με πολλαπλές δομές υγείας και να λάβουν αποφάσεις που επηρεάζουν άμεσα την πορεία της νόσου και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η κατανόηση της ιστορικής εξέλιξης της έννοιας συμβάλλει στην πληρέστερη ερμηνεία του ρόλου της υγειονομικής παιδείας στη σύγχρονη φροντίδα υγείας και αναδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων για τους φροντιστές (Berkman et al, 2010; Nielsen-Bohlman et al, 2004; Sørensen et al., 2012).

1.3 Θεωρητικά μοντέλα της υγειονομικής παιδείας

Η θεωρητική προσέγγιση της υγειονομικής παιδείας έχει εξελιχθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση διαφορετικών εννοιολογικών μοντέλων που επιχειρούν να ερμηνεύσουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αποκτούν, κατανοούν, αξιολογούν και αξιοποιούν πληροφορίες σχετικές με την υγεία τους. Τα σημαντικότερα θεωρητικά μοντέλα που κυριαρχούν στη διεθνή βιβλιογραφία είναι το μοντέλο του Nutbeam και το ολοκληρωμένο μοντέλο των Sørensen και συνεργατών, τα οποία αποτελούν βασικά θεωρητικά εργαλεία για τη μελέτη της υγειονομικής παιδείας.

1.3.1 Το μοντέλο του Nutbeam

Ο Don Nutbeam θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους θεωρητικούς του πεδίου της υγειονομικής παιδείας, καθώς συνέβαλε καθοριστικά στη διεύρυνση της έννοιας πέρα από τη στενή προσέγγιση της ανάγνωσης και κατανόησης πληροφοριών υγείας. Το 2000 πρότεινε ένα πολυδιάστατο μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η υγειονομική παιδεία περιλαμβάνει γνωστικές, κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες που

επιτρέπουν στα άτομα να αποκτούν μεγαλύτερο έλεγχο στη διαχείριση της υγείας τους (Nutbeam, 2000).

Σύμφωνα με τον Nutbeam, η υγειονομική παιδεία διακρίνεται σε τρία επίπεδα: λειτουργική, διαδραστική και κριτική υγειονομική παιδεία.

Η λειτουργική υγειονομική παιδεία (functional health literacy) αφορά βασικές δεξιότητες ανάγνωσης, γραφής και κατανόησης πληροφοριών υγείας. Το επίπεδο αυτό σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί συνταγογραφήσεις, οδηγίες λήψης φαρμάκων, έντυπα συγκατάθεσης, ενημερωτικά φυλλάδια ή προγραμματισμένες ιατρικές οδηγίες. Πρόκειται για το πιο βασικό επίπεδο υγειονομικής παιδείας και συνδέεται άμεσα με την καθημερινή χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η λειτουργική διάσταση αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές, καθώς οι φροντιστές συχνά αναλαμβάνουν τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, των ιατρικών ραντεβού, των θεραπευτικών οδηγιών και της καθημερινής παρακολούθησης των ασθενών. Ελλιπής κατανόηση των πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων, δυσκολίες συμμόρφωσης στη θεραπεία και αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών.

Το δεύτερο επίπεδο είναι η διαδραστική υγειονομική παιδεία (interactive health literacy), η οποία αναφέρεται σε πιο σύνθετες γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, οι οποίες επιτρέπουν στο άτομο να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία φροντίδας υγείας. Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει την αποτελεσματική επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας, την ανταλλαγή πληροφοριών, τη διατύπωση ερωτήσεων και την κατανόηση εναλλακτικών θεραπευτικών επιλογών.

Η διαδραστική υγειονομική παιδεία θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για τους φροντιστές, καθώς η φροντίδα ατόμων με άνοια ή ψυχικές διαταραχές απαιτεί συνεχή συνεργασία με ψυχιάτρους, νευρολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι φροντιστές καλούνται συχνά να μεταφέρουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς, να κατανοούν σύνθετες ιατρικές εξηγήσεις και να συμμετέχουν σε αποφάσεις σχετικές με τη θεραπεία.

Το τρίτο και πιο σύνθετο επίπεδο αποτελεί η κριτική υγειονομική παιδεία (critical health literacy), η οποία αφορά την ικανότητα αξιολόγησης πληροφοριών υγείας και

λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων. Η κριτική διάσταση προϋποθέτει αναλυτική σκέψη, αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης και δυνατότητα εφαρμογής της γνώσης σε πραγματικές συνθήκες ζωής (Nutbeam, 2000).

Στη σύγχρονη εποχή, όπου η πληροφόρηση μέσω διαδικτύου είναι εύκολα προσβάσιμη αλλά όχι πάντα επιστημονικά αξιόπιστη, η κριτική υγειονομική παιδεία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα. Οι φροντιστές συχνά αναζητούν πληροφορίες σε ιστοσελίδες, κοινωνικά δίκτυα, ομάδες υποστήριξης ή ηλεκτρονικές κοινότητες. Η ικανότητα αξιολόγησης της εγκυρότητας των πληροφοριών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με θεραπείες, φαρμακευτικές παρεμβάσεις και πρακτικές φροντίδας.

1.3.2 Το μοντέλο των Sørensen και συνεργατών

Ένα από τα πλέον ολοκληρωμένα και ευρέως αποδεκτά μοντέλα υγειονομικής παιδείας είναι αυτό που αναπτύχθηκε από τους Sørensen και συνεργάτες το 2012. Το μοντέλο αυτό διαμορφώθηκε έπειτα από συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και επιχειρεί να ενσωματώσει διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις σε ένα ενιαίο εννοιολογικό πλαίσιο (Sørensen et al., 2012).

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, η υγειονομική παιδεία ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να αποκτά πρόσβαση, να κατανοεί, να αξιολογεί και να εφαρμόζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία, προκειμένου να λαμβάνει κατάλληλες αποφάσεις στην καθημερινή ζωή.

Το μοντέλο οργανώνεται γύρω από τέσσερις βασικές διαδικασίες:

- Πρόσβαση (accessing) στις πληροφορίες υγείας
- Κατανόηση (understanding) των πληροφοριών
- Αξιολόγηση (appraising) της εγκυρότητας και χρησιμότητας των πληροφοριών
- Εφαρμογή (applying) των πληροφοριών στη λήψη αποφάσεων

Οι διαδικασίες αυτές εφαρμόζονται σε τρία βασικά πεδία:

1. Υγειονομική φροντίδα (health care)
2. Πρόληψη ασθενειών (disease prevention)
3. Προαγωγή υγείας (health promotion)

Το μοντέλο των Sørensen θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμο για την κατανόηση της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών. Για παράδειγμα, ένας φροντιστής ασθενούς

με άνοια μπορεί να χρειαστεί να αναζητήσει πληροφορίες σχετικά με τη νόσο, να κατανοήσει οδηγίες φαρμακευτικής αγωγής, να αξιολογήσει θεραπευτικές επιλογές και να εφαρμόσει πρακτικές φροντίδας στην καθημερινή ζωή. Αντίστοιχα, οι φροντιστές ατόμων με ψυχικές διαταραχές καλούνται να αναγνωρίζουν πρώιμα σημεία υποτροπής, να αξιολογούν συμπτώματα και να συνεργάζονται αποτελεσματικά με υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Το συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, καθώς αναδεικνύει ότι η υγειονομική παιδεία δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομική ευθύνη αλλά και οργανωτική πρόκληση. Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να παρέχουν σαφείς, κατανοητές και προσβάσιμες πληροφορίες, προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών.

Συνολικά, τα μοντέλα του Nutbeam (2000) και των Sørensen et al. (2012) αποτελούν θεμελιώδεις θεωρητικές βάσεις για την κατανόηση της υγειονομικής παιδείας. Η εφαρμογή τους στο πεδίο της φροντίδας ατόμων με άνοια και ψυχικές διαταραχές επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των αναγκών των φροντιστών, των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματική διαχείριση της νόσου και της σημασίας ανάπτυξης εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων

1.4. Διαστάσεις της Υγειονομικής Παιδείας

Η υγειονομική παιδεία αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια, η οποία δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην ικανότητα ανάγνωσης ή κατανόησης πληροφοριών υγείας, αλλά περιλαμβάνει ένα σύνολο δεξιοτήτων, γνώσεων και κοινωνικών δυνατοτήτων που επιτρέπουν στα άτομα να διαχειρίζονται αποτελεσματικά, ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία τους. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει διαφορετικές διαστάσεις της υγειονομικής παιδείας, οι οποίες συμβάλλουν στην πληρέστερη κατανόηση της έννοιας και στην εφαρμογή της σε κλινικά, κοινωνικά και διοικητικά πλαίσια (Liu et al., 2020).

Μία από τις βασικότερες διαστάσεις της υγειονομικής παιδείας είναι η γνωστική διάσταση, η οποία αφορά το επίπεδο γνώσεων που διαθέτει ένα άτομο σχετικά με θέματα υγείας, ασθενειών, θεραπευτικών παρεμβάσεων και υπηρεσιών υγείας. Η γνώση αυτή περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη νοσημάτων, την

αναγνώριση συμπτωμάτων, τη χρήση φαρμάκων και την κατανόηση βασικών ιατρικών εννοιών. Η γνωστική διάσταση θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη αποτελεσματικών συμπεριφορών υγείας, καθώς τα άτομα που διαθέτουν επαρκή γνώση είναι πιθανότερο να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις και να υιοθετούν πρακτικές που προάγουν την υγεία τους (Sørensen et al., 2012).

Στην περίπτωση των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές, η γνωστική διάσταση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι φροντιστές καλούνται να κατανοούν πολύπλοκες πληροφορίες που σχετίζονται με τη φύση της νόσου, τη θεραπευτική αγωγή, τα συμπτώματα, τις πιθανές επιπλοκές και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης. Η έλλειψη επαρκούς γνώσης μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια, ανεπαρκή διαχείριση συμπτωμάτων ή καθυστερημένη αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας (Allen et al., 2020).

Μία δεύτερη σημαντική διάσταση είναι η λειτουργική διάσταση της υγειονομικής παιδείας, η οποία σχετίζεται με τις βασικές δεξιότητες ανάγνωσης, γραφής και κατανόησης πληροφοριών υγείας. Η λειτουργική υγειονομική παιδεία επιτρέπει στα άτομα να κατανοούν ιατρικές οδηγίες, ενημερωτικά έντυπα, αποτελέσματα εξετάσεων και θεραπευτικά πρωτόκολλα. Η διάσταση αυτή έχει άμεση πρακτική εφαρμογή στην καθημερινή διαχείριση της υγείας και αποτελεί βασικό στοιχείο της ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας (Nutbeam, 2000).

Οι φροντιστές ατόμων με άνοια και ψυχικές διαταραχές αναλαμβάνουν συχνά την ευθύνη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, προγραμματισμού ιατρικών επισκέψεων και παρακολούθησης θεραπευτικών οδηγιών. Επομένως, η επάρκεια στη λειτουργική διάσταση της υγειονομικής παιδείας είναι καθοριστική για την αποφυγή λαθών και την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας (Parnell, 2014).

Εξίσου σημαντική είναι η διαδραστική ή επικοινωνιακή διάσταση της υγειονομικής παιδείας, η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί αποτελεσματικά με επαγγελματίες υγείας, να αναζητά διευκρινίσεις, να εκφράζει ανάγκες και να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η συγκεκριμένη διάσταση υπερβαίνει τη βασική κατανόηση πληροφοριών και σχετίζεται με την ανάπτυξη κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων που

ενισχύουν την ενεργό συμμετοχή των ατόμων στη φροντίδα υγείας τους (Nutbeam, 2000; Nutbeam & Kickbusch, 2000).

Η διαδραστική διάσταση παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στο πλαίσιο της φροντίδας ατόμων με χρόνιες ή ψυχικές παθήσεις. Οι φροντιστές καλούνται να συνεργάζονται με πολλαπλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, να μεταφέρουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση των ασθενών και να συμμετέχουν σε αποφάσεις που αφορούν θεραπευτικές επιλογές και παρεμβάσεις. Η ανεπαρκής επικοινωνία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη θεραπευτική συμμόρφωση, την ποιότητα της φροντίδας και την αποτελεσματικότητα της συνεργασίας με τις υπηρεσίες υγείας (Sheehan et al., 2021).

Μία ακόμη ουσιαστική διάσταση είναι η κριτική υγειονομική παιδεία, η οποία αφορά την ικανότητα αξιολόγησης, ανάλυσης και ορθής χρήσης πληροφοριών υγείας. Η διάσταση αυτή επιτρέπει στα άτομα να κρίνουν την αξιοπιστία των διαθέσιμων πηγών πληροφόρησης, να συγκρίνουν εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και να λαμβάνουν αποφάσεις βασισμένες σε έγκυρα δεδομένα και προσωπικές ανάγκες (Nutbeam, 2000).

Στη σύγχρονη ψηφιακή εποχή, όπου οι πληροφορίες υγείας είναι άμεσα διαθέσιμες μέσω διαδικτύου, η ανάπτυξη κριτικής υγειονομικής παιδείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Οι φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές αναζητούν συχνά πληροφορίες σε ηλεκτρονικές πλατφόρμες, κοινωνικά δίκτυα ή διαδικτυακές ομάδες υποστήριξης. Ωστόσο, η ποιότητα και η αξιοπιστία των πληροφοριών αυτών ποικίλλουν σημαντικά. Συνεπώς, η ικανότητα αξιολόγησης πηγών πληροφόρησης αποτελεί κρίσιμο στοιχείο αποτελεσματικής διαχείρισης της νόσου (Chien et al, 2024).

Πέρα από τις παραπάνω διαστάσεις, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει και την κοινωνική διάσταση της υγειονομικής παιδείας, η οποία σχετίζεται με το κοινωνικό περιβάλλον, το μορφωτικό επίπεδο, τις πολιτισμικές αντιλήψεις, την οικονομική κατάσταση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η υγειονομική παιδεία δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομικό χαρακτηριστικό αλλά επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, όπως η εκπαίδευση, το εισόδημα, η κοινωνική υποστήριξη και οι ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Berkman et al., 2011).

Η κοινωνική διάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους φροντιστές, καθώς πολλοί αντιμετωπίζουν αυξημένο ψυχολογικό φορτίο, οικονομικές δυσκολίες και περιορισμένο χρόνο πρόσβασης σε εκπαιδευτικές ή υποστηρικτικές υπηρεσίες. Παράγοντες όπως το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, η προηγούμενη εμπειρία φροντίδας και η διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά το επίπεδο υγειονομικής παιδείας των φροντιστών (Otis-Green & Juarez, 2012).

Στο πλαίσιο της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, η αναγνώριση των διαφορετικών διαστάσεων της υγειονομικής παιδείας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συμβάλλει στον σχεδιασμό υπηρεσιών που ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών τους. Η παροχή σαφών πληροφοριών, η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η βελτίωση της επικοινωνίας επαγγελματιών υγείας-φροντιστών και η ενίσχυση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και των αποτελεσμάτων υγείας (Lyu et al, 2024).

Συνολικά, οι διαστάσεις της υγειονομικής παιδείας αποτυπώνουν τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της έννοιας και αναδεικνύουν τη σημασία της όχι μόνο για την ατομική διαχείριση της υγείας αλλά και για τη λειτουργία των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Η κατανόηση των διαστάσεων αυτών είναι απαραίτητη για τη διερεύνηση της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές, καθώς επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των αναγκών, των προκλήσεων και των δυνατοτήτων παρέμβασης στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία

Η υγειονομική παιδεία αποτελεί μία σύνθετη και πολυπαραγοντική έννοια, η οποία διαμορφώνεται από ένα σύνολο ατομικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών και οργανωτικών παραγόντων. Η ανάπτυξη και το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από τις προσωπικές ικανότητες του ατόμου, αλλά επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον, τις δομές υγείας και τις ευρύτερες συνθήκες ζωής. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιτρέπει τον εντοπισμό πληθυσμιακών ομάδων με αυξημένο κίνδυνο χαμηλής υγειονομικής παιδείας και

συμβάλλει στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων προαγωγής υγείας (Sørensen et al., 2012).

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία είναι η ηλικία. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα συχνά εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα υγειονομικής παιδείας συγκριτικά με νεότερους πληθυσμούς. Η σχέση αυτή συνδέεται με παράγοντες όπως η μειωμένη εξοικείωση με την τεχνολογία, πιθανές γνωστικές δυσκολίες, προβλήματα όρασης ή ακοής και αυξημένη δυσκολία κατανόησης σύνθετων ιατρικών πληροφοριών. Η συγκεκριμένη παράμετρος αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην παρούσα μελέτη, καθώς πολλοί φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες και ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης ή κατανόησης πληροφοριών υγείας (Berkman et al., 2011).

Ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας είναι το μορφωτικό επίπεδο. Η εκπαίδευση θεωρείται από τους σημαντικότερους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγειονομικής παιδείας, καθώς σχετίζεται άμεσα με τις δεξιότητες ανάγνωσης, κατανόησης, ανάλυσης και αξιολόγησης πληροφοριών. Άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο τείνουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανότητα κατανόησης ιατρικών όρων, καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας και αυξημένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους. Αντίθετα, χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχει συσχετιστεί με δυσκολίες κατανόησης θεραπευτικών οδηγιών, μειωμένη χρήση προληπτικών υπηρεσιών και αυξημένο κίνδυνο ανεπαρκούς διαχείρισης της υγείας (Nutbeam, 2000; Nutbeam & Kickbusch, 2000).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει επίσης η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Παράγοντες όπως το εισόδημα, η εργασιακή κατάσταση, η κοινωνική ασφάλιση και οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν σημαντικά τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και εκπαιδευτικές πηγές πληροφόρησης. Άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες συχνά εμφανίζουν περιορισμένη πρόσβαση σε προληπτικές υπηρεσίες, μειωμένες ευκαιρίες εκπαίδευσης και μεγαλύτερα εμπόδια στην αναζήτηση κατάλληλης υγειονομικής φροντίδας (Berkman et al., 2011).

Η κοινωνικοοικονομική επιβάρυνση αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα για τους φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές. Η μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη επαγγελματική δραστηριότητα, οικονομική

επιβάρυνση και περιορισμένη δυνατότητα αξιοποίησης διαθέσιμων υπηρεσιών υποστήριξης. Οι συνθήκες αυτές ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο υγειονομικής παιδείας και τη συνολική ικανότητα διαχείρισης της φροντίδας (Honda et al., 2025; de Levante Raphael et al., 2026).

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την ανάπτυξη της υγειονομικής παιδείας. Η επαφή με επαγγελματίες υγείας, η διαθεσιμότητα ενημερωτικού υλικού, η ποιότητα της επικοινωνίας και η προσβασιμότητα των δομών υγείας μπορούν να επηρεάσουν ουσιαστικά την κατανόηση και αξιοποίηση πληροφοριών υγείας. Υπηρεσίες που παρέχουν σαφείς οδηγίες, κατανοητή επικοινωνία και εκπαιδευτική υποστήριξη συμβάλλουν στην ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας των χρηστών τους (Truong & Fenton, 2022).

Σύμφωνα με σύγχρονες προσεγγίσεις της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, η ευθύνη για τη βελτίωση της υγειονομικής παιδείας δεν αφορά αποκλειστικά το άτομο αλλά και τις ίδιες τις υγειονομικές οργανώσεις. Οι υπηρεσίες υγείας καλούνται να προσαρμόζουν την επικοινωνία, τα ενημερωτικά εργαλεία και τις παρεχόμενες πληροφορίες στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών, προωθώντας ένα περισσότερο «health literacy friendly» περιβάλλον (Truong & Fenton, 2022).

Επιπλέον, σημαντικοί θεωρούνται οι πολιτισμικοί και γλωσσικοί παράγοντες. Οι πολιτισμικές αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια, την ψυχική υγεία, τη θεραπεία και τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα κατανοούν και αξιοποιούν πληροφορίες υγείας. Γλωσσικά εμπόδια, χαμηλή εξοικείωση με ιατρική ορολογία ή διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια μπορούν να δυσχεράνουν την επικοινωνία και την κατανόηση θεραπευτικών οδηγιών (Andrulis & Brach, 2007).

Τα τελευταία χρόνια, αυξανόμενο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η επίδραση της ψηφιακής τεχνολογίας στην υγειονομική παιδεία. Η ευρεία διάδοση του διαδικτύου, των εφαρμογών υγείας, της τηλεϊατρικής και των ηλεκτρονικών πληροφοριών έχει δημιουργήσει νέες δυνατότητες ενημέρωσης, αλλά και νέες προκλήσεις. Η ψηφιακή υγειονομική παιδεία (digital health literacy) αφορά την ικανότητα αναζήτησης, αξιολόγησης και αξιοποίησης ηλεκτρονικών πληροφοριών υγείας. Η επάρκεια στις ψηφιακές δεξιότητες θεωρείται πλέον απαραίτητο στοιχείο

αποτελεσματικής συμμετοχής στο σύγχρονο σύστημα υγείας (van Kessel et al., 2022).

Για τους φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές, η ψηφιακή υγειονομική παιδεία αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς μεγάλο μέρος της ενημέρωσης, των ομάδων υποστήριξης, των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παρέχεται πλέον μέσω ψηφιακών μέσων. Ωστόσο, η περιορισμένη εξοικείωση με την τεχνολογία ή η δυσκολία αξιολόγησης της αξιοπιστίας των διαδικτυακών πηγών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη χρήση των διαθέσιμων εργαλείων (Oh et al., 2025).

Τέλος, σημαντική επίδραση ασκούν οι ατομικοί ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος, η αυτοπεποίθηση, τα κίνητρα και η προηγούμενη εμπειρία φροντίδας ή νόσου. Οι φροντιστές που βιώνουν υψηλό επίπεδο ψυχολογικής επιβάρυνσης ενδέχεται να παρουσιάζουν δυσκολίες συγκέντρωσης, επεξεργασίας πληροφοριών ή ενεργούς συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Η συναισθηματική κατάσταση και η ψυχική ανθεκτικότητα των φροντιστών μπορούν επομένως να επηρεάσουν σημαντικά την ανάπτυξη και εφαρμογή της υγειονομικής παιδείας (Grande et al., 2022).

Συνοψίζοντας, η υγειονομική παιδεία διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων που σχετίζονται τόσο με το άτομο όσο και με το ευρύτερο κοινωνικό και οργανωτικό περιβάλλον. Η διερεύνηση των παραγόντων αυτών παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία για τη μελέτη της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές, καθώς συμβάλλει στην κατανόηση των αναγκών τους και στον σχεδιασμό αποτελεσματικών εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων.

1.6 Υγειονομική Παιδεία και Υπηρεσίες Υγείας

Η υγειονομική παιδεία συνδέεται στενά με τη λειτουργία, την αποτελεσματικότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Η σχέση αυτή είναι αμφίδρομη, καθώς από τη μία πλευρά το επίπεδο υγειονομικής παιδείας των ατόμων επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και από την άλλη πλευρά, η οργάνωση και η ποιότητα των υπηρεσιών μπορούν να ενισχύσουν ή να περιορίσουν την ανάπτυξη της υγειονομικής παιδείας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η αποτελεσματική λειτουργία ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει

πολίτες και χρήστες υπηρεσιών που διαθέτουν επαρκή γνώση, επικοινωνιακές δεξιότητες και δυνατότητα ενεργού συμμετοχής στη διαχείριση της υγείας τους (Sørensen et al., 2012).

Ένας από τους σημαντικότερους άξονες σύνδεσης της υγειονομικής παιδείας με τις υπηρεσίες υγείας αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η πρόσβαση δεν περιορίζεται μόνο στη φυσική δυνατότητα επίσκεψης σε μία δομή υγείας αλλά περιλαμβάνει και την ικανότητα του ατόμου να εντοπίζει κατάλληλες υπηρεσίες, να κατανοεί τη λειτουργία τους και να αξιοποιεί αποτελεσματικά τις διαθέσιμες παροχές. Άτομα με χαμηλό επίπεδο υγειονομικής παιδείας συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη δομή των υπηρεσιών υγείας, τις διαδικασίες παραπομπής, τα δικαιώματα ασθενών ή τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμένη ή καθυστερημένη χρήση υπηρεσιών (Berkman et al., 2011).

Η υγειονομική παιδεία επηρεάζει επίσης τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους και αλληλεπιδρούν με το σύστημα υγείας. Η κατανόηση ιατρικών οδηγιών, η αξιολόγηση θεραπευτικών επιλογών, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελούν διαδικασίες που απαιτούν επαρκές επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων. Η χαμηλή υγειονομική παιδεία έχει συνδεθεί με αυξημένα ποσοστά νοσηλειών, συχνότερη χρήση υπηρεσιών επειγόντων περιστατικών, δυσκολίες διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων και αυξημένο οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας (Berkman et al., 2011).

Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας είναι η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και χρηστών υπηρεσιών. Η αποτελεσματική επικοινωνία θεωρείται βασική προϋπόθεση για την κατανόηση πληροφοριών, τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και τη βελτίωση της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Ωστόσο, η χρήση εξειδικευμένης ιατρικής ορολογίας, η περιορισμένη χρονική διάρκεια των ιατρικών επισκέψεων ή η ελλιπής εξατομίκευση της επικοινωνίας μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά εμπόδια στην κατανόηση πληροφοριών υγείας (Truong & Fenton, 2022).

Σύμφωνα με τις αρχές της ασθενοκεντρικής φροντίδας (patient-centered care), οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες, τις αξίες, τις προτιμήσεις και τις δυνατότητες κατανόησης των χρηστών τους. Η προσέγγιση αυτή

αναγνωρίζει ότι οι ασθενείς και οι φροντιστές δεν αποτελούν παθητικούς αποδέκτες ιατρικών οδηγιών αλλά ενεργούς συμμετέχοντες στη διαδικασία φροντίδας. Η ανάπτυξη ασθενοκεντρικών υπηρεσιών υγείας συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της υγειονομικής παιδείας και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου (Yang, 2022).

Τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον γύρω από την έννοια των «οργανισμών φιλικών προς την υγειονομική παιδεία» (health literacy friendly organizations). Η προσέγγιση αυτή υποστηρίζει ότι η ευθύνη για την κατανόηση πληροφοριών υγείας δεν βαρύνει αποκλειστικά το άτομο αλλά και τις ίδιες τις οργανώσεις υγείας. Ένα health literacy friendly περιβάλλον χαρακτηρίζεται από σαφή επικοινωνία, απλή γλώσσα, εύκολη πλοήγηση στις υπηρεσίες, κατανοητά ενημερωτικά έντυπα και ενεργή υποστήριξη των ασθενών και των φροντιστών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Truong & Fenton, 2022).

Η συγκεκριμένη προσέγγιση παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη διοίκηση μονάδων υγείας, καθώς αναδεικνύει τη σημασία οργανωτικών πρακτικών που ενισχύουν την προσβασιμότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε θέματα επικοινωνίας, η ανάπτυξη κατανοητού ενημερωτικού υλικού, η χρήση ψηφιακών εργαλείων υποστήριξης και η ενίσχυση της συμμετοχής ασθενών και φροντιστών αποτελούν βασικά στοιχεία ενός οργανισμού που προωθεί την υγειονομική παιδεία (Truong & Fenton, 2022).

Η σχέση μεταξύ υγειονομικής παιδείας και υπηρεσιών υγείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές. Οι φροντιστές αποτελούν συχνά τον βασικό σύνδεσμο μεταξύ του ασθενούς και του συστήματος υγείας, αναλαμβάνοντας τον συντονισμό ιατρικών επισκέψεων, τη διαχείριση θεραπευτικών οδηγιών, την παρακολούθηση συμπτωμάτων και την επικοινωνία με διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες (Reinhard et al., 2008).

Η φροντίδα ατόμων με άνοια και ψυχικές διαταραχές απαιτεί συνήθως μακροχρόνια συνεργασία με νοσοκομεία, δομές ψυχικής υγείας, κέντρα ημέρας, κοινοτικές υπηρεσίες, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες. Η πολυπλοκότητα αυτή αυξάνει σημαντικά τις απαιτήσεις σε επίπεδο υγειονομικής παιδείας. Οι φροντιστές καλούνται να κατανοούν πληροφορίες σχετικές με τη νόσο,

τη φαρμακευτική αγωγή, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, τις διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις και τις υπηρεσίες υποστήριξης (Rees et al., 2023).

Σε περιπτώσεις ανεπαρκούς υγειονομικής παιδείας, μπορεί να παρατηρηθούν δυσκολίες στην κατανόηση οδηγιών, καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας, μειωμένη αξιοποίηση διαθέσιμων υπηρεσιών και αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών. Αντίθετα, η ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, στην αποτελεσματικότερη συνεργασία με επαγγελματίες υγείας και στη μείωση της επιβάρυνσης των υπηρεσιών υγείας (Cabezas et al., 2025).

Από διοικητική σκοπιά, η ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών μπορεί να αποτελέσει στρατηγικό εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών, της ασφάλειας των ασθενών και της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, υπηρεσιών συμβουλευτικής, ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων και ψηφιακών εργαλείων υποστήριξης μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην ενδυνάμωση των φροντιστών και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας (Zhai et al., 2023).

Συμπερασματικά, η υγειονομική παιδεία και οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν αλληλένδετες έννοιες, οι οποίες αλληλοεπηρεάζονται σε πολλαπλά επίπεδα. Η κατανόηση της σχέσης αυτής είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη μελέτη των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές, καθώς αναδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας που υποστηρίζουν αποτελεσματικά την ενημέρωση, την επικοινωνία και τη συμμετοχή των φροντιστών στη διαδικασία φροντίδας.

1.7 Επιπτώσεις χαμηλής υγειονομικής παιδείας

Η χαμηλή υγειονομική παιδεία αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία και τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς συνδέεται με πληθώρα αρνητικών επιπτώσεων σε ατομικό, κοινωνικό και οργανωτικό επίπεδο. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι τα περιορισμένα επίπεδα υγειονομικής παιδείας επηρεάζουν την ικανότητα των ατόμων να κατανοούν πληροφορίες υγείας, να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις, να διαχειρίζονται αποτελεσματικά χρόνιες

παθήσεις και να χρησιμοποιούν ορθά τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας (Berkman et al., 2011).

Μία από τις σημαντικότερες συνέπειες της χαμηλής υγειονομικής παιδείας αφορά τις δυσκολίες κατανόησης πληροφοριών και θεραπευτικών οδηγιών. Τα άτομα με περιορισμένο επίπεδο υγειονομικής παιδείας ενδέχεται να αντιμετωπίζουν προβλήματα στην κατανόηση ιατρικών όρων, οδηγιών φαρμακευτικής αγωγής, αποτελεσμάτων εξετάσεων ή πληροφοριών που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία μιας νόσου. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη χρήση φαρμάκων, παραλείψεις στη θεραπεία ή αδυναμία εφαρμογής προτεινόμενων παρεμβάσεων (Shahid et al., 2022).

Η ανεπαρκής κατανόηση θεραπευτικών οδηγιών επηρεάζει άμεσα τη θεραπευτική συμμόρφωση (treatment adherence). Η θεραπευτική συμμόρφωση αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο το άτομο ακολουθεί τις οδηγίες που δίνονται από επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, τις διατροφικές οδηγίες, τις προληπτικές πρακτικές ή τις συστάσεις παρακολούθησης της υγείας. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, άτομα με χαμηλή υγειονομική παιδεία εμφανίζουν συχνότερα μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία, γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει την πορεία της νόσου και να επηρεάσει αρνητικά τα αποτελέσματα υγείας (Berkman et al., 2011).

Οι επιπτώσεις της χαμηλής υγειονομικής παιδείας είναι ιδιαίτερα έντονες στην περίπτωση χρόνιων και σύνθετων νοσημάτων, όπου η διαχείριση της ασθένειας απαιτεί συνεχή ενημέρωση, αυτοδιαχείριση και συνεργασία με πολλαπλές υπηρεσίες υγείας. Παθήσεις όπως η άνοια και οι ψυχικές διαταραχές προϋποθέτουν συστηματική παρακολούθηση, σύνθετα θεραπευτικά σχήματα και συχνή αλληλεπίδραση με επαγγελματίες υγείας, γεγονός που αυξάνει τις απαιτήσεις σε επίπεδο υγειονομικής παιδείας (Shahid et al., 2022).

Ένα ακόμη σημαντικό αποτέλεσμα της χαμηλής υγειονομικής παιδείας αφορά τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Άτομα με ανεπαρκές επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων συχνά παρουσιάζουν περιορισμένη χρήση προληπτικών υπηρεσιών, δυσκολία πρόσβασης σε κατάλληλες δομές υγείας και αυξημένη πιθανότητα καθυστερημένης αναζήτησης βοήθειας. Παράλληλα, παρατηρείται συχνότερη χρήση υπηρεσιών επειγόντων περιστατικών και αυξημένος αριθμός νοσηλειών, γεγονός που επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα υγείας (Coughlin et al., 2020).

Η αυξημένη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών και οι συχνότερες νοσηλείες συνδέονται με σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις για τα συστήματα υγείας. Η χαμηλή υγειονομική παιδεία έχει συσχετιστεί με υψηλότερο κόστος φροντίδας, μεγαλύτερη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και αυξημένη ανάγκη για ιατρικές παρεμβάσεις που θα μπορούσαν σε ορισμένες περιπτώσεις να είχαν προληφθεί μέσω αποτελεσματικότερης ενημέρωσης και διαχείρισης της υγείας (Nutbeam, 2000). Από τη σκοπιά της διοίκησης μονάδων υγείας, η ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας μπορεί να λειτουργήσει ως στρατηγικό εργαλείο βελτίωσης της αποδοτικότητας των υπηρεσιών και μείωσης του οικονομικού φορτίου (Coughlin et al., 2020).

Εκτός από τις κλινικές και οικονομικές συνέπειες, η χαμηλή υγειονομική παιδεία σχετίζεται και με ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Τα άτομα που δυσκολεύονται να κατανοήσουν πληροφορίες υγείας συχνά βιώνουν αυξημένο άγχος, ανασφάλεια, αίσθημα αδυναμίας και μειωμένη αυτοπεποίθηση κατά την επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας. Οι δυσκολίες αυτές ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ χρηστών υπηρεσιών υγείας και επαγγελματιών υγείας, περιορίζοντας τη συμμετοχή των ατόμων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Coughlin et al., 2020).

Οι επιπτώσεις της χαμηλής υγειονομικής παιδείας παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην περίπτωση των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές. Οι φροντιστές αυτοί καλούνται να διαχειριστούν μεγάλο όγκο πληροφοριών που αφορούν τη διάγνωση, τη φαρμακευτική αγωγή, την εξέλιξη της νόσου, τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης συμπτωμάτων. Περιορισμένο επίπεδο υγειονομικής παιδείας μπορεί να δυσχεράνει σημαντικά την αποτελεσματική διαχείριση της φροντίδας (Lo, 2019).

Στους φροντιστές ατόμων με άνοια, οι δυσκολίες κατανόησης πληροφοριών μπορεί να επηρεάσουν τη σωστή χορήγηση φαρμάκων, την αναγνώριση επιδείνωσης συμπτωμάτων, τη διαχείριση συμπεριφορικών διαταραχών και τη χρήση διαθέσιμων υποστηρικτικών υπηρεσιών. Αντίστοιχα, στους φροντιστές ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η ανεπαρκής υγειονομική παιδεία μπορεί να δυσχεράνει την κατανόηση της φύσης της νόσου, της σημασίας της θεραπευτικής συμμόρφωσης και της αναγνώρισης πρώιμων ενδείξεων υποτροπής (Lo, 2019).

Επιπλέον, η χαμηλή υγειονομική παιδεία μπορεί να ενισχύσει την ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών, αυξάνοντας το άγχος, την αβεβαιότητα, το αίσθημα ευθύνης και την κόπωση που συνδέεται με τη μακροχρόνια φροντίδα. Η αδυναμία κατανόησης ή διαχείρισης σύνθετων πληροφοριών υγείας ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την αυτοπεποίθηση των φροντιστών και να περιορίσει την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της φροντίδας (O'Connor et al., 2023).

Από διοικητική και οργανωτική σκοπιά, οι επιπτώσεις της χαμηλής υγειονομικής παιδείας αναδεικνύουν την ανάγκη ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας που προωθούν τη σαφή επικοινωνία, την εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών και την προσαρμογή των πληροφοριών στις δυνατότητες κατανόησης των χρηστών. Η δημιουργία health literacy friendly οργανισμών, η ενίσχυση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας και της ποιότητας φροντίδας (Truong & Fenton, 2022).

Συνολικά, η χαμηλή υγειονομική παιδεία συνδέεται με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις σε επίπεδο ατόμου, οικογένειας και συστήματος υγείας. Η διερεύνηση των επιπτώσεων αυτών παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία για τους φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές, καθώς η ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της φροντίδας, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΑΝΟΙΑ

2.1 Άνοια

Η άνοια αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας του 21ου αιώνα, καθώς συνδέεται με τη γήρανση του πληθυσμού, τη μακροχρόνια ανάγκη φροντίδας και την αυξημένη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, η οποία επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα, την κοινωνική συμμετοχή και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Η

άνοια δεν αποτελεί φυσιολογική συνέπεια της γήρανσης αλλά παθολογική κατάσταση που οφείλεται σε διαφορετικά νευροεκφυλιστικά ή αγγειακά αίτια (WHO, 2025).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2025), η άνοια ορίζεται ως ένα σύνδρομο χρόνιας ή προοδευτικής φύσης, το οποίο οδηγεί σε έκπτωση της μνήμης, της σκέψης, του προσανατολισμού, της κατανόησης, της μάθησης, της γλώσσας, της κρίσης και της ικανότητας εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι γνωστικές δυσλειτουργίες συνοδεύονται συχνά από μεταβολές στη συμπεριφορά, στη συναισθηματική κατάσταση, στα κίνητρα και στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

Η κλινική εικόνα της άνοιας χαρακτηρίζεται από προοδευτική επιδείνωση των γνωστικών λειτουργιών. Η διαταραχή της μνήμης αποτελεί συνήθως το κυρίαρχο και συχνότερα αναγνωρίσιμο σύμπτωμα, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου. Ωστόσο, πέρα από τη μνήμη, επηρεάζονται σημαντικά και άλλες γνωστικές λειτουργίες, όπως η προσοχή, η γλωσσική ικανότητα, η εκτελεστική λειτουργία, η αντίληψη και ο προσανατολισμός στον χρόνο και στον χώρο. Με την εξέλιξη της νόσου, τα άτομα παρουσιάζουν αυξανόμενη δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως η προσωπική υγιεινή, η διαχείριση οικονομικών υποχρεώσεων, η λήψη φαρμάκων και η κοινωνική επικοινωνία (Arvanitakis et al, 2019).

Η άνοια περιλαμβάνει διαφορετικές κλινικές μορφές και αιτιολογικές κατηγορίες. Η συχνότερη μορφή είναι η νόσος Alzheimer, η οποία ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό περιστατικών άνοιας παγκοσμίως. Άλλες σημαντικές μορφές περιλαμβάνουν την αγγειακή άνοια, η οποία σχετίζεται με διαταραχές της εγκεφαλικής αιμάτωσης, την άνοια με σωμάτια Lewy, καθώς και τη μετωποκροταφική άνοια, η οποία επηρεάζει κυρίως τη συμπεριφορά, την προσωπικότητα και τις γλωσσικές λειτουργίες (Livingston et al., 2024).

Η αιτιολογία της άνοιας είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει γενετικούς, βιολογικούς, περιβαλλοντικούς και αγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Η ηλικία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου, καθώς η πιθανότητα εμφάνισης άνοιας αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 65 ετών. Ωστόσο, η εμφάνιση άνοιας δεν θεωρείται αναπόφευκτη συνέπεια της γήρανσης. Επιπλέον παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την αρτηριακή υπέρταση, τον σακχαρώδη

διαβήτη, την παχυσαρκία, την καθιστική ζωή, το κάπνισμα, τη χαμηλή εκπαιδευτική επίδοση, την κοινωνική απομόνωση και την κατάθλιψη (Livingston et al., 2024).

Η επιδημιολογία της άνοιας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε διεθνές επίπεδο. Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, περισσότεροι από 55 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ζουν σήμερα με άνοια, ενώ καταγράφονται περίπου 10 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ετησίως. Η συνεχής αύξηση του προσδόκιμου ζωής αναμένεται να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του αριθμού των ατόμων με άνοια τις επόμενες δεκαετίες, δημιουργώντας σοβαρές προκλήσεις για τα εθνικά συστήματα υγείας (WHO, 2025).

Η άνοια συνδέεται με σημαντικές κοινωνικές, οικονομικές και οργανωτικές επιπτώσεις. Η προοδευτική απώλεια λειτουργικότητας δημιουργεί αυξημένη ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα, υποστηρικτικές υπηρεσίες και διεπιστημονική διαχείριση. Το οικονομικό φορτίο της άνοιας αφορά όχι μόνο τις άμεσες δαπάνες υγείας αλλά και το έμμεσο κόστος που σχετίζεται με τη μακροχρόνια φροντίδα, τη μειωμένη παραγωγικότητα και την επιβάρυνση των οικογενειών (Arvanitakis et al., 2019).

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει ο ρόλος των φροντιστών ατόμων με άνοια, οι οποίοι αποτελούν βασικό πυλώνα υποστήριξης της καθημερινής φροντίδας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, πρόκειται για άτυπους φροντιστές, κυρίως μέλη της οικογένειας, που αναλαμβάνουν την παρακολούθηση της θεραπείας, τη διαχείριση συμπεριφορικών συμπτωμάτων, την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας. Η φροντίδα ατόμων με άνοια συχνά συνοδεύεται από υψηλό επίπεδο ψυχολογικής, κοινωνικής και οικονομικής επιβάρυνσης, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων για τους φροντιστές (Brodaty & Donkin, 2009).

Η υγειονομική παιδεία των φροντιστών διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική διαχείριση της άνοιας. Οι φροντιστές καλούνται να κατανοούν πληροφορίες σχετικά με τη φύση της νόσου, τη φαρμακευτική αγωγή, τις θεραπευτικές επιλογές, τα συμπεριφορικά συμπτώματα και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης. Επαρκές επίπεδο υγειονομικής παιδείας μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, στη μείωση των λαθών στη διαχείριση της νόσου και στην αποτελεσματικότερη συνεργασία με επαγγελματίες υγείας (de Levante Raphael et al., 2026).

Διοικητικά, η αντιμετώπιση της άνοιας απαιτεί την ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας, τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων και την εφαρμογή πολιτικών υποστήριξης ασθενών και φροντιστών. Η ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας και αποδοτικότερης χρήσης των υπηρεσιών υγείας (Hellenic Ministry of Health, 2016).

2.2 Νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer αποτελεί τη συχνότερη μορφή άνοιας και μία από τις σημαντικότερες νευροεκφυλιστικές παθήσεις παγκοσμίως. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, η οποία επηρεάζει τη μνήμη, τη σκέψη, τη συμπεριφορά και την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Η νόσος έχει χρόνια και εξελικτική πορεία, οδηγώντας σταδιακά σε σημαντική απώλεια αυτονομίας και αυξημένη ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα (Alzheimer's Association, 2025).

Η νόσος Alzheimer αντιπροσωπεύει περίπου το 60–70% των περιπτώσεων άνοιας διεθνώς και θεωρείται σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω της αυξανόμενης συχνότητάς της, της σύνδεσής της με τη γήρανση του πληθυσμού και των σοβαρών κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων που προκαλεί (WHO, 2025).

Η παθοφυσιολογία της νόσου Alzheimer σχετίζεται με νευροεκφυλιστικές μεταβολές στον εγκέφαλο. Κύρια χαρακτηριστικά της νόσου αποτελούν η συσσώρευση β-αμυλοειδών πλακών (beta-amyloid plaques) και η δημιουργία νευροϊνιδιακών δεματίων πρωτεΐνης tau, τα οποία συμβάλλουν στη δυσλειτουργία και στον θάνατο νευρικών κυττάρων. Οι αλλοιώσεις αυτές οδηγούν σε σταδιακή ατροφία εγκεφαλικών περιοχών που σχετίζονται με τη μνήμη, τη μάθηση, την κρίση και τη συμπεριφορά (Yarns et al., 2022).

Η αιτιολογία της νόσου θεωρείται πολυπαραγοντική. Η ηλικία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου, με την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου να αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 65 ετών. Ωστόσο, έχουν αναγνωριστεί και άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η γενετική προδιάθεση, το οικογενειακό ιστορικό, η καρδιαγγειακή νόσος, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η

παχυσαρκία, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα και η κοινωνική απομόνωση (Livingston et al., 2024; Yarns et al., 2022).

Η κλινική εικόνα της νόσου Alzheimer εμφανίζεται συνήθως σταδιακά και εξελίσσεται προοδευτικά. Το αρχικό και συχνότερο σύμπτωμα είναι η διαταραχή της πρόσφατης μνήμης. Τα άτομα δυσκολεύονται να θυμηθούν πρόσφατες πληροφορίες, γεγονότα ή συνομιλίες, ενώ συχνά επαναλαμβάνουν ερωτήσεις ή ξεχνούν καθημερινές υποχρεώσεις. Με την εξέλιξη της νόσου επηρεάζονται επιπλέον γνωστικές λειτουργίες, όπως η γλώσσα, ο προσανατολισμός, η κρίση, η προσοχή και η εκτελεστική λειτουργία (Yarns et al., 2022).

Πέρα από τις γνωστικές διαταραχές, η νόσος Alzheimer συχνά συνοδεύεται από συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, απάθεια, διαταραχές ύπνου και ψευδαισθήσεις. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την καθημερινή λειτουργικότητα του ασθενούς και να αυξήσουν την επιβάρυνση των φροντιστών (Yarns et al., 2022).

Η πορεία της νόσου Alzheimer διακρίνεται συνήθως σε τρία βασικά στάδια: πρώιμο, μέτριο και προχωρημένο στάδιο. Στο πρώιμο στάδιο, οι γνωστικές διαταραχές είναι σχετικά ήπιες και το άτομο μπορεί να διατηρεί σημαντικό βαθμό ανεξαρτησίας. Ωστόσο, εμφανίζονται προβλήματα μνήμης, δυσκολίες συγκέντρωσης, απώλεια αντικειμένων και περιορισμένη ικανότητα οργάνωσης καθημερινών δραστηριοτήτων (Lui & Tsao, 2024).

Στο μέτριο στάδιο, παρατηρείται σημαντικότερη έκπτωση της λειτουργικότητας. Οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στην προσωπική φροντίδα, στον προσανατολισμό, στην επικοινωνία και στη διαχείριση καθημερινών υποχρεώσεων. Τα συμπεριφορικά συμπτώματα συχνά γίνονται εντονότερα, αυξάνοντας τις απαιτήσεις φροντίδας. Στο προχωρημένο στάδιο, η νόσος οδηγεί σε σοβαρή γνωστική και λειτουργική έκπτωση. Οι ασθενείς καθίστανται πλήρως εξαρτημένοι από τρίτους για βασικές δραστηριότητες, όπως η σίτιση, η μετακίνηση, η υγιεινή και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Lui & Tsao, 2024).

Η διάγνωση της νόσου Alzheimer βασίζεται σε συνδυασμό κλινικής αξιολόγησης, νευρολογικής εξέτασης, γνωστικών δοκιμασιών, λήψης ιστορικού και σε ορισμένες

περιπτώσεις, απεικονιστικών ή βιολογικών εξετάσεων. Η έγκαιρη διάγνωση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιτρέπει την ταχύτερη εφαρμογή θεραπευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων (Lui & Tsao, 2024).

Παρότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχει οριστική θεραπεία ίασης της νόσου Alzheimer, εφαρμόζονται φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει κυρίως αναστολείς χολινεστεράσης και άλλες θεραπευτικές επιλογές ανάλογα με την κλινική εικόνα. Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η γνωστική ενδυνάμωση, η εργοθεραπεία, η σωματική άσκηση και η εκπαίδευση των φροντιστών (National Institute on Aging, 2025).

Η νόσος Alzheimer επηρεάζει όχι μόνο τον ίδιο τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του. Οι φροντιστές συχνά βιώνουν σημαντική ψυχολογική, σωματική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση λόγω της μακροχρόνιας φροντίδας, των συμπεριφορικών διαταραχών και της σταδιακής απώλειας αυτονομίας του ασθενούς. Η συνεχής διαχείριση συμπτωμάτων, η επίβλεψη της καθημερινότητας και η ανάγκη λήψης αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία και την ασφάλεια του ασθενούς αυξάνουν σημαντικά το φορτίο των φροντιστών (Vu et al., 2022).

Στο πλαίσιο αυτό, η υγειονομική παιδεία των φροντιστών αποκτά καθοριστική σημασία. Οι φροντιστές ατόμων με νόσο Alzheimer χρειάζεται να κατανοούν πληροφορίες σχετικά με τη φύση της νόσου, την πορεία εξέλιξης, την φαρμακευτική αγωγή, τις συμπεριφορικές εκδηλώσεις και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης. Επαρκές επίπεδο υγειονομικής παιδείας μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση της φροντίδας, στη μείωση λαθών, στην αποτελεσματικότερη συνεργασία με επαγγελματίες υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών (Vu et al., 2022).

Συνεπώς, η νόσος Alzheimer δημιουργεί αυξημένες απαιτήσεις για ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών, διεπιστημονικής συνεργασίας, κοινοτικών υπηρεσιών και προγραμμάτων υποστήριξης φροντιστών.

2.3 Ψυχικές Διαταραχές

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, καθώς επηρεάζουν εκατομμύρια ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ή πολιτισμικού πλαισίου. Πρόκειται για παθήσεις που επηρεάζουν τη σκέψη, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά, την αντίληψη και τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου, επιδρώντας σημαντικά στην προσωπική, οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή (WHO, 2022, 2023).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία αποτελεί κατάσταση ευεξίας κατά την οποία το άτομο αναγνωρίζει τις δυνατότητές του, μπορεί να ανταποκρίνεται στις φυσιολογικές απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, να εργάζεται παραγωγικά και να συμβάλλει ενεργά στην κοινωνική του κοινότητα. Όταν η ψυχική ισορροπία διαταράσσεται σημαντικά και παρατηρούνται επίμονες δυσκολίες στη σκέψη, στη συμπεριφορά ή στη συναισθηματική λειτουργία, ενδέχεται να εμφανιστούν ψυχικές διαταραχές (WHO, 2022, 2023).

Οι ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από σημαντικές διαταραχές στη γνωστική λειτουργία, στη συναισθηματική ρύθμιση ή στη συμπεριφορά του ατόμου, οι οποίες συνδέονται με δυσλειτουργία σε ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διεργασίες. Η ένταση, η διάρκεια και η βαρύτητα των συμπτωμάτων ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο της διαταραχής και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου (American Psychiatric Association, 2022).

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων με διαφορετική αιτιολογία, συμπτωματολογία και θεραπευτική προσέγγιση. Η σύγχρονη ταξινόμηση βασίζεται κυρίως σε διεθνή διαγνωστικά συστήματα, όπως το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) της American Psychiatric Association και η International Classification of Diseases (ICD-11) του ΠΟΥ. Τα συστήματα αυτά παρέχουν κοινά διαγνωστικά κριτήρια και συμβάλλουν στην ομοιόμορφη αξιολόγηση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών σε διεθνές επίπεδο (American Psychiatric Association, 2022).

Οι βασικές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνουν τις ψυχωτικές διαταραχές, τις διαταραχές διάθεσης, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές προσωπικότητας, τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές, τις διατροφικές διαταραχές,

καθώς και τις διαταραχές που σχετίζονται με χρήση ουσιών. Στην παρούσα εργασία, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη, καθώς πρόκειται για νοσήματα που συχνά απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα και σημαντική εμπλοκή οικογενειακών φροντιστών (American Psychiatric Association, 2022).

Η αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών θεωρείται πολυπαραγοντική. Βιολογικοί, γενετικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη και εξέλιξη των ψυχικών παθήσεων. Γενετική προδιάθεση, νευροβιολογικές μεταβολές, τραυματικά γεγονότα ζωής, χρόνιο άγχος, κοινωνική απομόνωση, οικονομικές δυσκολίες, οικογενειακές συγκρούσεις και δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Vervoort et al, 2022).

Η επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών καταδεικνύει το μέγεθος του προβλήματος σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, εκατοντάδες εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ζουν με κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής, ενώ η κατάθλιψη συγκαταλέγεται μεταξύ των κυριότερων αιτιών αναπηρίας διεθνώς. Οι ψυχικές διαταραχές συνδέονται με αυξημένη νοσηρότητα, μειωμένη ποιότητα ζωής, δυσκολίες κοινωνικής ένταξης και σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις για τα άτομα, τις οικογένειες και τα συστήματα υγείας (WHO, 2022, 2023).

Οι συνέπειες των ψυχικών διαταραχών δεν περιορίζονται αποκλειστικά στον ίδιο τον ασθενή αλλά επηρεάζουν ουσιαστικά και το οικογενειακό περιβάλλον. Οι οικογένειες και οι φροντιστές συχνά αναλαμβάνουν σημαντικό μέρος της καθημερινής φροντίδας, της υποστήριξης και της παρακολούθησης της θεραπείας. Η φροντίδα ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές μπορεί να συνοδεύεται από έντονο συναισθηματικό φορτίο, κοινωνική απομόνωση, οικονομική επιβάρυνση και αυξημένο άγχος (Fekadu et al., 2019)

Η συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική πρόκληση στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Η άρνηση νόσου, το κοινωνικό στίγμα, οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και η περιορισμένη κατανόηση της φύσης της ασθένειας μπορεί να δυσχεράνουν τη θεραπευτική πορεία. Στο πλαίσιο αυτό, ο ρόλος των φροντιστών καθίσταται κρίσιμος, καθώς συχνά αναλαμβάνουν την παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, την αναγνώριση σημείων υποτροπής και

τη διευκόλυνση της επικοινωνίας με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Laranjeira et al., 2023).

Η υγειονομική παιδεία αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση των ψυχικών διαταραχών. Η κατανόηση της φύσης της νόσου, των θεραπευτικών επιλογών, των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών και των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί επαρκές επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους φροντιστές τους. Παράλληλα, η έννοια της ψυχικής υγειονομικής παιδείας (mental health literacy) αναφέρεται στις γνώσεις και πεποιθήσεις που διευκολύνουν την αναγνώριση, τη διαχείριση και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών (Sampaio et al, 2022).

Για τους φροντιστές ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η επαρκής υγειονομική παιδεία μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της κατανόησης της νόσου, στην αποτελεσματικότερη διαχείριση κρίσεων, στην αναγνώριση πρώιμων συμπτωμάτων υποτροπής και στην καλύτερη αξιοποίηση διαθέσιμων υπηρεσιών υποστήριξης. Αντίθετα, περιορισμένο επίπεδο γνώσεων μπορεί να αυξήσει τη σύγχυση, το άγχος και τη δυσκολία διαχείρισης της φροντίδας (Poreddi et al., 2015).

Ολοκληρώνοντας, οι ψυχικές διαταραχές δημιουργούν αυξημένες απαιτήσεις για ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινοτικών δομών, διεπιστημονικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων υποστήριξης ασθενών και οικογενειών. Η ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας και της ψυχικής υγειονομικής παιδείας μπορεί να αποτελέσει σημαντική στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών, της θεραπευτικής συμμόρφωσης και της συνολικής αποτελεσματικότητας των συστημάτων ψυχικής υγείας.

2.3.1 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία σοβαρή, χρόνια και σύνθετη ψυχική διαταραχή, η οποία επηρεάζει σημαντικά τη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά και τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου. Πρόκειται για διαταραχή με πολυπαραγοντική αιτιολογία και σημαντικές κοινωνικές, οικογενειακές και οικονομικές επιπτώσεις, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για το περιβάλλον τους. Η σχιζοφρένεια συγκαταλέγεται μεταξύ των σοβαρότερων ψυχικών διαταραχών λόγω της χρόνιας πορείας της, της συχνής ανάγκης για μακροχρόνια

θεραπεία και της επίδρασής της στην ποιότητα ζωής των ατόμων (American Psychiatric Association, 2022).

Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2022), η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από διαταραχές στη σκέψη, στην αντίληψη, στη συναισθηματική ανταπόκριση και στη συμπεριφορά, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική λειτουργικότητα. Η διαταραχή εμφανίζεται συνήθως στην ύστερη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή, με διαφοροποιήσεις ανάλογα με το φύλο, τα γενετικά χαρακτηριστικά και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σε επιδημιολογικό επίπεδο, η σχιζοφρένεια επηρεάζει περίπου το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού, γεγονός που την καθιστά λιγότερο συχνή συγκριτικά με άλλες ψυχικές διαταραχές αλλά ιδιαίτερα σημαντική λόγω της σοβαρότητας και της λειτουργικής έκπτωσης που προκαλεί. Η διαταραχή συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού, ανεργίας, σωματικών νοσημάτων, μειωμένου προσδόκιμου επιβίωσης και αυξημένης ανάγκης χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Patel et al., 2014).

Η αιτιολογία της σχιζοφρένειας θεωρείται πολυπαραγοντική, καθώς εμπλέκονται γενετικοί, νευροβιολογικοί, ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η γενετική προδιάθεση αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου, καθώς η πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής αυξάνεται σημαντικά όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό. Παράλληλα, νευροαναπτυξιακές διαταραχές, δυσλειτουργίες νευροδιαβιβαστών, ιδιαίτερα του ντοπαμινεργικού συστήματος, προγεννητικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικό στρες, τραυματικές εμπειρίες και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη της νόσου (Patel et al., 2014).

Η κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, τα οποία διακρίνονται συνήθως σε θετικά, αρνητικά και γνωστικά συμπτώματα. Τα θετικά συμπτώματα αναφέρονται σε εμπειρίες ή συμπεριφορές που προστίθενται στη φυσιολογική λειτουργία του ατόμου. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η αποδιοργανωμένη σκέψη και η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις αποτελούν μία από τις συχνότερες εκδηλώσεις της νόσου (van Os & Kapur, 2009).

Τα αρνητικά συμπτώματα σχετίζονται με απώλεια ή μείωση φυσιολογικών λειτουργιών και συναισθηματικών εκφράσεων. Σε αυτά περιλαμβάνονται η απάθεια,

η κοινωνική απόσυρση, η μειωμένη συναισθηματική ανταπόκριση, η περιορισμένη λεκτική έκφραση και η μειωμένη παρακίνηση. Τα συμπτώματα αυτά συχνά δυσχεραίνουν σημαντικά την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών. Τα γνωστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολίες συγκέντρωσης, προβλήματα μνήμης, διαταραχές εκτελεστικών λειτουργιών και μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων. Οι γνωστικές δυσκολίες επηρεάζουν ουσιαστικά την καθημερινή λειτουργικότητα και την ικανότητα ανεξάρτητης διαβίωσης (van Os & Kapur, 2009).

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση, στη λήψη ψυχιατρικού ιστορικού και στην εφαρμογή διαγνωστικών κριτηρίων σύμφωνα με το DSM-5-TR ή το ICD-11. Η έγκαιρη αναγνώριση της νόσου θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση, ταχύτερη παρέμβαση και βελτίωση της θεραπευτικής πορείας (Patel et al., 2014).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει φαρμακευτικές, ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Η φαρμακευτική αγωγή βασίζεται κυρίως στη χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων, ενώ παράλληλα εφαρμόζονται ψυχοεκπαίδευση, οικογενειακή θεραπεία, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, συμβουλευτική και κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η μακροχρόνια παρακολούθηση και η συνέχιση της θεραπείας θεωρούνται κρίσιμες για την πρόληψη υποτροπών (Patel et al., 2014).

Η σχιζοφρένεια δεν επηρεάζει αποκλειστικά τον ασθενή αλλά ασκεί σημαντική επίδραση και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Οι οικογένειες και οι φροντιστές συχνά αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στη διαχείριση της καθημερινότητας, της θεραπείας, των κοινωνικών δυσκολιών και των πιθανών κρίσεων που σχετίζονται με τη νόσο. Η φροντίδα ατόμων με σχιζοφρένεια συνδέεται συχνά με αυξημένο caregiver burden, συναισθηματική εξάντληση, κοινωνική απομόνωση, οικονομική επιβάρυνση και υψηλά επίπεδα άγχους (Awad & Voruganti, 2008).

Σε αυτό το πλαίσιο, η υγειονομική παιδεία και η ψυχική υγειονομική παιδεία των φροντιστών αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Οι φροντιστές χρειάζεται να κατανοούν τη φύση της διαταραχής, τη σημασία της θεραπευτικής συμμόρφωσης, τα συμπτώματα υποτροπής, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επαρκές επίπεδο γνώσεων μπορεί να συμβάλει

στην αποτελεσματικότερη διαχείριση κρίσεων, στη μείωση των υποτροπών και στη βελτίωση της συνεργασίας με επαγγελματίες υγείας (Shamsaei et al, 2015).

Συνεπώς, η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας απαιτεί την ανάπτυξη ολοκληρωμένων, προσβάσιμων και κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η ενίσχυση προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης, η υποστήριξη οικογενειών και φροντιστών, η ανάπτυξη υπηρεσιών αποκατάστασης και η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και χρηστών υπηρεσιών αποτελούν σημαντικούς άξονες αποτελεσματικής διοίκησης στο πεδίο της ψυχικής υγείας.

2.3.2 Διπολική Διαταραχή

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μία σοβαρή χρόνια ψυχική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντικές διακυμάνσεις στη διάθεση, στην ενεργητικότητα, στη συμπεριφορά και στη λειτουργικότητα του ατόμου. Η διαταραχή επηρεάζει ουσιαστικά την προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή των ασθενών και συχνά συνοδεύεται από αυξημένη ανάγκη μακροχρόνιας θεραπευτικής παρακολούθησης και υποστήριξης (National Institute of Mental Health, 2024).

Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2022), η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από εναλλαγές μεταξύ περιόδων μανίας, υπομανίας και κατάθλιψης, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη σκέψη, τη συμπεριφορά, τη συναισθηματική κατάσταση και τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου. Η πορεία της νόσου μπορεί να είναι επεισοδιακή, υποτροπιάζουσα ή χρόνια, με περιόδους ύφεσης και επανεμφάνισης συμπτωμάτων.

Σε επιδημιολογικό επίπεδο, η διπολική διαταραχή επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα, λειτουργική έκπτωση και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας. Η νόσος εμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή, αν και η ηλικία έναρξης μπορεί να ποικίλλει (National Institute of Mental Health, 2024).

Η αιτιολογία της διπολικής διαταραχής θεωρείται πολυπαραγοντική. Η γενετική προδιάθεση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, καθώς η πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής αυξάνεται όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου. Παράλληλα, νευροβιολογικοί μηχανισμοί, διαταραχές στη λειτουργία

νευροδιαβιβαστών, ορμονικές μεταβολές, περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες, τραυματικές εμπειρίες ζωής και δυσμενείς ψυχοκοινωνικές συνθήκες φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση και εξέλιξη της διαταραχής (National Institute of Mental Health, 2024).

Η διπολική διαταραχή διακρίνεται σε διαφορετικούς τύπους, με συχνότερους τη Διπολική Διαταραχή Τύπου I και τη Διπολική Διαταραχή Τύπου II. Η Διπολική Διαταραχή Τύπου I χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων μανιακών επεισοδίων, τα οποία ενδέχεται να συνοδεύονται από καταθλιπτικά επεισόδια. Αντίθετα, στη Διπολική Διαταραχή Τύπου II παρατηρούνται υπομανιακά επεισόδια σε συνδυασμό με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, χωρίς την πλήρη ένταση της μανίας (American Psychiatric Association, 2022).

Η κλινική εικόνα της διπολικής διαταραχής χαρακτηρίζεται από την παρουσία διαφορετικών τύπων επεισοδίων. Τα μανιακά επεισόδια περιλαμβάνουν έντονα αυξημένη διάθεση, υπερδραστηριότητα, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, αυξημένη αυτοπεποίθηση ή μεγαλομανία, παρορμητικότητα, υπερβολική ομιλητικότητα και δυσκολία συγκέντρωσης. Σε σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί να εμφανιστούν ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις (Oliva et al, 2024).

Τα υπομανιακά επεισόδια εμφανίζουν παρόμοια συμπτωματολογία αλλά μικρότερη ένταση και περιορισμένη λειτουργική επιβάρυνση συγκριτικά με τα μανιακά επεισόδια. Παρά την ηπιότερη μορφή τους, μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την καθημερινότητα και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Τα καταθλιπτικά επεισόδια χαρακτηρίζονται από επίμονη θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, κόπωση, διαταραχές ύπνου και όρεξης, αισθήματα ενοχής ή αναξιότητας, δυσκολίες συγκέντρωσης και, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτοκτονικό ιδεασμό. Τα καταθλιπτικά επεισόδια αποτελούν συχνά ιδιαίτερα επιβαρυντικό στοιχείο της νόσου, καθώς επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής (Oliva et al, 2024).

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση, στη λήψη λεπτομερούς ψυχιατρικού ιστορικού και στην εφαρμογή διεθνών διαγνωστικών κριτηρίων, όπως αυτά περιγράφονται στο DSM-5-TR και στο ICD-11. Η έγκαιρη και ορθή διάγνωση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η διαταραχή συχνά συγχέεται

με άλλες ψυχικές παθήσεις, ιδιαίτερα με τις καταθλιπτικές διαταραχές (National Institute of Mental Health, 2024).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνει φαρμακευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Η φαρμακευτική αγωγή βασίζεται κυρίως σε σταθεροποιητές διάθεσης, αντιψυχωσικά φάρμακα και, σε ορισμένες περιπτώσεις, αντικαταθλιπτικά υπό στενή ιατρική παρακολούθηση. Παράλληλα, εφαρμόζονται ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, ψυχοεκπαίδευση, συμβουλευτική και οικογενειακές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της θεραπευτικής συμμόρφωσης και την πρόληψη υποτροπών (Oliva et al, 2024).

Η διπολική διαταραχή επηρεάζει σημαντικά και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Οι οικογένειες και οι φροντιστές συχνά αναλαμβάνουν ρόλο υποστήριξης κατά τη διάρκεια μανιακών ή καταθλιπτικών επεισοδίων, συμμετέχουν στη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και καλούνται να αναγνωρίζουν έγκαιρα σημεία πιθανής υποτροπής. Η μακροχρόνια φροντίδα συνδέεται συχνά με αυξημένο άγχος, συναισθηματική κόπωση, οικονομική επιβάρυνση και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις (Perlick et al, 2007).

Σε αυτό το πλαίσιο, η υγειονομική παιδεία και η ψυχική υγειονομική παιδεία των φροντιστών αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Οι φροντιστές χρειάζεται να κατανοούν τη φύση της διαταραχής, τα χαρακτηριστικά των επεισοδίων, τη σημασία της φαρμακευτικής συμμόρφωσης, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η επαρκής γνώση μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση υποτροπών, στη βελτίωση της συνεργασίας με επαγγελματίες υγείας και στην αποτελεσματικότερη υποστήριξη του ασθενούς (Girdhar & Patil, 2023).

2.3.3 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως και συγκαταλέγεται μεταξύ των κυριότερων αιτιών αναπηρίας και λειτουργικής έκπτωσης στον γενικό πληθυσμό. Πρόκειται για μία σύνθετη διαταραχή της διάθεσης, η οποία επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση, τη σκέψη, τη συμπεριφορά και τη συνολική ποιότητα ζωής του ατόμου. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε

οποιαδήποτε ηλικία και να επηρεάσει σημαντικά την προσωπική, κοινωνική, οικογενειακή και επαγγελματική λειτουργικότητα (WHO, 2023).

Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2022), η μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονη καταθλιπτική διάθεση ή/και απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για δραστηριότητες που προηγουμένως θεωρούνταν ευχάριστες, συνοδευόμενες από γνωστικά, σωματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα που επηρεάζουν ουσιαστικά την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου.

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, εκατοντάδες εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως βιώνουν κάποια μορφή καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ η νόσος συγκαταλέγεται μεταξύ των κυριότερων αιτιών αναπηρίας διεθνώς. Η υψηλή συχνότητα εμφάνισης, η χρόνια πορεία σε ορισμένες περιπτώσεις και η σύνδεσή της με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας αναδεικνύουν τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισής της (WHO, 2023).

Η αιτιολογία της κατάθλιψης θεωρείται πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει βιολογικούς, γενετικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η γενετική προδιάθεση, οι διαταραχές στη λειτουργία νευροδιαβιβαστών, οι ορμονικές μεταβολές, οι χρόνιες σωματικές παθήσεις, τα τραυματικά γεγονότα ζωής, η κοινωνική απομόνωση, η ανεργία, οι οικονομικές δυσκολίες και το χρόνια στρες έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών (Krishnan & Nestler, 2010).

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης περιλαμβάνει ποικίλα συμπτώματα διαφορετικής έντασης και διάρκειας. Τα κυριότερα συμπτώματα περιλαμβάνουν επίμονη θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, αίσθημα κενού ή απελπισίας, κόπωση, μειωμένη ενεργητικότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, αισθήματα ενοχής ή αναξιότητας, διαταραχές ύπνου, μεταβολές στην όρεξη και στο σωματικό βάρος, καθώς και μειωμένη λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή. Σε σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί να εμφανιστούν αυτοκαταστροφικές σκέψεις ή αυτοκτονικός ιδεασμός (Kennedy, 2008).

Η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο τη συναισθηματική κατάσταση αλλά και τη συνολική κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Τα άτομα που

ζουν με κατάθλιψη συχνά δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις, να εργαστούν αποτελεσματικά ή να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες. Παράλληλα, η κατάθλιψη συνδέεται συχνά με αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας, συννοσηρότητα με σωματικά νοσήματα και σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής (National Health Service, 2025).

Η διάγνωση της κατάθλιψης βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση, στη λήψη αναλυτικού ιστορικού και στην εφαρμογή διεθνών διαγνωστικών κριτηρίων σύμφωνα με το DSM-5-TR ή το ICD-11. Η έγκαιρη αναγνώριση της διαταραχής θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιτρέπει την άμεση έναρξη θεραπευτικών παρεμβάσεων και τη μείωση του κινδύνου επιδείνωσης της νόσου (American Psychiatric Association, 2022).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει φαρμακευτικές, ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει κυρίως αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ενώ παράλληλα εφαρμόζονται ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία και άλλες εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται συνδυαστική θεραπεία ή πιο εντατική ψυχιατρική παρακολούθηση (National Health Service, 2025).

Η κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι οικογένειες και οι φροντιστές συχνά βιώνουν έντονο συναισθηματικό φορτίο, αίσθημα ανησυχίας, δυσκολίες κατανόησης της συμπτωματολογίας και αυξημένη ευθύνη υποστήριξης του ασθενούς. Η μακροχρόνια διαχείριση της νόσου, η ανάγκη ενθάρρυνσης για θεραπευτική συμμόρφωση και ο φόβος υποτροπών ή αυτοκτονικού κινδύνου μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ψυχική ευεξία των φροντιστών (Cham et al., 2022).

Η υγειονομική παιδεία και η ψυχική υγειονομική παιδεία των φροντιστών αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Οι φροντιστές χρειάζεται να διαθέτουν βασικές γνώσεις σχετικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τη σημασία της έγκαιρης αναζήτησης βοήθειας, τη θεραπευτική διαδικασία, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η επαρκής γνώση μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση σημείων επιδείνωσης, στη βελτίωση της

θεραπευτικής συμμόρφωσης και στην αποτελεσματικότερη συνεργασία με επαγγελματίες υγείας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η σχέση της κατάθλιψης με τους φροντιστές ατόμων με άνοια και σοβαρές ψυχικές διαταραχές, καθώς η μακροχρόνια επιβάρυνση της φροντίδας έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ίδιους τους φροντιστές. Το χρόνιο άγχος, η συναισθηματική εξάντληση, η κοινωνική απομόνωση και οι οικονομικές απαιτήσεις της φροντίδας μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική υγεία των οικογενειακών φροντιστών (Turcu et al, 2026).

2.4 Επιπτώσεις στην οικογένεια και στους φροντιστές

Η φροντίδα ατόμων με άνοια και ψυχικές διαταραχές επηρεάζει σημαντικά όχι μόνο τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η καθημερινή υποστήριξη παρέχεται από μέλη της οικογένειας ή άλλα πρόσωπα του άμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος, τα οποία λειτουργούν ως άτυποι φροντιστές. Οι φροντιστές αυτοί αναλαμβάνουν πολυδιάστατο ρόλο, ο οποίος περιλαμβάνει πρακτική, συναισθηματική, κοινωνική και οργανωτική υποστήριξη του ασθενούς (Chadda, 2014).

Ο ρόλος του οικογενειακού φροντιστή έχει αποκτήσει αυξανόμενη σημασία τις τελευταίες δεκαετίες, ιδιαίτερα λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, της αύξησης των χρόνιων νοσημάτων και της μετατόπισης της φροντίδας από τα ιδρυματικά πλαίσια προς την κοινότητα και την οικογένεια. Οι φροντιστές συχνά αναλαμβάνουν τη διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, τη συνοδεία σε ιατρικές επισκέψεις, την παρακολούθηση συμπτωμάτων, τη συναισθηματική υποστήριξη και τη διευκόλυνση της επικοινωνίας με επαγγελματίες υγείας (Schulz et al., 2020).

Η μακροχρόνια εμπλοκή στη φροντίδα συνδέεται συχνά με σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση. Οι φροντιστές μπορεί να βιώνουν αυξημένο άγχος, συναισθηματική εξάντληση, αίσθημα ευθύνης, θλίψη, ενοχές και αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της νόσου και την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η συνεχής ανάγκη επαγρύπνησης, η διαχείριση κρίσεων και η σταδιακή απώλεια λειτουργικότητας των ασθενών μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ψυχική υγεία των φροντιστών (Chadda, 2014; Turcu et al, 2026).

Στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ευρέως η έννοια της επιβάρυνσης φροντιστή (caregiver burden), η οποία αναφέρεται στη συνολική σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση που βιώνουν τα άτομα τα οποία παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα. Το φορτίο φροντιστή μπορεί να είναι αντικειμενικό, όπως οι απαιτήσεις χρόνου, οι οικονομικές δυσκολίες ή η πρακτική φροντίδα, αλλά και υποκειμενικό, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο ο φροντιστής βιώνει και αξιολογεί την εμπειρία της φροντίδας (Zarit et al., 1980).

Η χρόνια επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης (caregiver burnout). Οι φροντιστές συχνά παραμελούν τις προσωπικές τους ανάγκες, περιορίζουν την κοινωνική τους ζωή, μειώνουν τον χρόνο ανάπαυσης ή παρουσιάζουν δυσκολίες ισορροπίας μεταξύ φροντίδας, εργασίας και οικογενειακών υποχρεώσεων. Η κατάσταση αυτή μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συνολική ποιότητα ζωής, την ψυχική υγεία και τη σωματική ευεξία των φροντιστών (Goto et al., 2023).

Πέρα από την ψυχολογική επιβάρυνση, η φροντίδα συνδέεται συχνά με κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Η ανάγκη παροχής καθημερινής υποστήριξης μπορεί να περιορίσει την επαγγελματική δραστηριότητα, να αυξήσει τις οικονομικές δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη ή να επηρεάσει τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Οι φροντιστές ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στη διατήρηση κοινωνικών επαφών, αυξημένο αίσθημα απομόνωσης και περιορισμένες ευκαιρίες προσωπικής ανάπτυξης ή αναψυχής (Goto et al., 2023).

Η επιβάρυνση των φροντιστών εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην περίπτωση της άνοιας. Η προοδευτική γνωστική έκπτωση, οι διαταραχές μνήμης, οι μεταβολές στη συμπεριφορά και η αυξανόμενη εξάρτηση των ασθενών δημιουργούν αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας. Οι φροντιστές ατόμων με άνοια καλούνται συχνά να διαχειριστούν επιθετική συμπεριφορά, διαταραχές ύπνου, σύγχυση και σταδιακή απώλεια επικοινωνιακής ικανότητας του ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί συνδέονται με υψηλά επίπεδα άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συναισθηματικής κόπωσης στους φροντιστές (Brodaty & Donkin, 2009).

Αντίστοιχα, η φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές συνοδεύεται από ιδιαίτερες προκλήσεις. Οι οικογένειες και οι φροντιστές ατόμων με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή ή κατάθλιψη συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες που σχετίζονται με

υποτροπές, κρίσεις, θεραπευτική μη συμμόρφωση, κοινωνικό στίγμα και αβεβαιότητα σχετικά με την πορεία της νόσου. Η διαχείριση συμπεριφορικών αλλαγών, η ανάγκη συνεχούς υποστήριξης και οι κοινωνικές προκαταλήψεις μπορούν να επιβαρύνουν σημαντικά το οικογενειακό περιβάλλον (Roxburgh et al., 2025).

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η σχέση μεταξύ υγειονομικής παιδείας και επιβάρυνσης των φροντιστών. Η αποτελεσματική διαχείριση της φροντίδας προϋποθέτει ικανότητα κατανόησης πληροφοριών σχετικά με τη νόσο, τη θεραπευτική αγωγή, τα συμπτώματα, τις πιθανές επιπλοκές και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης. Οι φροντιστές με επαρκές επίπεδο υγειονομικής παιδείας είναι πιθανότερο να αναγνωρίζουν έγκαιρα σημεία επιδείνωσης, να συνεργάζονται αποτελεσματικά με επαγγελματίες υγείας και να αξιοποιούν κατάλληλα τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Αντίθετα, περιορισμένο επίπεδο υγειονομικής παιδείας μπορεί να αυξήσει τη σύγχυση, το άγχος και τη δυσκολία λήψης αποφάσεων, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο την ποιότητα της φροντίδας όσο και τη ψυχική κατάσταση του φροντιστή. Η ανεπαρκής κατανόηση ιατρικών πληροφοριών, η δυσκολία πλοήγησης στο σύστημα υγείας ή η περιορισμένη γνώση σχετικά με διαθέσιμες δομές υποστήριξης μπορούν να εντείνουν το φορτίο φροντίδας (Häikiö et al, 2020).

Η βιβλιογραφία αναδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων για φροντιστές. Προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, ομάδες υποστήριξης, συμβουλευτικές υπηρεσίες, προγράμματα διαχείρισης άγχους και παρεμβάσεις ενίσχυσης υγειονομικής παιδείας έχουν συσχετιστεί με βελτίωση της γνώσης, μείωση της επιβάρυνσης και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των φροντιστών (Devor & Renvall, 2008).

Η υποστήριξη των φροντιστών αποτελεί κρίσιμο ζήτημα για τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Η ανάπτυξη υπηρεσιών φιλικών προς τους φροντιστές, η βελτίωση της πρόσβασης σε πληροφορίες, η ενίσχυση κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας και η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και στη μείωση του συνολικού φορτίου των υπηρεσιών υγείας (Devor & Renvall, 2008).

Συμπερασματικά, η φροντίδα ατόμων με άνοια και ψυχικές διαταραχές επηρεάζει πολυδιάστατα την οικογένεια και τους φροντιστές. Η κατανόηση των ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών και οργανωτικών επιπτώσεων της φροντίδας είναι ιδιαίτερα

σημαντική για τη διερεύνηση της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών και για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών και παρεμβάσεων υποστήριξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Ο ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

3.1 Ο ρόλος του φροντιστή στη φροντίδα ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές

Ο ρόλος του φροντιστή αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα στη διαχείριση χρόνιων, νευροεκφυλιστικών και ψυχικών παθήσεων, ιδιαίτερα στην περίπτωση της άνοιας και των ψυχικών διαταραχών, όπου οι ανάγκες φροντίδας είναι συχνά μακροχρόνιες, σύνθετες και πολυδιάστατες. Οι φροντιστές λειτουργούν ως βασικοί υποστηρικτές των ασθενών, συμβάλλοντας στην κάλυψη αναγκών που σχετίζονται με τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υποστήριξη, την κοινωνική ένταξη και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες υγείας (Brodaty & Donkin, 2009).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, ο όρος φροντιστής (caregiver) αναφέρεται σε άτομα που παρέχουν συστηματική υποστήριξη σε ασθενείς με λειτουργικούς περιορισμούς ή χρόνια νοσήματα. Οι φροντιστές διακρίνονται συνήθως σε τυπικούς φροντιστές (formal caregivers), οι οποίοι παρέχουν επαγγελματικές υπηρεσίες υγείας ή κοινωνικής φροντίδας, και σε άτυπους φροντιστές (informal caregivers), οι οποίοι είναι συνήθως μέλη της οικογένειας, συγγενείς ή στενά πρόσωπα του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενούς (Brodaty & Donkin, 2009).

Στην περίπτωση της άνοιας και των ψυχικών διαταραχών, η φροντίδα παρέχεται κατά κύριο λόγο από άτυπους φροντιστές. Οι οικογενειακοί φροντιστές αναλαμβάνουν ουσιαστικό ρόλο στην καθημερινή διαχείριση της νόσου, στη συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς, στη διαχείριση θεραπευτικών οδηγιών και στην επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας. Ο ρόλος αυτός καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικός λόγω της χρόνιας φύσης των παθήσεων, της πιθανής γνωστικής ή

ψυχικής δυσλειτουργίας των ασθενών και της ανάγκης συνεχούς παρακολούθησης (Zwaanswijk et al, 2013).

Στη φροντίδα ατόμων με άνοια, οι φροντιστές καλούνται να ανταποκριθούν σε ένα ευρύ φάσμα αναγκών. Η προοδευτική γνωστική έκπτωση, οι διαταραχές μνήμης, οι δυσκολίες επικοινωνίας, οι μεταβολές συμπεριφοράς και η αυξανόμενη απώλεια αυτονομίας καθιστούν απαραίτητη τη συνεχή υποστήριξη των ασθενών. Οι φροντιστές συχνά αναλαμβάνουν την παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, την παροχή βοήθειας στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, την αντιμετώπιση συμπεριφορικών συμπτωμάτων και την εξασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς (Zwaanswijk et al, 2013).

Αντίστοιχα, στη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι φροντιστές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της θεραπευτικής διαδικασίας, στην ενίσχυση της συμμόρφωσης στη θεραπεία, στην αναγνώριση σημείων υποτροπής και στη διαχείριση κρίσεων. Η φροντίδα ατόμων με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή ή κατάθλιψη μπορεί να περιλαμβάνει πρακτική βοήθεια στην καθημερινότητα, συναισθηματική ενίσχυση, υποστήριξη κοινωνικής λειτουργικότητας και διευκόλυνση της πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Perlick et al, 2007).

Ο ρόλος του φροντιστή δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην πρακτική φροντίδα αλλά περιλαμβάνει και λειτουργίες συντονισμού της φροντίδας. Οι φροντιστές συχνά αποτελούν τον κύριο σύνδεσμο μεταξύ του ασθενούς και του συστήματος υγείας, οργανώνοντας ιατρικές επισκέψεις, διαχειριζόμενοι διοικητικές διαδικασίες, αναζητώντας πληροφορίες υγείας και συνεργαζόμενοι με διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες. Η πολυπλοκότητα αυτού του ρόλου αυξάνει σημαντικά τις απαιτήσεις σε επίπεδο γνώσεων, δεξιοτήτων και οργανωτικής ικανότητας (Liu et al, 2020).

Σε αυτό το πλαίσιο, η υγειονομική παιδεία των φροντιστών αποκτά καθοριστική σημασία. Οι φροντιστές χρειάζεται να διαθέτουν επαρκή ικανότητα κατανόησης πληροφοριών σχετικών με τη διάγνωση, τη θεραπευτική αγωγή, τις πιθανές επιπλοκές, τις συμπεριφορικές εκδηλώσεις της νόσου και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης. Παράλληλα, καλούνται να αξιολογούν πληροφορίες υγείας, να

λαμβάνουν αποφάσεις και να συνεργάζονται αποτελεσματικά με επαγγελματίες υγείας (Parnell, 2014).

Η χαμηλή υγειονομική παιδεία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον ρόλο του φροντιστή, οδηγώντας σε δυσκολίες κατανόησης θεραπευτικών οδηγιών, λανθασμένη διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, περιορισμένη αξιοποίηση διαθέσιμων υπηρεσιών και αυξημένο άγχος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αντίθετα, επαρκές επίπεδο υγειονομικής παιδείας μπορεί να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση των φροντιστών, να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και να διευκολύνει την αποτελεσματική συνεργασία με το σύστημα υγείας (Parnell, 2014).

Οι φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές συχνά αναλαμβάνουν τον ρόλο του «συνεργάτη στη φροντίδα» (care partner), συμμετέχοντας ενεργά στη λήψη αποφάσεων και στη θεραπευτική διαδικασία. Η σύγχρονη προσέγγιση της ασθενοκεντρικής φροντίδας αναγνωρίζει την ανάγκη ενεργού εμπλοκής των φροντιστών στη διαχείριση της νόσου και στην επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, οι φροντιστές συχνά λειτουργούν ως φορείς υποστήριξης της θεραπευτικής συμμόρφωσης. Η παρακολούθηση της λήψης φαρμάκων, η υπενθύμιση θεραπευτικών οδηγιών, η αναγνώριση ανεπιθύμητων ενεργειών και η ενθάρρυνση συνέχισης της θεραπείας αποτελούν βασικές πτυχές της καθημερινής φροντίδας. Ο ρόλος αυτός αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε παθήσεις όπως η σχιζοφρένεια ή η νόσος Alzheimer, όπου η γνωστική έκπτωση μπορεί να δυσχεραίνει την αυτόνομη διαχείριση της θεραπείας (Kinchin et al, 2022)

Η αναγνώριση του ρόλου των φροντιστών αποτελεί κρίσιμο ζήτημα για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών υγείας. Η ανάπτυξη υπηρεσιών υποστήριξης φροντιστών, η παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και οικογενειών και η ενίσχυση της πρόσβασης σε πληροφορίες μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και στη μείωση της επιβάρυνσης τόσο των οικογενειών όσο και των συστημάτων υγείας.

Ο ρόλος του φροντιστή στη φροντίδα ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές είναι πολυσύνθετος και ιδιαίτερα απαιτητικός. Η κατανόηση των ευθυνών, των αναγκών και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές είναι απαραίτητη για τη διερεύνηση της υγειονομικής τους παιδείας και την ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν την αποτελεσματική διαχείριση της φροντίδας.

3.2 Υγειονομική παιδεία φροντιστών

Η υγειονομική παιδεία των φροντιστών αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό πεδίο μελέτης στο πλαίσιο της φροντίδας χρόνιων, νευροεκφυλιστικών και ψυχικών νοσημάτων. Οι φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές αναλαμβάνουν σύνθετες ευθύνες που σχετίζονται με τη διαχείριση θεραπευτικών πληροφοριών, τη λήψη αποφάσεων, την επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας και τη συνεχή υποστήριξη του ασθενούς. Ως εκ τούτου, το επίπεδο υγειονομικής παιδείας των φροντιστών επηρεάζει σημαντικά τόσο την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όσο και την αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (Sørensen et al., 2012).

Η έννοια της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών βασίζεται στις γενικές θεωρητικές προσεγγίσεις της υγειονομικής παιδείας, προσαρμοσμένες όμως στον ιδιαίτερο ρόλο που αναλαμβάνει το άτομο που παρέχει φροντίδα. Η υγειονομική παιδεία των φροντιστών αναφέρεται στην ικανότητα αναζήτησης, κατανόησης, αξιολόγησης και αξιοποίησης πληροφοριών υγείας που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική διαχείριση της φροντίδας ενός ασθενούς (Sørensen et al., 2012).

Στην περίπτωση των φροντιστών, η υγειονομική παιδεία δεν αφορά αποκλειστικά προσωπικές αποφάσεις υγείας αλλά επεκτείνεται στη διαχείριση της υγείας ενός άλλου ατόμου. Οι φροντιστές καλούνται να κατανοούν πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση, τη φαρμακευτική αγωγή, την πορεία της νόσου, τις πιθανές επιπλοκές, τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και τις απαιτήσεις καθημερινής φροντίδας. Η πολυπλοκότητα αυτού του ρόλου καθιστά την υγειονομική παιδεία βασική προϋπόθεση ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας (Liu et al., 2020).

Ένα βασικό στοιχείο της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών είναι η ικανότητα πρόσβασης σε πληροφορίες υγείας. Οι φροντιστές συχνά αναζητούν πληροφορίες από επαγγελματίες υγείας, επιστημονικά ενημερωτικά έντυπα, διαδικτυακές πηγές, ομάδες υποστήριξης ή οργανώσεις ασθενών. Η ικανότητα εντοπισμού κατάλληλων και αξιόπιστων πληροφοριών είναι ιδιαίτερα σημαντική σε καταστάσεις όπου απαιτούνται ταχεία λήψη αποφάσεων ή διαχείριση σύνθετων συμπτωμάτων (Liu et al., 2020).

Εξίσου σημαντική είναι η κατανόηση πληροφοριών υγείας. Οι φροντιστές χρειάζεται να κατανοούν ιατρικές οδηγίες, φαρμακευτικά σχήματα, αποτελέσματα εξετάσεων,

θεραπευτικές επιλογές και οδηγίες παρακολούθησης. Η δυσκολία κατανόησης σύνθετων πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διαχείριση της φροντίδας, ανεπαρκή εφαρμογή θεραπευτικών οδηγιών ή αυξημένο άγχος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Liu et al., 2020).

Μία ακόμη κρίσιμη διάσταση αφορά την αξιολόγηση των πληροφοριών υγείας. Στη σύγχρονη ψηφιακή εποχή, οι φροντιστές έχουν πρόσβαση σε μεγάλο όγκο πληροφοριών μέσω διαδικτύου, κοινωνικών δικτύων και ηλεκτρονικών κοινοτήτων υποστήριξης. Ωστόσο, η ποιότητα και η εγκυρότητα των πληροφοριών αυτών δεν είναι πάντα διασφαλισμένες. Η ικανότητα αξιολόγησης της αξιοπιστίας πηγών πληροφόρησης αποτελεί βασικό στοιχείο της υγειονομικής παιδείας και μπορεί να επηρεάσει άμεσα τις αποφάσεις που λαμβάνονται σχετικά με τη φροντίδα (Zhai et al., 2023).

Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία έχει η εφαρμογή των πληροφοριών στην καθημερινή φροντίδα. Οι φροντιστές καλούνται να μετατρέπουν θεωρητικές πληροφορίες σε πρακτικές παρεμβάσεις, όπως η ορθή χορήγηση φαρμάκων, η αναγνώριση συμπτωμάτων επιδείνωσης, η αντιμετώπιση κρίσεων και η αξιοποίηση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας. Η αποτελεσματική εφαρμογή γνώσεων αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της λειτουργικής υγειονομικής παιδείας (Yang, 2022).

Η υγειονομική παιδεία των φροντιστών επηρεάζει επίσης σημαντικά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και τη θεραπευτική συμμόρφωση. Οι φροντιστές συχνά συμμετέχουν ενεργά σε αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή, τη νοσηλεία, τις υποστηρικτικές υπηρεσίες ή την καθημερινή διαχείριση της νόσου. Η επάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων μπορεί να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση των φροντιστών και να διευκολύνει τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει και η επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας. Οι φροντιστές αποτελούν συχνά τον βασικό σύνδεσμο μεταξύ ασθενών και υπηρεσιών υγείας, συμμετέχοντας σε ιατρικές επισκέψεις, μεταφέροντας πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και ζητώντας διευκρινίσεις για θεραπευτικές οδηγίες. Η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί επαρκή υγειονομική παιδεία, καθώς προϋποθέτει κατανόηση ιατρικής ορολογίας, ικανότητα διατύπωσης ερωτημάτων και δυνατότητα συνεργασίας με επαγγελματίες υγείας (Yang, 2022).

Η σημασία της υγειονομικής παιδείας γίνεται ιδιαίτερα εμφανής στη φροντίδα ατόμων με άνοια. Οι φροντιστές ασθενών με άνοια καλούνται να διαχειρίζονται γνωστικές διαταραχές, προβλήματα μνήμης, συμπεριφορικές εκδηλώσεις, αυξημένη εξάρτηση και σταδιακή απώλεια λειτουργικότητας. Η κατανόηση της φύσης της νόσου, των θεραπευτικών επιλογών και των διαθέσιμων υποστηρικτικών υπηρεσιών είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική διαχείριση της καθημερινής φροντίδας. Αντίστοιχα, στη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές, η υγειονομική παιδεία συνδέεται στενά με την έννοια της ψυχικής υγειονομικής παιδείας. Οι φροντιστές χρειάζεται να αναγνωρίζουν συμπτώματα υποτροπής, να κατανοούν τη σημασία της θεραπευτικής συμμόρφωσης, να γνωρίζουν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και να αξιοποιούν κατάλληλα τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Poreddi et al., 2015).

Η υγειονομική παιδεία των φροντιστών αποτελεί κρίσιμο παράγοντα αποτελεσματικής διαχείρισης της φροντίδας σε άτομα με άνοια και ψυχικές διαταραχές. Η διερεύνηση του επιπέδου υγειονομικής παιδείας των φροντιστών μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση των αναγκών τους και στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν την ποιότητα φροντίδας και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (Shahid et al., 2022).

3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία των φροντιστών

Η υγειονομική παιδεία των φροντιστών δεν αποτελεί ένα σταθερό ή ομοιογενές χαρακτηριστικό, αλλά διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση πολλών ατομικών, κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών και οργανωτικών παραγόντων. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία για τους φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές, καθώς επιτρέπει την αναγνώριση αναγκών, την ερμηνεία διαφοροποιήσεων στο επίπεδο γνώσεων και τη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης (Verbakel et al, 2018).

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες είναι η ηλικία των φροντιστών. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η ηλικία μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την ικανότητα πρόσβασης, κατανόησης και αξιοποίησης πληροφοριών υγείας. Οι

μεγαλύτερης ηλικίας φροντιστές συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες που σχετίζονται με μειωμένη εξοικείωση με την τεχνολογία, περιορισμένες ψηφιακές δεξιότητες ή δυσκολία κατανόησης σύνθετων πληροφοριών υγείας. Από την άλλη πλευρά, η μεγαλύτερη ηλικία ενδέχεται να συνοδεύεται από αυξημένη εμπειρία στη διαχείριση προβλημάτων υγείας και μεγαλύτερη εξοικείωση με τις υπηρεσίες υγείας (Lo, 2019; Lorini et al., 2023)

Σημαντική επίδραση ασκεί και το μορφωτικό επίπεδο, το οποίο θεωρείται από τους βασικότερους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγειονομικής παιδείας. Οι φροντιστές με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζουν συνήθως μεγαλύτερη ικανότητα κατανόησης ιατρικής ορολογίας, καλύτερη αξιολόγηση πληροφοριών και αυξημένη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αντίθετα, περιορισμένο μορφωτικό επίπεδο μπορεί να συνδέεται με δυσκολίες κατανόησης θεραπευτικών οδηγιών, μειωμένη χρήση εκπαιδευτικού υλικού και δυσκολία πλοήγησης στο σύστημα υγείας (Nutbeam, 2000).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει το επίπεδο υγειονομικής παιδείας των φροντιστών. Παράγοντες όπως το εισόδημα, οι οικονομικές δυνατότητες, η εργασιακή κατάσταση και η κοινωνική ασφάλιση επηρεάζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, σε πηγές πληροφόρησης και σε προγράμματα εκπαίδευσης ή υποστήριξης. Οι οικονομικές δυσκολίες μπορεί να περιορίσουν τη δυνατότητα αξιοποίησης υπηρεσιών ή να αυξήσουν το άγχος και τη συνολική επιβάρυνση των φροντιστών. Η επαγγελματική κατάσταση συνδέεται επίσης με την υγειονομική παιδεία. Οι εργαζόμενοι φροντιστές καλούνται συχνά να συνδυάσουν επαγγελματικές υποχρεώσεις με απαιτήσεις μακροχρόνιας φροντίδας, γεγονός που μπορεί να περιορίσει τον διαθέσιμο χρόνο για ενημέρωση, εκπαίδευση ή συμμετοχή σε προγράμματα υποστήριξης. Παράλληλα, η εργασιακή εμπειρία σε επαγγέλματα που σχετίζονται με την υγεία ή την κοινωνική φροντίδα μπορεί να συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα γνώσεων και εξοικείωσης με το σύστημα υγείας (Verbakel et al, 2018).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η συγγενική σχέση με τον ασθενή. Οι σύζυγοι, οι γονείς, τα παιδιά ή άλλα μέλη της οικογένειας ενδέχεται να βιώνουν διαφορετικές εμπειρίες και απαιτήσεις φροντίδας. Για παράδειγμα, οι σύζυγοι φροντιστές συχνά παρέχουν εντονότερη και περισσότερο μακροχρόνια φροντίδα, ενώ τα ενήλικα παιδιά

μπορεί να καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα στη φροντίδα, στην εργασία και στις προσωπικές οικογενειακές υποχρεώσεις. Η διάρκεια και η ένταση της φροντίδας αποτελούν επιπλέον σημαντικούς παράγοντες. Η καθημερινή ή πολυετής εμπλοκή στη φροντίδα μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη εμπειρία, γνώση και εξοικείωση με τη νόσο και το σύστημα υγείας. Ωστόσο, η υψηλή ένταση φροντίδας μπορεί ταυτόχρονα να αυξήσει την ψυχολογική εξουθένωση, το άγχος και τις δυσκολίες επεξεργασίας πληροφοριών (Verbakel et al, 2018).

Η πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας επηρεάζει σημαντικά την ανάπτυξη της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών. Η συχνή επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας, η ύπαρξη κατανοητού ενημερωτικού υλικού, η διαθεσιμότητα εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η εύκολη πρόσβαση σε δομές υποστήριξης μπορούν να ενισχύσουν ουσιαστικά το επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων των φροντιστών (Verbakel et al, 2018).

Στη σύγχρονη εποχή, αυξανόμενη σημασία παρουσιάζει και η ψηφιακή υγειονομική παιδεία. Οι φροντιστές χρησιμοποιούν ολοένα περισσότερο ψηφιακά μέσα για αναζήτηση πληροφοριών, επικοινωνία με υπηρεσίες υγείας, συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης και πρόσβαση σε εκπαιδευτικό υλικό. Η ικανότητα αξιοποίησης ψηφιακών εργαλείων και αξιολόγησης διαδικτυακών πληροφοριών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της φροντίδας (Oh et al., 2025).

Παράλληλα, η ψυχολογική επιβάρυνση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγειονομική παιδεία. Οι φροντιστές που βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, κόπωσης, κατάθλιψης ή συναισθηματικής εξάντλησης ενδέχεται να παρουσιάζουν μειωμένη συγκέντρωση, δυσκολίες λήψης αποφάσεων και περιορισμένη δυνατότητα αξιοποίησης πληροφοριών υγείας (Shamsaei et al, 2015).

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν επίσης τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ασθενούς, όπως ο τύπος της νόσου, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, το επίπεδο λειτουργικότητας και η παρουσία συμπεριφορικών ή ψυχολογικών διαταραχών. Η φροντίδα ασθενών με προχωρημένη άνοια ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές συνδέεται συχνά με μεγαλύτερες απαιτήσεις γνώσεων, αυξημένη ανάγκη επικοινωνίας με υπηρεσίες υγείας και εντονότερο φορτίο φροντίδας (Shamsaei et al, 2015).

Στην περίπτωση της άνοιας, η σταδιακή γνωστική έκπτωση, οι διαταραχές συμπεριφοράς και η αυξανόμενη εξάρτηση των ασθενών δημιουργούν αυξημένες ανάγκες για κατανόηση θεραπευτικών πληροφοριών, διαχείριση συμπτωμάτων και αξιοποίηση υποστηρικτικών υπηρεσιών. Αντίστοιχα, στη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι υποτροπές, η πιθανή θεραπευτική μη συμμόρφωση, το κοινωνικό στίγμα και οι κρίσεις ψυχικής υγείας αυξάνουν τις απαιτήσεις σε επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων των φροντιστών (Shamsaei et al, 2015).

Η αναγνώριση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγειονομική παιδεία των φροντιστών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον σχεδιασμό πολιτικών υγείας και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Η ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης προσαρμοσμένων στα χαρακτηριστικά των φροντιστών, η ενίσχυση της προσβασιμότητας σε πληροφορίες, η αξιοποίηση ψηφιακών εργαλείων και η υποστήριξη ψυχικής ανθεκτικότητας μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.

Άρα, η υγειονομική παιδεία των φροντιστών επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων που αφορούν το άτομο, το κοινωνικό περιβάλλον, τα χαρακτηριστικά της φροντίδας και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Η διερεύνηση των παραγόντων αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική για την κατανόηση των αναγκών των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές και για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών ενδυνάμωσης και υποστήριξης.

3.4 Ψυχική υγειονομική παιδεία των φροντιστών

Η έννοια της Ψυχικής Υγειονομικής Παιδείας (Mental Health Literacy) αποτελεί σημαντικό πεδίο μελέτης στο πλαίσιο της πρόληψης, της αναγνώρισης και της αποτελεσματικής διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών. Η ψυχική υγειονομική παιδεία αναφέρεται στις γνώσεις, στις πεποιθήσεις και στις δεξιότητες που διευκολύνουν την αναγνώριση, τη διαχείριση και την πρόληψη προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η ανάπτυξη επαρκούς επιπέδου Ψυχικής Υγειονομικής Παιδείας θεωρείται βασική προϋπόθεση για την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας, τη θεραπευτική συμμόρφωση και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας (Jorm et al., 1997).

Η έννοια εισήχθη αρχικά από τον Jorm και τους συνεργάτες του, οι οποίοι όρισαν την ψυχική υγειονομική παιδεία ως το σύνολο των γνώσεων και πεποιθήσεων που

συμβάλλουν στην αναγνώριση, στη διαχείριση ή στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η ψυχική υγειονομική παιδεία περιλαμβάνει επιμέρους διαστάσεις, όπως η αναγνώριση διαταραχών, η γνώση παραγόντων κινδύνου και αιτιολογικών παραγόντων, η γνώση θεραπευτικών επιλογών, η κατανόηση τρόπων αυτοβοήθειας και η ικανότητα αναζήτησης επαγγελματικής υποστήριξης. Ένα βασικό στοιχείο της Ψυχικής Υγειονομικής Παιδείας είναι η ικανότητα αναγνώρισης συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών. Η έγκαιρη αναγνώριση σημείων ψυχικής δυσλειτουργίας μπορεί να συμβάλει στην ταχύτερη αναζήτηση βοήθειας και στην έγκαιρη εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ωστόσο, πολλές ψυχικές διαταραχές παραμένουν υποδιαγνωσμένες ή καθυστερούν να αναγνωριστούν, είτε λόγω περιορισμένης γνώσης είτε λόγω κοινωνικών στερεοτύπων και στίγματος (Jorm et al., 1997).

Η ψυχική υγειονομική παιδεία περιλαμβάνει επίσης γνώσεις σχετικά με τη θεραπεία και τη διαχείριση ψυχικών διαταραχών. Η κατανόηση θεραπευτικών επιλογών, η γνώση σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, η ενημέρωση για ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και η γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να ενισχύσουν τη θεραπευτική πορεία και την ποιότητα φροντίδας (Poreddi et al., 2015).

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν και οι στάσεις απέναντι στην ψυχική νόσο. Οι πεποιθήσεις σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την ψυχική ασθένεια, αναζητούν βοήθεια ή συνεργάζονται με υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αρνητικές στάσεις, στερεότυπα και κοινωνικές προκαταλήψεις μπορούν να λειτουργήσουν ως σημαντικά εμπόδια στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία (Ahad et al, 2023).

Η έννοια του στίγματος αποτελεί κεντρική διάσταση της ψυχικής υγειονομικής παιδείας. Το κοινωνικό στίγμα το οποίο συνοδεύει πολλές ψυχικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση, άρνηση αναζήτησης βοήθειας, χαμηλή θεραπευτική συμμόρφωση και επιβάρυνση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Η βελτίωση της Ψυχικής Υγειονομικής Παιδείας έχει συσχετιστεί με μείωση στιγματιστικών αντιλήψεων και ενίσχυση θετικών στάσεων απέναντι στην ψυχική υγεία (Ahad et al, 2023).

Η ψυχική υγειονομική παιδεία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην περίπτωση των φροντιστών ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι φροντιστές αποτελούν βασικούς υποστηρικτές της θεραπευτικής διαδικασίας και συχνά συμμετέχουν ενεργά στην καθημερινή διαχείριση της νόσου. Οι απαιτήσεις αυτού του ρόλου προϋποθέτουν επαρκή γνώση σχετικά με τα συμπτώματα, τη θεραπεία, τις πιθανές υποτροπές και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Awad, & Voruganti, 2008).

Στη φροντίδα ατόμων με σχιζοφρένεια, οι φροντιστές χρειάζεται να αναγνωρίζουν ψυχωτικά συμπτώματα, μεταβολές συμπεριφοράς, ενδείξεις υποτροπής και πιθανά προβλήματα θεραπευτικής συμμόρφωσης. Στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής, είναι σημαντική η αναγνώριση μανιακών, υπομανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων, καθώς και η κατανόηση της ανάγκης συνεχούς θεραπευτικής παρακολούθησης. Αντίστοιχα, στη κατάθλιψη, οι φροντιστές καλούνται να αναγνωρίζουν συμπτώματα επιδείνωσης, συναισθηματική απόσυρση, λειτουργική έκπτωση και πιθανό αυτοκτονικό ιδεασμό (Awad, & Voruganti, 2008).

Η επαρκής ψυχική υγειονομική παιδεία των φροντιστών μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη θεραπευτική συμμόρφωση, στην έγκαιρη αναγνώριση υποτροπών και στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η γνώση και η κατανόηση της νόσου μπορούν να μειώσουν την αβεβαιότητα, να ενισχύσουν την αίσθηση ελέγχου και να βελτιώσουν την αυτοπεποίθηση των φροντιστών κατά τη διαδικασία παροχής φροντίδας (Kaşan & Sakız, 2025).

Παράλληλα, η ψυχική υγειονομική παιδεία σχετίζεται στενά με την επιβάρυνση φροντιστή. Περιορισμένο επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη φύση των ψυχικών διαταραχών μπορεί να αυξήσει το άγχος, τη σύγχυση, τις δυσκολίες διαχείρισης κρίσεων και τη συναισθηματική επιβάρυνση των φροντιστών. Αντίθετα, επαρκής ενημέρωση μπορεί να ενισχύσει την ανθεκτικότητα, την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και τη συνολική ποιότητα ζωής (Kalhovde & Kitzmüller, 2024).

Η ψυχική υγειονομική παιδεία συνδέεται επίσης με τη χρήση και την αξιοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι φροντιστές που διαθέτουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων είναι πιθανότερο να αναζητούν έγκαιρα βοήθεια, να αξιοποιούν κατάλληλες θεραπευτικές δομές και να συνεργάζονται αποτελεσματικά με επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Αντίθετα, η περιορισμένη γνώση ή οι στιγματιστικές αντιλήψεις μπορούν να

λειτουργήσουν ως εμπόδιο στην πρόσβαση και αξιοποίηση υπηρεσιών (Kalhonde & Kitzmüller, 2024).

Η διερεύνηση του επιπέδου της ψυχικής υγειονομικής παιδείας μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση των εκπαιδευτικών αναγκών των φροντιστών και στον σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν την ποιότητα φροντίδας και τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

3.5 Εκπαιδευτικές ανάγκες και ανάγκες υποστήριξης φροντιστών

Οι φροντιστές ασθενών με άνοια και ψυχικές διαταραχές καλούνται να ανταποκριθούν σε σύνθετες και πολυδιάστατες απαιτήσεις φροντίδας, οι οποίες συχνά υπερβαίνουν τις αρχικές γνώσεις, δεξιότητες και ψυχολογικές αντοχές τους. Ως αποτέλεσμα, οι ανάγκες εκπαίδευσης και υποστήριξης των φροντιστών αποτελούν σημαντικό πεδίο ενδιαφέροντος για τα συστήματα υγείας, τους επαγγελματίες υγείας και την επιστημονική κοινότητα (Coutinho Borges et al., 2025).

Οι εκπαιδευτικές ανάγκες των φροντιστών αφορούν κυρίως την ανάγκη απόκτησης γνώσεων σχετικά με τη φύση της νόσου, την πορεία εξέλιξης, τις θεραπευτικές επιλογές, τη φαρμακευτική αγωγή και τις καθημερινές απαιτήσεις φροντίδας. Οι φροντιστές συχνά αναφέρουν περιορισμένη προετοιμασία για τον ρόλο που καλούνται να αναλάβουν, ιδιαίτερα όταν η διάγνωση είναι πρόσφατη ή όταν η νόσος παρουσιάζει πολύπλοκη συμπτωματολογία (Committee on Family Caregiving for Older Adults, 2016).

Μία βασική κατηγορία αναγκών αφορά την ενημέρωση σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία. Οι φροντιστές χρειάζεται να κατανοούν τα βασικά χαρακτηριστικά της πάθησης, την εξέλιξη των συμπτωμάτων, τις πιθανές επιπλοκές, τη σημασία της θεραπευτικής συμμόρφωσης και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Η επαρκής γνώση μπορεί να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση των φροντιστών και να μειώσει την αβεβαιότητα κατά τη λήψη αποφάσεων. Εξίσου σημαντικές είναι οι ανάγκες ανάπτυξης πρακτικών δεξιοτήτων φροντίδας. Η καθημερινή φροντίδα ασθενών με άνοια ή ψυχικές διαταραχές απαιτεί δεξιότητες επικοινωνίας, διαχείρισης συμπεριφορικών προβλημάτων, αναγνώρισης συμπτωμάτων επιδείνωσης, ασφαλούς χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής και αποτελεσματικής αντιμετώπισης κρίσεων. Η

εκπαίδευση σε πρακτικές τεχνικές φροντίδας μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και στη μείωση του φορτίου των φροντιστών (Committee on Family Caregiving for Older Adults, 2016).

Σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών διαδραματίζει η ψυχοεκπαίδευση (psychoeducation). Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν οργανωμένη παροχή πληροφοριών, εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης, ενίσχυση θεραπευτικής συνεργασίας και υποστήριξη στη διαχείριση συναισθηματικών δυσκολιών. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης μπορούν να βελτιώσουν τη γνώση των φροντιστών, να μειώσουν την επιβάρυνση και να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Brodsky & Donkin, 2009).

Πέρα από την εκπαιδευτική διάσταση, οι φροντιστές παρουσιάζουν σημαντικές ανάγκες ψυχολογικής υποστήριξης. Η μακροχρόνια φροντίδα συχνά συνοδεύεται από αυξημένο άγχος, συναισθηματική κόπωση, καταθλιπτικά συμπτώματα, αίσθημα απομόνωσης και μειωμένη ποιότητα ζωής. Ως εκ τούτου, οι φροντιστές χρειάζονται πρόσβαση σε υπηρεσίες συμβουλευτικής, ψυχολογικής ενδυνάμωσης και διαχείρισης άγχους. Ιδιαίτερα σημαντικές θεωρούνται οι ομάδες υποστήριξης φροντιστών, οι οποίες προσφέρουν ευκαιρίες ανταλλαγής εμπειριών, κοινωνικής ενδυνάμωσης και συναισθηματικής έκφρασης. Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης μπορεί να μειώσει το αίσθημα μοναξιάς, να ενισχύσει την ψυχική ανθεκτικότητα και να προσφέρει πρακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης καθημερινών δυσκολιών (Becerra Carrillo et al, 2024).

Επιπλέον, οι φροντιστές αντιμετωπίζουν συχνά κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες υποστήριξης. Οι αυξημένες οικονομικές δαπάνες, η πιθανή μείωση επαγγελματικής δραστηριότητας, οι δυσκολίες ισορροπίας μεταξύ φροντίδας και προσωπικής ζωής και η περιορισμένη κοινωνική συμμετοχή μπορούν να επιβαρύνουν σημαντικά την καθημερινότητα των φροντιστών. Συνεπώς, η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, οικονομικής συμβουλευτικής και πρακτικών μορφών υποστήριξης παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία (Otis-Green & Juarez, 2012)

Οι ανάγκες εκπαίδευσης και υποστήριξης αποκτούν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στη φροντίδα ατόμων με άνοια. Οι φροντιστές ατόμων με άνοια συχνά χρειάζονται εξειδικευμένη ενημέρωση σχετικά με τη γνωστική έκπτωση, τις συμπεριφορικές

διαταραχές, τις τεχνικές επικοινωνίας, τη διαχείριση περιπλάνησης, τις διαταραχές ύπνου και την πρόληψη κινδύνων στην καθημερινότητα. Παράλληλα, η σταδιακή επιδείνωση της νόσου δημιουργεί ανάγκη συνεχούς προσαρμογής των γνώσεων και των δεξιοτήτων των φροντιστών (Leocadie et al., 2020).

Αντίστοιχα, στη φροντίδα ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι ανάγκες υποστήριξης σχετίζονται συχνά με τη διαχείριση υποτροπών, την αναγνώριση πρώιμων συμπτωμάτων κρίσης, την κατανόηση της φαρμακευτικής αγωγής και τη βελτίωση της θεραπευτικής συνεργασίας. Οι φροντιστές ατόμων με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή ή κατάθλιψη συχνά χρειάζονται εξειδικευμένη ψυχοεκπαίδευση προσαρμοσμένη στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε νόσου (Leocadie et al., 2020).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην υποστήριξη των φροντιστών είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται όχι μόνο να παρέχουν θεραπευτική φροντίδα στους ασθενείς αλλά και να λειτουργούν ως πηγή ενημέρωσης, εκπαίδευσης και καθοδήγησης για τους φροντιστές. Η σαφής επικοινωνία, η χρήση κατανοητής γλώσσας και η ενεργός συμμετοχή των φροντιστών στη διαδικασία φροντίδας μπορούν να ενισχύσουν σημαντικά την υγειονομική παιδεία και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Reinhard et al., 2008).

Τα τελευταία χρόνια αυξανόμενο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι ψηφιακές μορφές εκπαίδευσης και υποστήριξης (e-health interventions). Ηλεκτρονικές πλατφόρμες εκπαίδευσης, τηλεσυμβουλευτική, διαδικτυακές ομάδες υποστήριξης, εφαρμογές κινητών συσκευών και ψηφιακό ενημερωτικό υλικό μπορούν να διευκολύνουν την πρόσβαση των φροντιστών σε πληροφορίες και υπηρεσίες, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις γεωγραφικών ή χρονικών περιορισμών (Oh et al., 2025; Zhai et al., 2023).

Η αναγνώριση των εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών αναγκών των φροντιστών είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών υγείας. Η ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης, κοινοτικών υπηρεσιών υποστήριξης, συμβουλευτικών δομών και ψηφιακών εργαλείων ενημέρωσης μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, της ψυχικής ευεξίας των φροντιστών και της συνολικής αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας.

Συμπερασματικά, οι εκπαιδευτικές ανάγκες και οι ανάγκες υποστήριξης των φροντιστών αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για τη διαχείριση της φροντίδας σε άτομα με άνοια και ψυχικές διαταραχές. Η αναγνώριση και η κάλυψη των αναγκών αυτών μπορούν να συμβάλουν στην ενίσχυση της υγειονομικής παιδείας, στη μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.6 Αξιολόγηση υγειονομικής παιδείας με τα ερευνητικά εργαλεία HLS19

Η ανάγκη για έγκυρη και συγκρίσιμη αποτίμηση της υγειονομικής παιδείας σε διεθνές επίπεδο οδήγησε στη συγκρότηση του Δικτύου Δράσης για τη Μέτρηση της Υγειονομικής Παιδείας του Πληθυσμού και των Οργανισμών (Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy - M-POHL), το οποίο τελεί υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO-Europe). Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκε η οικογένεια ερευνητικών εργαλείων «Health Literacy Survey 2019» (HLS19), η οποία βασίζεται στον ολοκληρωμένο, εννοιολογικό ορισμό της γενικής υγειονομικής παιδείας, όπως αυτός διαμορφώθηκε από το Ευρωπαϊκό Consortium HLS-EU (Dietscher et al., 2019; Schlacher et al., 2019).

Η υγειονομική παιδεία, κατά το HLS19, ορίζεται ως οι γνώσεις, τα κίνητρα και οι ικανότητες των ατόμων να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν πληροφορίες υγείας στην καθημερινή τους ζωή. Το HLS19 επέκτεινε αυτή τη θεωρητική προσέγγιση αναπτύσσοντας εξειδικευμένα, αυτόνομα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση συγκεκριμένων, κρίσιμων πτυχών της υγειονομικής συμπεριφοράς (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2025), τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη για την αξιολόγηση των φροντιστών ατόμων με άνοια.

3.6.1 Κλίμακα Γενικής Υγειονομικής Παιδείας (HLS19-Q12)

Το HLS19-Q12 αποτελεί τη σύντομη έκδοση του γενικού ερωτηματολογίου, αποτελούμενο από 12 ερωτήσεις. Εστιάζει στις βασικές γνωστικές δεξιότητες του ατόμου να εντοπίζει, να κατανοεί, να κρίνει και να εφαρμόζει πληροφορίες που

αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2025).

3.6.2 Υγειονομική Πληροφοριακή Παιδεία για την Επικοινωνία Ασθενή και Ιατρού (HLS19-COM-P)

Το εργαλείο HLS19-COM-P αναπτύχθηκε ειδικά για τη μέτρηση της επικοινωνιακής και διαδραστικής υγειονομικής παιδείας των ατόμων κατά τη διάρκεια της κλινικής τους συνάντησης με τους ιατρούς. Αποτελείται από μια εκτενή έκδοση 11 ερωτήσεων, η οποία αξιολογεί τις επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες που επιτρέπουν στους ασθενείς (ή τους φροντιστές τους) να συμμετέχουν ενεργά, να παρέχουν και να αναζητούν πληροφορίες, να εκφράζουν προσωπικές απόψεις και προτιμήσεις, και να κατανοούν το ιατρικό λεξιλόγιο. Η κλίμακα βασίζεται στη θεωρία της ασθενοκεντρικής φροντίδας και επικοινωνίας, η οποία αναγνωρίζει ότι η αποτελεσματική ανταλλαγή πληροφοριών μειώνει τα κλινικά λάθη και ενισχύει τη θεραπευτική συμμαχία (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2023).

3.6.3 Υγειονομική Παιδεία για την Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας (HLS19-NAV)

Η πλοήγηση στα σύγχρονα, πολυδιάσπαστα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τους χρήστες και τους φροντιστές τους. Το ερωτηματολόγιο HLS19-NAV είναι ένα πρόσφατα αναπτυγμένο εργαλείο 12 ερωτήσεων, σχεδιασμένο να μετρά τον βαθμό ευκολίας ή δυσκολίας που αντιμετωπίζει το άτομο στην προσπάθειά του να αποκτήσει τις απαραίτητες πληροφορίες, να προσανατολιστεί αποτελεσματικά στις υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, μονάδες ψυχικής υγείας) και να κατανοήσει τις επίσημες μεταρρυθμίσεις. Επιπλέον, το εργαλείο αξιολογεί την ικανότητα του ατόμου να ενημερώνεται και να υπερασπίζεται τα δικαιώματά του ως ασθενής όταν οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν καλύπτουν τις ανάγκες του (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2023).

3.6.4 Υγειονομική Παιδεία για τον Εμβολιασμό (HLS19-VAC)

Η εμβολιαστική παιδεία (vaccination literacy) αποτελεί μια εξειδικευμένη και κρίσιμη συνιστώσα της προληπτικής ιατρικής. Το εργαλείο HLS19-VAC είναι μια σύντομη κλίμακα 4 ερωτήσεων που αποτιμά τις ειδικές γνώσεις και ικανότητες των ατόμων να εντοπίζουν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με τους συνιστώμενους εμβολιασμούς (όπως ο αντιγριπικός εμβολιασμός), προκειμένου να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις προστασίας για τους ίδιους και τις οικογένειές τους, μακριά από φαινόμενα παραπληροφόρησης (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2023).

3.6.5 Ψηφιακή Υγειονομική Παιδεία (HLS19-DIGI)

Στο σύγχρονο ψηφιακό περιβάλλον της υγείας, η ικανότητα πλοήγησης σε ηλεκτρονικές πλατφόρμες και η αξιολόγηση διαδικτυακών πηγών καθίσταται ζωτικής σημασίας για τους φροντιστές. Το ερωτηματολόγιο HLS19-DIGI αναπτύχθηκε από το διεθνές δίκτυο M-POHL με σκοπό τη μέτρηση της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας (digital health literacy) στον γενικό και ειδικό πληθυσμό. Το συγκεκριμένο εργαλείο εστιάζει στην αξιολόγηση των ικανοτήτων των ατόμων να αναζητούν, να εντοπίζουν, να κατανοούν και να κρίνουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των πληροφοριών υγείας που προέρχονται από ψηφιακά μέσα, ιστοσελίδες και διαδικτυακές πύλες, καθώς και στην ικανότητά τους να εφαρμόζουν τις πληροφορίες αυτές για την επίλυση προβλημάτων υγείας. Η κλίμακα εξετάζει επίσης τη διαχείριση της ιδιωτικότητας και την προστασία των προσωπικών δεδομένων κατά την ψηφιακή αλληλεπίδραση, προσφέροντας ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την αποτίμηση της ετοιμότητας των φροντιστών να εντάξουν καινοτόμα ψηφιακά εργαλεία υγείας (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2024).

3.6.6 Μεθοδολογία βαθμολόγησης

Η απόκριση των απαντήσεων σε όλες τις κλίμακες πραγματοποιείται σε τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1: Πολύ δύσκολο, 2: Δύσκολο, 3: Εύκολο, 4: Πολύ εύκολο). Σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες του HLS19 Consortium, οι απαντήσεις μετασχηματίζονται γραμμικά σε μια ενιαία κλίμακα με εύρος 0-100, όπου οι αρχικές τιμές 1, 2, 3 και 4 αντιστοιχούν σε 0, 33.33, 66.67 και 100 αντίστοιχα. Για κάθε συμμετέχοντα υπολογίζεται ο μέσος όρος των έγκυρων απαντήσεων, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν ανώτερο επίπεδο υγειονομικής παιδείας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα έρευνα είναι συγχρονική, ποσοτική, περιγραφική μελέτη και συσχέτισης. Η επιλογή της ποσοτικής ερευνητικής προσέγγισης κρίθηκε κατάλληλη, καθώς επιτρέπει τη συστηματική συλλογή, ποσοτικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεδομένων, καθώς και την αντικειμενική αξιολόγηση των σχέσεων μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών. Η συγκεκριμένη μεθοδολογική προσέγγιση χρησιμοποιείται ευρέως στις επιστήμες υγείας για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας, τις συμπεριφορές υγείας και την υγειονομική παιδεία.

Η έρευνα είναι μη παρεμβατική, καθώς δεν εφαρμόστηκε καμία θεραπευτική ή εκπαιδευτική παρέμβαση στους συμμετέχοντες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν αποκλειστικά μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου, κλίμακες αξιολόγησης και μία ανοικτή ερώτηση, επιτρέποντας τη συλλογή τόσο ποσοτικών όσο και περιορισμένων ποιοτικών πληροφοριών.

Ο σχεδιασμός της μελέτης επιλέχθηκε ώστε να επιτρέψει τη διερεύνηση του επιπέδου της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών και την αξιολόγηση της σχέσης τους με κοινωνικοδημογραφικούς, εκπαιδευτικούς και φροντιστικούς παράγοντες, τις συμπεριφορές υγείας, την κατάσταση της υγείας των φροντιστών, τη γλωσσική επάρκεια, την εμπιστοσύνη προς τις πηγές πληροφόρησης και τη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης.

4.2 Σκοπός

Η παρούσα μελέτη είναι περιγραφική και συγχρονική. Διεξήχθη κατά τη χρονική περίοδο του Απριλίου-Μαΐου 2026.

Η υγειονομική παιδεία (health literacy) αναγνωρίζεται διεθνώς ως βασικός προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας, καθώς επηρεάζει την ικανότητα των ατόμων να αναζητούν, να κατανοούν, να αξιολογούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες υγείας για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την προαγωγή της υγείας. Η σημασία της καθίσταται ακόμη μεγαλύτερη στην περίπτωση των φροντιστών ατόμων με άνοια, οι οποίοι καλούνται καθημερινά να λαμβάνουν αποφάσεις που επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών.

Η φροντίδα ατόμων με άνοια αποτελεί μία σύνθετη και διαρκώς εξελισσόμενη διαδικασία, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει ψυχιατρική συννοσηρότητα, όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές ή ψυχωτικά συμπτώματα. Οι αυξημένες απαιτήσεις της καθημερινής φροντίδας καθιστούν αναγκαία την ύπαρξη επαρκούς υγειονομικής παιδείας, ώστε οι φροντιστές να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς, να αξιοποιούν αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης, να συνεργάζονται αποτελεσματικά με τους επαγγελματίες υγείας και να χρησιμοποιούν ορθολογικά τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ατόμων με άνοια, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητά τους να αναζητούν, να κατανοούν, να αξιολογούν και να αξιοποιούν πληροφορίες σχετικές με την υγεία.

Παράλληλα, η μελέτη επιδιώκει να διερευνήσει τη σχέση της υγειονομικής παιδείας με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το μορφωτικό επίπεδο, τη γλωσσική επάρκεια, τη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης φροντιστών, τις συνθήκες παροχής φροντίδας και τον βαθμό εμπιστοσύνης των φροντιστών σε διαφορετικές πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας.

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στη συμμετοχή τόσο άτυπων οικογενειακών φροντιστών όσο και επαγγελματιών φροντιστών, συμπεριλαμβανομένων αλλοδαπών επαγγελματιών που εργάζονται στην κοινότητα. Η συμπερίληψη των δύο αυτών ομάδων επιτρέπει τη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων ως προς τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ανάγκες τους σε θέματα υγειονομικής παιδείας, συμβάλλοντας

στην καλύτερη κατανόηση ενός πληθυσμού που διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη μακροχρόνια φροντίδα των ατόμων με άνοια στην Ελλάδα.

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Η διαμόρφωση των ερευνητικών ερωτημάτων βασίστηκε στον σκοπό της παρούσας μελέτης, στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την υγειονομική παιδεία και στον πολυδιάστατο ρόλο των φροντιστών ατόμων με άνοια. Τα ερευνητικά ερωτήματα αποσκοπούν στη συστηματική διερεύνηση του επιπέδου της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών, καθώς και στην αναγνώριση παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις συμπεριφορές τους σε θέματα υγείας.

Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιο είναι το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ατόμων με άνοια, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα;
- Πώς διαφοροποιείται το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας μεταξύ άτυπων οικογενειακών και επαγγελματιών φροντιστών;
- Σχετίζεται το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών με το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας τους;
- Επηρεάζει η γνώση και η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας την ικανότητα αναζήτησης, κατανόησης και αξιοποίησης πληροφοριών υγείας;
- Σχετίζεται η συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης ή ψυχοεκπαίδευσης με υψηλότερο επίπεδο υγειονομικής παιδείας;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της παρεχόμενης φροντίδας (διάρκεια, ένταση, μορφή φροντίδας) και του επιπέδου της υγειονομικής παιδείας;
- Ποιες πηγές πληροφόρησης θεωρούν οι φροντιστές περισσότερο αξιόπιστες για θέματα υγείας και πώς σχετίζεται ο βαθμός εμπιστοσύνης προς αυτές με το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας;
- Σχετίζονται οι συμπεριφορές υγείας, η αυτοαντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας και η χρήση υπηρεσιών υγείας με το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών;

- Ποιοι κοινωνικοδημογραφικοί, εκπαιδευτικοί και φροντιστικοί παράγοντες αποτελούν τους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες του επιπέδου υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ατόμων με άνοια;

Τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα αποτελούν τη βάση για τη διαμόρφωση των ερευνητικών υποθέσεων και καθοδηγούν τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, με στόχο την εξαγωγή έγκυρων και τεκμηριωμένων συμπερασμάτων σχετικά με την υγειονομική παιδεία των φροντιστών ατόμων με άνοια.

4.4 Ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τα παραπάνω διατυπώνονται οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

- H1-Οι φροντιστές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναμένεται να παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο υγειονομικής παιδείας σε σύγκριση με τους φροντιστές χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου.
- H2-Οι φροντιστές που έχουν συμμετάσχει σε οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης ή ψυχοεκπαίδευσης αναμένεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα υγειονομικής παιδείας σε σχέση με όσους δεν έχουν συμμετάσχει.
- H3-Η καλύτερη γνώση και κατανόηση της ελληνικής γλώσσας αναμένεται να σχετίζεται θετικά με υψηλότερα επίπεδα υγειονομικής παιδείας και αποτελεσματικότερη αξιοποίηση πληροφοριών υγείας.
- H4-Οι φροντιστές που εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας ως πηγές πληροφόρησης αναμένεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα υγειονομικής παιδείας.
- H5-Τα χαρακτηριστικά της παρεχόμενης φροντίδας, όπως η διάρκεια της φροντίδας, οι ώρες απασχόλησης, η συμβίωση με τον ασθενή και η αποκλειστική ανάληψη της φροντίδας, αναμένεται να σχετίζονται με το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών.
- H6-Οι άτυποι οικογενειακοί και οι επαγγελματίες φροντιστές αναμένεται να διαφοροποιούνται ως προς το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας, τις εκπαιδευτικές ανάγκες, τη γλωσσική επάρκεια και την εμπιστοσύνη προς τις πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας.

4.5 Πληθυσμός της μελέτης

Πληθυσμό αναφοράς της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν οι ενήλικοι φροντιστές ατόμων με διάγνωση άνοιας, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα, οι οποίοι παρείχαν συστηματική φροντίδα σε άτομα που διέμεναν στην κοινότητα κατά τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας.

Στον πληθυσμό της μελέτης συμπεριλήφθηκαν τόσο οι άτυποι οικογενειακοί φροντιστές όσο και οι τυπικοί φροντιστές οι οποίοι συμμετέχουν ενεργά στην καθημερινή υποστήριξη και φροντίδα ατόμων με άνοια. Οι άτυποι φροντιστές περιλαμβάνουν κυρίως μέλη της οικογένειας, όπως συζύγους, τέκνα ή άλλους συγγενείς, οι οποίοι παρέχουν φροντίδα χωρίς να διαθέτουν επαγγελματική ιδιότητα. Αντίθετα, οι επαγγελματίες φροντιστές παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο πλαίσιο επαγγελματικής απασχόλησης, όπως οικιακοί βοηθοί, εσωτερικοί φροντιστές και προσωπικό υποστήριξης.

Η επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού βασίστηκε στον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζουν οι φροντιστές στη συνολική διαχείριση της άνοιας. Οι φροντιστές αποτελούν βασικούς συνεργάτες των επαγγελματιών υγείας, καθώς συμμετέχουν στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου, στη διαχείριση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, καθώς και στη λήψη καθημερινών αποφάσεων που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια των ασθενών.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του πληθυσμού αναφοράς αποτελεί η συμμετοχή σημαντικού αριθμού αλλοδαπών επαγγελματιών φροντιστών, οι οποίοι τα τελευταία χρόνια αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Παρά τη σημαντική συμβολή τους στην καθημερινή υποστήριξη ατόμων με άνοια, η συγκεκριμένη ομάδα παραμένει περιορισμένα μελετημένη στην ελληνική βιβλιογραφία, ιδιαίτερα ως προς το επίπεδο της υγειονομικής παιδείας, την πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες υγείας και τις εκπαιδευτικές της ανάγκες.

Η συμπερίληψη τόσο άτυπων όσο και επαγγελματιών φροντιστών επιτρέπει την ολοκληρωμένη διερεύνηση των διαφοροποιήσεων που ενδέχεται να υπάρχουν ως προς τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις στάσεις και τις ανάγκες τους σε θέματα υγειονομικής παιδείας, συμβάλλοντας στην παραγωγή επιστημονικών δεδομένων που

μπορούν να αξιοποιηθούν για τον σχεδιασμό στοχευμένων εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων.

4.6 Δείγμα Μελέτης

Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της μη πιθανοθεωρητικής δειγματοληψίας ευκολίας (non-probability convenience sampling). Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε λόγω της δυσκολίας εντοπισμού ενός πλήρως καταγεγραμμένου πληθυσμού φροντιστών ατόμων με άνοια, ιδιαίτερα όσον αφορά τους επαγγελματίες αλλοδαπούς φροντιστές που εργάζονται στην κοινότητα και δεν περιλαμβάνονται σε οργανωμένα εθνικά μητρώα.

Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 152 φροντιστές ασθενών με άνοια (ποσοστό ανταπόκρισης 95% επί 160 διανεμηθέντων ερωτηματολογίων) οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στην Περιφέρεια Αττικής. Ειδικότερα, στο δείγμα συμμετείχαν 109 επαγγελματίες αλλοδαποί φροντιστές (71,7%) και 43 άτυποι οικογενειακοί φροντιστές (28,3%). Μεταξύ των άτυπων οικογενειακών φροντιστών περιλαμβάνονταν και έξι επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες), οι οποίοι παρείχαν φροντίδα σε μέλη της οικογένειάς τους. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας ταξινομήθηκαν στην κατηγορία των άτυπων οικογενειακών φροντιστών, καθώς ο ρόλος τους στη συγκεκριμένη περίπτωση αφορούσε την οικογενειακή και όχι την επαγγελματική παροχή φροντίδας.

Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν σταδιακά, με βάση τη διαθεσιμότητα και την προθυμία συμμετοχής τους, μέχρι την επίτευξη του επιθυμητού μεγέθους δείγματος. Η διαδικασία αυτή επέτρεψε τη συμπερίληψη ενός ετερογενούς πληθυσμού φροντιστών με διαφορετικά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική εμπειρία και συνθήκες παροχής φροντίδας.

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στη συμμετοχή των επαγγελματιών αλλοδαπών φροντιστών, καθώς αποτελούν μία επαγγελματική ομάδα με ουσιαστική συμβολή στη μακροχρόνια φροντίδα ατόμων με άνοια στην Ελλάδα, η οποία ωστόσο παραμένει περιορισμένα εκπροσωπούμενη στην ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία. Η συμπερίληψη της συγκεκριμένης ομάδας ενισχύει την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης ως προς τον πραγματικό πληθυσμό φροντιστών που δραστηριοποιείται στην κοινότητα.

Παρότι η χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού των φροντιστών, αποτελεί ευρέως αποδεκτή μέθοδο σε μελέτες που αφορούν δύσκολα προσβάσιμους πληθυσμούς. Επιπλέον, η συμμετοχή 152 φροντιστών παρέχει επαρκή αριθμό παρατηρήσεων για την εφαρμογή περιγραφικών και συσχετιστικών στατιστικών αναλύσεων, σύμφωνα με τους στόχους της παρούσας μελέτης.

Αναφορικά με τα κριτήρια ένταξης στην παρούσα μελέτη, σε αυτήν συμπεριλήφθηκαν άτομα τα οποία πληρούσαν σωρευτικά όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις καταλληλότητας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι ενήλικες, ηλικίας 18 ετών και άνω, και να παρέχουν συστηματική και άμεση φροντίδα σε άτομο με επιβεβαιωμένη κλινική διάγνωση άνοιας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη, άλλης ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Το δείγμα συγκροτήθηκε τόσο από άτομα που είχαν τον ρόλο του άτυπου οικογενειακού φροντιστή όσο και από επαγγελματίες (τυπικούς) φροντιστές, οι οποίοι διέμεναν ή εργάζονταν μόνιμα στην Ελλάδα, και συγκεκριμένα στην Περιφέρεια Αττικής, κατά τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Επιπρόσθετα, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελούσε η επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας, προκειμένου να διασφαλιστεί η πλήρης κατανόηση των πληροφοριών της μελέτης και η αξιόπιστη αυτοσυμπλήρωση του ερευνητικού εργαλείου. Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες έπρεπε να έχουν ενημερωθεί πλήρως για τον σκοπό, τη διαδικασία, την ανωνυμία και την τήρηση του απορρήτου της έρευνας, παρέχοντας οικειοθελώς και ελεύθερα τη γραπτή συγκατάθεσή τους πριν από την έναρξη της διαδικασίας.

Αντίθετα, εφαρμόστηκαν αυστηρά κριτήρια αποκλεισμού με σκοπό τη θωράκιση της εσωτερικής εγκυρότητας και της στατιστικής αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων. Βάσει αυτών, από τη μελέτη αποκλείστηκαν ρητά άτομα ηλικίας μικρότερης των 18 ετών, καθώς και άτομα που δεν παρείχαν άμεση και συστηματική φροντίδα στον ασθενή με άνοια. Επίσης, εξαιρέθηκαν όσοι αδυνατούσαν να κατανοήσουν το περιεχόμενο και το εννοιολογικό πλαίσιο του ερωτηματολογίου λόγω γλωσσικών ή άλλων εμποδίων, καθώς και όσοι εξέφρασαν την άρνησή τους να συμμετάσχουν ή απέσυραν τη συγκατάθεσή τους σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας. Τέλος, από την τελική στατιστική επεξεργασία αποκλείστηκαν ερωτηματολόγια τα οποία δεν ολοκληρώθηκαν ή παρουσίαζαν ελλειπείς απαντήσεις σε κρίσιμο αριθμό ερωτήσεων, καθιστώντας αδύνατη τη μαθηματική και επιστημονική αξιολόγηση των δεδομένων.

Η εφαρμογή των παραπάνω κριτηρίων συνέβαλε στη διασφάλιση της εσωτερικής εγκυρότητας της μελέτης, περιορίζοντας πιθανές πηγές συστηματικού σφάλματος και ενισχύοντας την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Για τη συλλογή των δεδομένων διανεμήθηκαν συνολικά 160 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν πλήρως και εγκύρως συμπληρωμένα στην ερευνήτρια τα 152, τα οποία και αποτέλεσαν το τελικό υλικό της στατιστικής ανάλυσης. Το ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων στην έρευνα ανήλθε στο εξαιρετικά ικανοποιητικό 95,0%.

4.7 Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων διανεμήθηκε αριθμός έντυπων ερωτηματολογίων. Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός δομημένου, πολυθεματικού αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου.

Η δομή του ερωτηματολογίου ακολουθεί διαδοχική λογική, ξεκινώντας από γενικές κοινωνικοδημογραφικές πληροφορίες και προχωρώντας σταδιακά σε περισσότερο εξειδικευμένες ενότητες που αφορούν την υγεία, τη φροντίδα, την υγειονομική παιδεία και τις εμπειρίες των συμμετεχόντων. Η συγκεκριμένη διάρθρωση επιλέχθηκε προκειμένου να μειωθεί η γνωστική επιβάρυνση των συμμετεχόντων, να περιοριστεί η πιθανότητα κόπωσης κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και να ενισχυθεί η αξιοπιστία των παρεχόμενων απαντήσεων.

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων οργανώθηκε στις εξής διακριτές ενότητες:

- Ενότητα Α: Δημογραφικά & Κοινωνικά Χαρακτηριστικά: Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση, τα συνολικά έτη απασχόλησης ως φροντιστής, το αυτοαντιλαμβανόμενο κοινωνικό επίπεδο και τη χώρα καταγωγής. Οι μεταβλητές αυτές χρησιμοποιούνται για την περιγραφή του δείγματος και τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και επιπέδου υγειονομικής παιδείας.

- Ενότητα Β: Τρόπος Ζωής και Συμπεριφορά Υγείας: Η δεύτερη ενότητα αξιολογεί βασικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας, όπως η σωματική δραστηριότητα, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα. Η ενότητα αυτή επιτρέπει τη διερεύνηση πιθανών σχέσεων μεταξύ της υγειονομικής παιδείας και των συμπεριφορών υγείας, δεδομένου ότι η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει πως υψηλότερα επίπεδα υγειονομικής παιδείας συνδέονται συχνά με την υιοθέτηση υγιεινότερων συμπεριφορών.
- Ενότητα Γ: Επίπεδο Υγείας και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας: Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την αυτοαντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας, την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, τους λειτουργικούς περιορισμούς, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και τη συμμόρφωση με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών. Οι πληροφορίες αυτές επιτρέπουν τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της προσωπικής κατάστασης υγείας των φροντιστών και του επιπέδου της υγειονομικής τους παιδείας, καθώς και της ικανότητάς τους να αξιοποιούν αποτελεσματικά τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας.
- Ενότητα Δ: Ερωτήσεις Στοχευμένες για Φροντιστές: Η συγκεκριμένη ενότητα αναπτύχθηκε ειδικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, καθώς τα διαθέσιμα διεθνή εργαλεία δεν καλύπτουν επαρκώς τις ιδιαίτερες συνθήκες φροντίδας ατόμων με άνοια στην ελληνική πραγματικότητα. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά του φροντιστή, τις συνθήκες παροχής φροντίδας, τη συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης, τη γλωσσική επάρκεια, τον βαθμό εμπιστοσύνης προς διαφορετικές πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας, καθώς και ειδική κλίμακα αξιολόγησης της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών. Η ενότητα αυτή αποτελεί το καινοτόμο στοιχείο του ερευνητικού εργαλείου, καθώς επιτρέπει τη διερεύνηση παραγόντων που δεν αξιολογούνται από τις υφιστάμενες διεθνείς κλίμακες υγειονομικής παιδείας αλλά θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί για τον πληθυσμό των φροντιστών ατόμων με άνοια.
- Ενότητα Ε: Υγειονομική Παιδεία: 12 ερωτήσεις που αφορούν την Γενική Υγειονομική Παιδεία και την αντίστοιχη Κλίμακα (Health Literacy Survey 19 - General Health Literacy, HLS19) η οποία περιλαμβάνει τις γνώσεις, τα κίνητρα και τις ικανότητες των ατόμων να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν πληροφορίες για να λαμβάνουν αποφάσεις όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας

για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Pelikan et al., 2022). Η κλίμακα αποτελείται από 12 ερωτήσεις, με την απόκριση των απαντήσεων να γίνεται σε τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1: πολύ δύσκολο, 2: δύσκολο, 3: εύκολο & 4: πολύ εύκολο), με εκτίμηση της μετασχηματισμένης βαθμολογίας ως σχετικό δείκτη αξιολόγησης. Η κάθε απόκριση 1, 2, 3 & 4 μετασχηματίζεται σε 0, 33, 34, 66, 67 & 100 και ακολουθεί τροποποίησή της σε κλίμακα με εύρος 0-100 για κάθε ερώτηση και τελικά η εκτίμηση της μέσης τιμής για τις 10 ερωτήσεις (Pelikan et al., 2022). Υψηλότερη μέση βαθμολογία εκφράζει αντίστοιχα υψηλότερο βαθμό Γενικής Υγειονομικής Πληροφοριακής Παιδείας. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά (HLS19 (2024): HLS19-Q12-GR—Translation Provided by the Metropolitan College, Athens).

- Ενότητα ΣΤ: Υγειονομική Πληροφοριακή Παιδεία για την Επικοινωνία Ασθενή και Ιατρού: Εστίαση στις επικοινωνιακές και διαδραστικές δεξιότητες του φροντιστή κατά τη διάρκεια της κλινικής συνάντησης με τον ιατρό. Η κλίμακα αυτή (Health Literacy Survey 19-Communicative Health Literacy with Physicians, HLS19-COM) (Finbråten et al., 2022) αποτελείται από 11 ερωτήσεις για τη σχέση του ιατρού με τον ασθενή, με την απόκριση των απαντήσεων να γίνεται σε τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1: πολύ δύσκολο, 2: δύσκολο, 3: εύκολο & 4: πολύ εύκολο), με εκτίμηση της μετασχηματισμένης βαθμολογίας ως σχετικό δείκτη αξιολόγησης. Η κάθε απόκριση 1, 2, 3 & 4 μετασχηματίζεται σε 0, 33, 34, 66, 67 & 100 και ακολουθεί τροποποίησή της σε κλίμακα με εύρος 0-100 για κάθε ερώτηση και τελικά η εκτίμηση της μέσης τιμής για τις 10 ερωτήσεις (Pelikan et al., 2022). Υψηλότερη μέση βαθμολογία εκφράζει αντίστοιχα υψηλότερο βαθμό Υγειονομικής Πληροφοριακής Παιδείας για την Επικοινωνία Ασθενή / Ιατρού. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικαιροποιηθεί στα ελληνικά (Flokou A et al, 2025).
- Ενότητα Ζ: Υγειονομική Παιδεία για την Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας: Μέτρηση του βαθμού ευκολίας προσανατολισμού, κατανόησης των μεταρρυθμίσεων και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών εντός του υγειονομικού συστήματος. Η κλίμακα (Health Literacy Survey 19 - Navigational Health Literacy, HLS19-NAV) (Griese et al, 2022), αποτελείται από 12 ερωτήσεις για τη σχέση του ιατρού με τον ασθενή, με την απόκριση των απαντήσεων να γίνεται σε τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1: πολύ δύσκολο, 2: δύσκολο, 3: εύκολο & 4: πολύ εύκολο), με εκτίμηση της μετασχηματισμένης βαθμολογίας ως

σχετικό δείκτη αξιολόγησης. Η κάθε απόκριση 1, 2, 3 & 4 μετασχηματίζεται σε 0, 33,34, 66, 67 & 100 και ακολουθεί τροποποίησή της σε κλίμακα με εύρος 0-100 για κάθε ερώτηση και τελικά η εκτίμηση της μέσης τιμής για τις 10 ερωτήσεις (Pelikan et al., 2022). Υψηλότερη μέση βαθμολογία εκφράζει αντίστοιχα υψηλότερο βαθμό Υγειονομικής Πληροφοριακής Παιδείας για την Πλοήγηση στο σύστημα υγείας. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικαιροποιηθεί στα ελληνικά (Flokou A et al, 2025).

- Ενότητα Η: Υγειονομική Παιδεία για τον Εμβολιασμό: Αξιολόγηση των γνώσεων για τον εμβολιασμό και του επιπέδου ικανοποίησης από τη συνολική τρέχουσα πληροφόρηση υγείας, κλείνοντας με μια ανοικτή ερώτηση ποιοτικής αποτύπωσης. Η κλίμακα (Health Literacy Survey 19 - Vaccination, HLS19-VAC) (Kayurova et al., 2024) αποτελείται από 4 ερωτήσεις για πληροφορίες σχετικά με τον εμβολιασμό, με την απόκριση των απαντήσεων να γίνεται επίσης σε τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1: πολύ δύσκολο, 2: δύσκολο, 3: εύκολο & 4: πολύ εύκολο), με εκτίμηση της μετασχηματισμένης βαθμολογίας ως σχετικό δείκτη αξιολόγησης. Η κάθε απόκριση 1, 2, 3 & 4 μετασχηματίζεται σε 0, 33,34, 66,67 & 100 και ακολουθεί τροποποίησή της σε κλίμακα με εύρος 0-100 για κάθε ερώτηση και τελικά η εκτίμηση της μέσης τιμής για τις 4 ερωτήσεις (Pelikan et al., 2022). Υψηλότερη μέση βαθμολογία εκφράζει αντίστοιχα υψηλότερο βαθμό Υγειονομικής Πληροφοριακής Παιδείας για τον εμβολιασμό. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικαιροποιηθεί στα ελληνικά (Flokou A et al, 2025).

Τέλος, ακολουθώντας τη διεθνή πρακτική και τον ελληνικό σχεδιασμό (Zavras, 2022), ως κλινικό και στατιστικό όριο (cut-off point) ορίστηκε η τιμή 67 (που αντιστοιχεί στα 2/3 της συνολικής κατανομής). Συμμετέχοντες με τελικό score άνω του 67 ταξινομούνται ως άτομα με υψηλό/επαρκές επίπεδο υγειονομικής παιδείας, ενώ scores ίσα ή κάτω του 67 υποδηλώνουν προβληματικό ή ανεπαρκές επίπεδο, επιτάσσοντας τη λήψη στοχευμένων υποστηρικτικών παρεμβάσεων.

- Ενότητα Θ: Η τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει μία ερώτηση αξιολόγησης της συνολικής αντίληψης των συμμετεχόντων σχετικά με την υγειονομική πληροφοριακή παιδεία, καθώς και μία ανοικτή ερώτηση, μέσω της οποίας οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να διατυπώσουν ελεύθερα

εμπειρίες, απόψεις και προτάσεις σχετικά με τη σημασία της υγειονομικής πληροφόρησης κατά τη φροντίδα ατόμων με άνοια. Η ανοικτή αυτή ερώτηση χρησιμοποιήθηκε συμπληρωματικά για την ποιοτική ερμηνεία των ποσοτικών αποτελεσμάτων, προσφέροντας μια πληρέστερη κατανόηση των εμπειριών και των εκπαιδευτικών αναγκών των φροντιστών.

Συνολικά, η δομή του ερευνητικού εργαλείου σχεδιάστηκε ώστε να επιτρέπει την ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αξιολόγηση της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ατόμων με άνοια, συνδυάζοντας αντικειμενικές πληροφορίες, σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης και εξειδικευμένες ερωτήσεις που ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες του υπό μελέτη πληθυσμού.

4.8 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια τον Απρίλιο-Μάιο του 2026, ακολουθώντας προκαθορισμένη διαδικασία προσέγγισης, ενημέρωσης και συμμετοχής των υποψηφίων συμμετεχόντων.

Η διαδικασία συλλογής οργανώθηκε σε διαδοχικά στάδια, τα οποία περιλάμβαναν τον εντοπισμό του πληθυσμού-στόχου, την αρχική επικοινωνία με τους δυνητικούς συμμετέχοντες, την παροχή αναλυτικής ενημέρωσης σχετικά με τον σκοπό της μελέτης, τη λήψη της ενημερωμένης συγκατάθεσης, τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και, τέλος, τον έλεγχο της πληρότητας των συλλεγόμενων δεδομένων πριν από την κωδικοποίηση και τη στατιστική τους επεξεργασία.

Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν μέσω συλλόγων και φορέων που δραστηριοποιούνται στον χώρο της άνοιας, μέσω επαγγελματικών και κοινωνικών δικτύων, καθώς και μέσω προσωπικών επαφών της ερευνήτριας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην προσέγγιση επαγγελματιών αλλοδαπών φροντιστών που εργάζονται στην κοινότητα, καθώς πρόκειται για πληθυσμό που δεν είναι εύκολα προσβάσιμος μέσω οργανωμένων μητρώων ή ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων.

Η επιλογή της προσωπικής προσέγγισης πραγματοποιήθηκε συνειδητά και αποτέλεσε βασική μεθοδολογική επιλογή της έρευνας. Η αποκλειστική χρήση διαδικτυακών ερωτηματολογίων κρίθηκε ότι δεν θα εξασφάλιζε ικανοποιητικό ποσοστό συμμετοχής, δεδομένου ότι οι φροντιστές ατόμων με άνοια αποτελούν πληθυσμό με

αυξημένες επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις, περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο και, στην περίπτωση αρκετών αλλοδαπών επαγγελματιών φροντιστών, πιθανές γλωσσικές ή τεχνολογικές δυσκολίες.

Για τον λόγο αυτό, η ερευνήτρια επέλεξε την άμεση προσωπική επικοινωνία με τους συμμετέχοντες, η οποία επέτρεψε την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης, την πληρέστερη ενημέρωση σχετικά με τους στόχους της μελέτης και τη διευκόλυνση της συμμετοχής τους. Η συγκεκριμένη προσέγγιση συνέβαλε ουσιαστικά στη μείωση του αριθμού των ελλιπώς συμπληρωμένων ερωτηματολογίων και στη βελτίωση της ποιότητας των συλλεγόμενων δεδομένων.

Ιδιαίτερη προσπάθεια καταβλήθηκε για την προσέγγιση επαγγελματιών αλλοδαπών φροντιστών κατά τις ημέρες ή τις ώρες που δεν εργάζονταν, καθώς και σε χώρους όπου συνηθίζουν να συγκεντρώνονται για προσωπικές ή κοινωνικές δραστηριότητες. Παράλληλα, προσεγγίστηκαν άτυποι οικογενειακοί φροντιστές μέσω συλλόγων, δομών υποστήριξης ατόμων με άνοια και προσωπικών επαφών.

Σε όλες τις περιπτώσεις δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινίσεις σχετικά με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, χωρίς η ερευνήτρια να παρεμβαίνει ή να επηρεάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Η στάση της ερευνήτριας παρέμεινε ουδέτερη καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων, προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος συστηματικού σφάλματος.

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων, κάθε ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε ως προς την πληρότητα και την ορθότητα των απαντήσεων. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η ανωνυμοποίηση, η κωδικοποίηση και η εισαγωγή των δεδομένων σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων, ώστε να ακολουθήσει η στατιστική τους επεξεργασία.

Η συνολική διαδικασία συλλογής των δεδομένων σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε με στόχο τη διασφάλιση της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και της πληρότητας των συλλεγόμενων πληροφοριών, συμβάλλοντας στη δημιουργία ενός ποιοτικού και επιστημονικά τεκμηριωμένου συνόλου δεδομένων για τη διερεύνηση της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ατόμων με άνοια.

4.9 Ηθική Και Δεοντολογία

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής και της ερευνητικής δεοντολογίας, όπως αυτές εφαρμόζονται στις επιστήμες υγείας και στις κοινωνικές επιστήμες. Σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας διασφαλίστηκαν οι αρχές του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της αυτονομίας των συμμετεχόντων, της μη πρόκλησης βλάβης, της ωφέλειας και της δικαιοσύνης, οι οποίες αποτελούν τον πυρήνα της σύγχρονης ερευνητικής δεοντολογίας.

Πριν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, όλοι οι υποψήφιοι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά σχετικά με τον σκοπό, τους στόχους και τη μεθοδολογία της μελέτης, τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, καθώς και τον τρόπο διαχείρισης και αξιοποίησης των συλλεγόμενων δεδομένων. Η συμμετοχή πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά μετά την παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης, σύμφωνα με τις αρχές της ελεύθερης και τεκμηριωμένης συναίνεσης.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν απολύτως εθελοντική. Οι συμμετέχοντες διατηρούσαν το δικαίωμα να αρνηθούν τη συμμετοχή τους ή να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε χρονική στιγμή, χωρίς καμία αρνητική συνέπεια και χωρίς να απαιτείται αιτιολόγηση της απόφασής τους. Η δυνατότητα αυτή γνωστοποιήθηκε εξ αρχής σε όλους τους συμμετέχοντες, ενισχύοντας την αρχή της αυτονομίας και περιορίζοντας την πιθανότητα άσκησης οποιασδήποτε μορφής πίεσης ή εξαναγκασμού.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην προστασία της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών που συλλέχθηκαν. Το ερωτηματολόγιο ήταν πλήρως ανώνυμο και δεν συλλέχθηκαν στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην άμεση ή έμμεση ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων, κάθε ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκε με μοναδικό αριθμό αναγνώρισης και τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε προστατευμένο ηλεκτρονικό αρχείο, στο οποίο είχε πρόσβαση αποκλειστικά η ερευνήτρια.

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (General Data Protection Regulation – GDPR, Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679), καθώς και με την

ισχύουσα ελληνική νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής μελέτης και παρουσιάζονται μόνο σε συγκεντρωτική μορφή, ώστε να αποκλείεται οποιαδήποτε δυνατότητα αναγνώρισης των συμμετεχόντων.

Δεδομένου ότι σημαντικό μέρος του δείγματος αποτελούνταν από αλλοδαπούς επαγγελματίες φροντιστές, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στη σαφή διατύπωση των πληροφοριών που αφορούσαν τη συμμετοχή στην έρευνα, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες είχαν κατανοήσει πλήρως το περιεχόμενο της ενημέρωσης και τον σκοπό της μελέτης. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων, η ερευνήτρια διατήρησε ουδέτερη στάση, παρέχοντας μόνο διευκρινίσεις σχετικά με τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, χωρίς να επηρεάζει ή να κατευθύνει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Η τήρηση των παραπάνω δεοντολογικών αρχών συνέβαλε ουσιαστικά στην ενίσχυση της αξιοπιστίας και της επιστημονικής εγκυρότητας της μελέτης, διασφαλίζοντας ότι η συλλογή και η διαχείριση των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με σεβασμό προς τους συμμετέχοντες και σύμφωνα με τα διεθνώς αποδεκτά πρότυπα δεοντολογίας της επιστημονικής έρευνας.

4.10 Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση της παρούσας μελέτης σχεδιάστηκε πριν από την έναρξη της επεξεργασίας των δεδομένων, σύμφωνα με τους ερευνητικούς στόχους, τα ερευνητικά ερωτήματα και τις υποθέσεις της μελέτης. Σκοπός της ανάλυσης ήταν τόσο η περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος όσο και η διερεύνηση πιθανών σχέσεων μεταξύ του επιπέδου της υγειονομικής παιδείας και των κοινωνικοδημογραφικών, εκπαιδευτικών και φροντιστικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε έλεγχος της πληρότητας των ερωτηματολογίων, της ορθότητας των καταχωρήσεων και της συνέπειας των απαντήσεων. Στη συνέχεια, όλες οι μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν σύμφωνα με προκαθορισμένο σχέδιο κωδικοποίησης και καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων για τη στατιστική τους επεξεργασία.

Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, των χαρακτηριστικών της φροντίδας, των συμπεριφορών υγείας, της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων και των επιμέρους διαστάσεων της υγειονομικής παιδείας.

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ για τις συνεχείς μεταβλητές υπολογίστηκαν ο μέσος όρος (Mean), η τυπική απόκλιση (Standard Deviation – SD), η διάμεσος (Median) και το εύρος τιμών (Range), όπου κρίθηκε απαραίτητο.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις σταθμισμένες κλίμακες του εργαλείου Health Literacy Survey 2019 (HLS19) βαθμολογήθηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες του εργαλείου, ώστε να προκύψουν συνολικοί και επιμέρους δείκτες υγειονομικής παιδείας.

Η εσωτερική συνοχή αξιολογήθηκε με τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's α (Cronbach's alpha coefficient). Τιμές του συντελεστή μεγαλύτερες από 0,70 θεωρήθηκαν ενδεικτικές ικανοποιητικής αξιοπιστίας.

Η επιλογή των κατάλληλων στατιστικών δοκιμασιών βασίστηκε στο είδος των μεταβλητών και στα χαρακτηριστικά της κατανομής τους. Η κανονικότητα των ποσοτικών μεταβλητών αξιολογήθηκε πριν από την εφαρμογή παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών. Οι διαφορές μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων (π.χ. άτυποι και επαγγελματίες φροντιστές) διερευνήθηκαν με τον έλεγχο Independent Samples t-test ή, όταν δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις εφαρμογής του, με τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann–Whitney U. Για συγκρίσεις μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA) ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal–Wallis, όπου απαιτήθηκε. Οι σχέσεις μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών διερευνήθηκαν με τη δοκιμασία Pearson's Chi-square (χ^2) ή, όπου οι αναμενόμενες συχνότητες ήταν μικρές, με τον ακριβή έλεγχο του Fisher (Fisher's Exact Test). Οι σχέσεις μεταξύ συνεχών ή διατεταγμένων μεταβλητών αξιολογήθηκαν με τους συντελεστές συσχέτισης Pearson ή Spearman, ανάλογα με την κατανομή των δεδομένων.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$, ενώ όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το

λογισμικό IBM SPSS Statistics (έκδοση 29.0), το οποίο αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα λογισμικά στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων στις επιστήμες υγείας και χρησιμοποιείται ευρέως στην ανάλυση επιδημιολογικών και κοινωνικών ερευνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Το συνολικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 152 φροντιστές, οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στο Νομό Αττικής. Από το σύνολο του δείγματος, οι 109 (71,7%) ήταν τυπικοί (επαγγελματίες) φροντιστές και οι 43 (28,3%) ήταν άτυποι φροντιστές (συγγενείς/οικείοι).

Στο δείγμα υπήρξε έντονη γυναικεία επικράτηση, καθώς οι γυναίκες αποτελούσαν το 94,1% (n=143) του συνόλου, με το σύνολο των τυπικών φροντιστών (100,0%) να είναι γυναίκες. Οι άνδρες αντιπροσώπευαν μόλις το 5,9% (n=9) του δείγματος και ανήκαν αποκλειστικά στην ομάδα των άτυπων φροντιστών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι εντοπίστηκαν συνολικά 6 νοσηλευτές/τριες που εκτελούσαν χρέη άτυπου φροντιστή (2 άνδρες και 4 γυναίκες). Ηλικιακά, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανήκε στις παραγωγικές ομάδες των 46–55 ετών (30,9%) και 56–65 ετών (25,7%). Οι άτυποι φροντιστές εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, με το 41,9% αυτών να είναι 56–65 ετών.

Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι ή είχαν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης (53,9%, n=82), ενώ το 22,4% (n=34) ήταν διαζευγμένοι. Αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών, το 63,8% (n=97) δήλωσε ότι έχει δύο παιδιά, με το ποσοστό αυτό να αγγίζει το 79,8% στην ομάδα των τυπικών φροντιστών. Αντίθετα, οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε ποσοστό 44,2% ότι έχουν ένα παιδί.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των δύο ομάδων παρουσιάζει σημαντικές διαφορές. Στο σύνολο του δείγματος, το 53,9% είχε ολοκληρώσει την υποχρεωτική/δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό/Γυμνάσιο/Σχολή), ποσοστό που καθορίστηκε κυρίως από τους

τυπικούς φροντιστές (67,9%). Αντίθετα, οι άτυποι φροντιστές εμφάνισαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, με το 37,2% να κατέχει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΙ/ΑΕΙ) και το 11,6% μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο. Η διαφοροποίηση αυτή συνδέεται άμεσα και με τη χώρα καταγωγής, καθώς το 100,0% των άτυπων φροντιστών ήταν ελληνικής καταγωγής, ενώ οι τυπικοί φροντιστές ήταν στο σύνολό τους μετανάστες, με κυρίαρχη χώρα προέλευσης τη Γεωργία (79,8%, n=87) και ακολουθούσαν η Αλβανία (7,3%), η Ουκρανία (3,7%) και η Αρμενία (2,8%).

Η πλειοψηφία του δείγματος βιώνει έντονη οικονομική πίεση. Συγκεκριμένα, το 53,9% δήλωσε «μεγάλη» και το 40,1% «πολύ μεγάλη» οικονομική στενότητα για την κάλυψη βασικών αναγκών. Το πρόβλημα εμφανίζεται οξύτερο στους άτυπους φροντιστές, όπου το 51,2% δήλωσε πολύ μεγάλη στενότητα. Όσον αφορά την προϋπηρεσία τους, το 56,6% του συνολικού δείγματος απασχολείται ως φροντιστής για διάστημα 0–5 ετών, με τους άτυπους φροντιστές να είναι κυρίως νεότεροι στο ρόλο αυτό (74,4% με 0–5 έτη).

Σχετικά με την υποκειμενική αξιολόγηση της κοινωνικής τους θέσης σε μια κλίμακα από το 1 (χαμηλότερο) έως το 10 (υψηλότερο), το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος συγκεντρώθηκε στις μεσαίες βαθμίδες. Συγκεκριμένα, η συχνότερη απάντηση ήταν το σκορ 5 (23,0%, n=35), ακολουθούμενη στενά από το σκορ 6 (22,4%, n=34) και το σκορ 4 (15,8%, n=24). Στις ακραίες τιμές της κλίμακας παρατηρήθηκε χαμηλή συχνότητα· μόλις το 1,3% (n=2) αυτοαξιολογήθηκε με σκορ 1, ενώ στις πολύ υψηλές θέσεις (σκορ 9 και 10) το ποσοστό ανήλθε συνολικά στο 2,0% (n=3), αφορώντας αποκλειστικά άτυπους φροντιστές. Οι δύο υποομάδες (τυπικοί και άτυποι) ακολούθησαν παρόμοια κατανομή στις κεντρικές βαθμίδες 5 και 6.

Όλα τα παραπάνω παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)
Φύλο			
Άνδρας	9 (5,9%)	0 (0,0%)	9 (20,9%)
Γυναίκα	143 (94,1%)	109 (100,0%)	34 (79,1%)

Ηλικιακή Ομάδα			
18–25 έτη	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
26–35 έτη	13 (8,6%)	11 (10,1%)	2 (4,7%)
36–45 έτη	27 (17,8%)	20 (18,3%)	7 (16,3%)
46–55 έτη	47 (30,9%)	34 (31,2%)	13 (30,2%)
56–65 έτη	39 (25,7%)	21 (19,3%)	18 (41,9%)
66–75 έτη	26 (17,1%)	23 (21,1%)	3 (7,0%)
76+ έτη	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Οικογενειακή Κατάσταση			
Άγαμος/η	16 (10,5%)	10 (9,2%)	6 (14,0%)
Έγγαμος/η - Σύμφωνα Συμβίωσης	82 (53,9%)	57 (52,3%)	25 (58,1%)
Διαζευγμένος/η	34 (22,4%)	26 (23,9%)	8 (18,6%)
Χήρος/α	20 (13,2%)	16 (14,7%)	4 (9,3%)
Αριθμός Παιδιών			
0 παιδιά	19 (12,5%)	8 (7,3%)	11 (25,6%)
1 παιδί	22 (14,5%)	3 (2,8%)	19 (44,2%)
2 παιδιά	97 (63,8%)	87 (79,8%)	10 (23,3%)
3 παιδιά	14 (9,2%)	11 (10,1%)	3 (7,0%)
Επίπεδο Εκπαίδευσης			
Πρωτοβάθμια / Κατώτερη Δευτεροβάθμια	82 (53,9%)	74 (67,9%)	8 (18,6%)
Απολυτήριο Λυκείου / ΙΕΚ	37 (24,3%)	23 (21,1%)	14 (32,6%)
Πτυχίο ΤΕΙ / ΑΕΙ	24 (15,8%)	8 (7,3%)	16 (37,2%)
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	7 (4,6%)	2 (1,8%)	5 (11,6%)
Κανένα	2 (1,3%)	2 (1,8%)	0 (0,0%)
Οικονομική Στενότητα			
Καμία	2 (1,3%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)
Περιορισμένη	7 (4,6%)	4 (3,7%)	3 (7,0%)
Μεγάλη	82 (53,9%)	66 (60,6%)	16 (37,2%)
Πολύ μεγάλη	61 (40,1%)	39 (35,8%)	22 (51,2%)
Έτη Απασχόλησης ως Φροντιστής			
0–5 έτη	86 (56,6%)	54 (49,5%)	32 (74,4%)
6–10 έτη	45 (29,6%)	39 (35,8%)	6 (14,0%)
11–15 έτη	14 (9,2%)	10 (9,2%)	4 (9,3%)
16–20 έτη	5 (3,3%)	4 (3,7%)	1 (2,3%)
20+ έτη	2 (1,3%)	2 (1,8%)	0 (0,0%)
Αυτοαντιλαμβανόμενο Κοινωνικό Επίπεδο			
Σκορ 1 (Χαμηλό)	2 (1,3%)	2 (1,8%)	0 (0,0%)
Σκορ 2	15 (9,9%)	9 (8,3%)	6 (14,0%)
Σκορ 3	14 (9,2%)	9 (8,3%)	5 (11,6%)
Σκορ 4	24 (15,8%)	17 (15,6%)	7 (16,3%)
Σκορ 5	35 (23,0%)	26 (23,9%)	9 (20,9%)
Σκορ 6	34 (22,4%)	27 (24,8%)	7 (16,3%)
Σκορ 7	15 (9,9%)	12 (11,0%)	3 (7,0%)
Σκορ 8	10 (6,6%)	7 (6,4%)	3 (7,0%)

Σκορ 9	2 (1,3%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)
Σκορ 10 (Υψηλό)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (2,3%)
Χώρα Καταγωγής			
Γεωργία	87 (57,2%)	87 (79,8%)	0 (0,0%)
Ουκρανία	4 (2,6%)	4 (3,7%)	0 (0,0%)
Αρμενία	3 (2,0%)	3 (2,8%)	0 (0,0%)
Αλβανία	8 (5,3%)	8 (7,3%)	0 (0,0%)
Ελλάδα	43 (28,3%)	0 (0,0%)	43 (100,0%)

5.2 Τρόπος Ζωής και Συμπεριφορά Υγείας

Στην παρούσα ενότητα αναλύθηκαν οι συνήθειες του δείγματος αναφορικά με τη σωματική άσκηση, τη διατροφή και τις εξαρτησιογόνες συνήθειες (χρήση καπνού και αλκοόλ) (Πίνακας 2).

5.2.1 Σωματική Άσκηση

Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ένα έντονα καθιστικό προφίλ για το σύνολο των συμμετεχόντων, καθώς το 44,1% (n=67) δήλωσε ότι δεν γυμνάζεται ποτέ (συστηματικό περπάτημα, ποδήλατο, κτλ. για τουλάχιστον 30 λεπτά). Το ποσοστό αυτό της πλήρους σωματικής αδράνειας παραμένει σχεδόν ταυτόσημο τόσο στους τυπικούς (44,0%, n=48) όσο και στους άτυπους φροντιστές (44,2%, n=19). Επιπρόσθετα, το 28,9% (n=44) του συνολικού πληθυσμού ασκείται το πολύ 1 ημέρα την εβδομάδα, με τους άτυπους φροντιστές να εμφανίζουν υψηλότερη συγκέντρωση σε αυτή τη χαμηλή συχνότητα (37,2%, n=16). Αντίθετα, ικανοποιητική φυσική δραστηριότητα (4 έως 7 ημέρες εβδομαδιαίως) αναφέρθηκε μόλις από το 11,2% (n=17) του συνόλου, με σαφή υπεροχή των τυπικών φροντιστών (12,8% έναντι 7,0% των άτυπων).

5.2.2 Διατροφικές Συνήθειες

Αναφορικά με την καθημερινή λήψη τουλάχιστον μίας μερίδας λαχανικών ή σαλάτας, η συχνότερη απάντηση στο συνολικό δείγμα ήταν «2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα» με ποσοστό 39,5% (n=60). Η τάση αυτή εμφανίζεται ιδιαίτερα ενισχυμένη στους άτυπους φροντιστές, καθώς πάνω από τους μισούς (53,5%, n=23) υιοθετούν τη συγκεκριμένη συχνότητα. Τακτική κατανάλωση λαχανικών (4 έως 7 ημέρες) καταγράφηκε στο 23,7% (n=36) του συνολικού δείγματος, με τους τυπικούς

φροντιστές να παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό (26,6%) συγκριτικά με τους άτυπους (16,3%). Ανησυχητικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το 31,6% (n=48) των ερωτηθέντων καταναλώνει λαχανικά το πολύ 1 ημέρα την εβδομάδα, ενώ ένα 5,3% (n=8) δεν τα εντάσσει ποτέ στη διατροφή του.

5.2.3 Κατανάλωση Αλκοόλ

Η πλειοψηφία των φροντιστών αναφέρει μέτρια προς αυξημένη εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών. Συγκεκριμένα, το 47,4% (n=72) του συνολικού δείγματος καταναλώνει αλκοόλ 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα, με το ποσοστό αυτό να ανέρχεται στο 52,3% (n=57) για τους επαγγελματίες (τυπικούς) φροντιστές. Επιπλέον, υψηλή συχνότητα κατανάλωσης (4 έως 7 ημέρες) καταγράφεται στο 30,3% (n=46) του συνόλου, αφορώντας το 32,1% των τυπικών και το 25,6% των άτυπων φροντιστών. Στον αντίποδα, η πλήρης αποχή («ποτέ/καθόλου») είναι περιορισμένη στο σύνολο του δείγματος (5,9%, n=9), αν και εμφανίζεται αισθητά υψηλότερη στους άτυπους φροντιστές (14,0%) σε σχέση με τους τυπικούς (2,8%).

5.2.4 Κάπνισμα

Το δείγμα χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά υψηλά ποσοστά ενεργών καπνιστών. Το 36,2% (n=55) του συνόλου καπνίζει συστηματικά (4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα), ενώ ένα επιπλέον 33,6% (n=51) καπνίζει 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα. Αθροιστικά, το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν τσιγάρο τουλάχιστον 2 ημέρες την εβδομάδα αγγίζει το 69,8% στο συνολικό δείγμα (74,3% για τους τυπικούς και 58,1% για τους άτυπους φροντιστές). Η αποκλειστική χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου αναφέρθηκε από το 11,8% (n=18) των συμμετεχόντων, με ομοιογενή κατανομή μεταξύ των δύο υποομάδων. Τέλος, τα άτομα που δεν έχουν καπνίσει ποτέ ή καθόλου αποτελούν μόλις το 8,6% (n=13) του συνόλου, ενώ οι πρώην συστηματικοί καπνιστές (με διακοπή άνω των 6 μηνών) αντιπροσωπεύουν το 3,9% (n=6).

Πίνακας 2 Τρόπος Ζωής και Συμπεριφορά Υγείας

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)

B.1. Συχνότητα σωματικής άσκησης (> 30 λεπτά)			
Από 4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα	17 (11,2%)	14 (12,8%)	3 (7,0%)
Από 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα	24 (15,8%)	19 (17,4%)	5 (11,6%)
Λιγότερο από 1 ημέρα ή 1 ημέρα την εβδομάδα	44 (28,9%)	28 (25,7%)	16 (37,2%)
Ποτέ / Καθόλου	67 (44,1%)	48 (44,0%)	19 (44,2%)
B.2. Κατανάλωση >1 μερίδας λαχανικών ή σαλάτας			
Από 4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα	36 (23,7%)	29 (26,6%)	7 (16,3%)
Από 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα	60 (39,5%)	37 (33,9%)	23 (53,5%)
Λιγότερο από 1 ημέρα ή 1 ημέρα την εβδομάδα	48 (31,6%)	38 (34,9%)	10 (23,3%)
Ποτέ / Καθόλου	8 (5,3%)	5 (4,6%)	3 (7,0%)
B.3. Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών			
Από 4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα	46 (30,3%)	35 (32,1%)	11 (25,6%)
Από 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα	72 (47,4%)	57 (52,3%)	15 (34,9%)
Λιγότερο από 1 ημέρα ή 1 ημέρα την εβδομάδα	25 (16,4%)	14 (12,8%)	11 (25,6%)
Ποτέ / Καθόλου	9 (5,9%)	3 (2,8%)	6 (14,0%)
B.4. Συνήθεια καπνίσματος			
Από 4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα	55 (36,2%)	43 (39,4%)	12 (27,9%)
Από 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα	51 (33,6%)	38 (34,9%)	13 (30,2%)
Λιγότερο από 1 ημέρα ή 1 ημέρα την εβδομάδα	9 (5,9%)	5 (4,6%)	4 (9,3%)
Ποτέ / Καθόλου	13 (8,6%)	7 (6,4%)	6 (14,0%)
Πρώην καπνιστής (διακοπή > 6 μήνες)	6 (3,9%)	3 (2,8%)	3 (7,0%)
Αποκλειστική χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου	18 (11,8%)	13 (11,9%)	5 (11,6%)

5.3 Επίπεδο Υγείας και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας των Φροντιστών

Στη συνέχεια εξετάστηκαν η υποκειμενική και αντικειμενική κατάσταση υγείας των φροντιστών, η ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, καθώς και ο βαθμός αξιοποίησης των δομών και επαγγελματιών υγείας κατά το τελευταίο εξάμηνο (Πίνακας 3).

5.3.1 Αυτοαξιολόγηση Υγείας και Χρόνια Προβλήματα

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες χαρακτήρισαν την κατάσταση της υγείας τους ως «μέτρια» (59,9%, n=91), με το ποσοστό αυτό να είναι υψηλότερο στους τυπικούς φροντιστές (64,2%) σε σχέση με τους άτυπους (48,8%). Ανησυχητική είναι η εικόνα των άτυπων φροντιστών, καθώς το 27,9% (n=12) δηλώνει «κακή» υγεία και το 16,3% (n=7) «πολύ κακή», υπογραμμίζοντας το έντονο σωματικό και ψυχικό φορτίο που υφίστανται. Η επιβάρυνση αυτή επιβεβαιώνεται αντικειμενικά, καθώς το 70,4% του συνολικού δείγματος πάσχει από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας. Συγκεκριμένα, το 55,9% (n=85) αναφέρει ένα χρόνια νόσημα και το 14,5% (n=22) περισσότερα από ένα, με παρόμοια κατανομή μεταξύ των δύο υποομάδων. Λόγω αυτών των προβλημάτων, το 34,9% (n=53) του συνόλου έχει περιορίσει σε κάποιο βαθμό τις καθημερινές του δραστηριότητες, ενώ το 11,6% (n=5) των άτυπων φροντιστών τις έχει περιορίσει «πάρα πολύ».

5.3.2 Χρήση Φαρμάκων και Επισκέψεις σε Επαγγελματίες Υγείας

Κατά το τελευταίο εξάμηνο, το 58,6% (n=89) των φροντιστών χρειάστηκε να λάβει συνταγογραφούμενα φάρμακα 1 έως 3 φορές. Στους άτυπους φροντιστές καταγράφηκε εξαιρετικά υψηλή συχνότητα συστηματικής φαρμακοθεραπείας, με το 48,8% (n=21) να λαμβάνει φάρμακα 4 ή περισσότερες φορές. Αναφορικά με τη φροντίδα από άλλους επαγγελματίες υγείας (π.χ. φυσικοθεραπευτές), οι άτυποι φροντιστές παρουσιάζουν πολύ έντονη κινητικότητα, με το 60,5% (n=26) να τους επισκέπτεται 4+ φορές στο εξάμηνο, έναντι 21,1% των τυπικών φροντιστών.

Παρόμοια τάση παρατηρείται και στις επισκέψεις σε γενικούς ή οικογενειακούς ιατρούς. Ενώ το 55,0% των τυπικών φροντιστών δεν πραγματοποίησε καμία επίσκεψη, το 60,5% (n=26) των άτυπων φροντιστών χρειάστηκε να επισκεφθεί

οικογενειακό ιατρό 4 ή περισσότερες φορές. Αντίθετα, οι επισκέψεις σε ειδικευμένους ιατρούς (π.χ. χειρουργούς, ορθοπεδικούς) ήταν πιο περιορισμένες, με το 56,6% (n=86) του συνολικού δείγματος να μην αναφέρει καμία επίσκεψη.

5.3.3 Επείγουσα Φροντίδα, Νοσηλείες και Εμβολιασμοί

Η προσέλευση σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και οι νοσηλείες αφορούσαν σχεδόν αποκλειστικά την ομάδα των άτυπων φροντιστών. Ειδικότερα, το 17,1% (n=26) του συνολικού δείγματος χρειάστηκε να προσέλθει στα ΤΕΠ 1 έως 3 φορές, με τη συντριπτική πλειονότητα να αφορά άτυπους φροντιστές (53,5%, n=23 έναντι μόλις 2,8%, n=3 των τυπικών). Κανένας συμμετέχων δεν δήλωσε συχνή προσέλευση (4+ φορές) στα ΤΕΠ.

Όσον αφορά τις νοσηλείες, το 98,7% (n=150) του συνόλου δεν χρειάστηκε εισαγωγή σε νοσοκομείο. Από την ανάγκη νοσηλείας εξαιρέθηκε πλήρως η ομάδα των τυπικών φροντιστών (100,0%, n=109), ενώ αντίθετα, ένα ποσοστό 4,7% (n=2) των άτυπων φροντιστών χρειάστηκε νοσηλεία 1 έως 3 φορές κατά το τελευταίο εξάμηνο.

Τέλος, αναφορικά με την προληπτική ιατρική, το σύνολο του δείγματος συμμορφώνεται με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών. Το 45,4% (n=69) δήλωσε ότι το ακολουθεί πλήρως και το 54,6% (n=83) «σε κάποιο βαθμό», ενώ κανένας φροντιστής δεν δήλωσε πλήρη αποχή από τα εμβολιαστικά προγράμματα.

Πίνακας 3 Επίπεδο Υγείας & Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)
Γ.1. Αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας			
Πολύ καλή	10 (6,6%)	9 (8,3%)	1 (2,3%)
Καλή	29 (19,1%)	27 (24,8%)	2 (4,7%)
Μέτρια	91 (59,9%)	70 (64,2%)	21 (48,8%)
Κακή	13 (8,6%)	1 (0,9%)	12 (27,9%)
Πολύ κακή	9 (5,9%)	2 (1,8%)	7 (16,3%)
Γ.2. Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος / πάθησης /			

αναπηρίας			
Κανένα	45 (29,6%)	36 (33,0%)	9 (20,9%)
Ένα χρόνιο πρόβλημα / πάθηση	85 (55,9%)	59 (54,1%)	26 (60,5%)
Περισσότερα από ένα χρόνια προβλήματα	22 (14,5%)	14 (12,8%)	8 (18,6%)
Γ.3. Περιορισμός συνηθισμένων δραστηριοτήτων (τελευταίοι 6 μήνες)			
Όχι, καθόλου	92 (60,5%)	76 (69,7%)	16 (37,2%)
Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	53 (34,9%)	31 (28,4%)	22 (51,2%)
Ναι, πάρα πολύ	7 (4,6%)	2 (1,8%)	5 (11,6%)
Γ.4.1. Λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (τελευταίοι 6 μήνες)			
Καμία φορά	39 (25,7%)	31 (28,4%)	8 (18,6%)
1 – 3 φορές	89 (58,6%)	75 (68,8%)	14 (32,6%)
4+ φορές	24 (15,8%)	3 (2,8%)	21 (48,8%)
Γ.4.2. Επίσκεψη σε άλλον επαγγελματία υγείας (φυσικοθεραπευτή κτλ.)			
Καμία φορά	50 (32,9%)	47 (43,1%)	3 (7,0%)
1 – 3 φορές	53 (34,9%)	39 (35,8%)	14 (32,6%)
4+ φορές	49 (32,2%)	23 (21,1%)	26 (60,5%)
Γ.4.3. Επίσκεψη σε γενικό / οικογενειακό ιατρό			
Καμία φορά	65 (42,8%)	60 (55,0%)	5 (11,6%)
1 – 3 φορές	58 (38,2%)	46 (42,2%)	12 (27,9%)
4+ φορές	29 (19,1%)	3 (2,8%)	26 (60,5%)
Γ.4.4. Επίσκεψη σε ειδικευμένο ιατρό (χειρουργό, ορθοπαιδικό κτλ.)			
Καμία φορά	86 (56,6%)	59 (54,1%)	27 (62,8%)
1 – 3 φορές	51 (33,6%)	42 (38,5%)	9 (20,9%)
4+ φορές	15 (9,9%)	8 (7,3%)	7 (16,3%)
Γ.4.5. Προσέλευση / Μεταφορά σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)			
Καμία φορά	126 (82,9%)	106 (97,2%)	20 (46,5%)
1 – 3 φορές	26 (17,1%)	3 (2,8%)	23 (53,5%)
4+ φορές	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Γ.4.6. Εισαγωγή σε νοσοκομείο για νοσηλεία			
Καμία φορά	150 (98,7%)	109 (100,0%)	41 (95,3%)
1 – 3 φορές	2 (1,3%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)
4+ φορές	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Γ.5. Τήρηση εθνικού προγράμματος εμβολιασμών			
Ναι	69 (45,4%)	46 (42,2%)	23 (53,5%)
Σε κάποιο βαθμό	83 (54,6%)	63 (57,8%)	20 (46,5%)

Όχι	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
-----	----------	----------	----------

5.4 Συσχέτιση φροντιστή με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τρόπο ζωής, συμπεριφορές υγείας και επίπεδο υγείας

Στη συνέχεια ο τύπος φροντιστή (Τυπικός έναντι Άτυπου) συσχετίστηκε με όλες τις μεταβλητές της έρευνας. Για τη στατιστική ανάλυση εφαρμόστηκε ο Έλεγχος Ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson (χ^2) και, όπου οι αναμενόμενες συχνότητες ανά κελί ήταν πολύ μικρές (κάτω από 5), χρησιμοποιήθηκε το Ακριβές Τεστ του Fisher (Fisher's Exact Test). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4 Συσχέτιση φροντιστή με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τρόπο ζωής, συμπεριφορές υγείας και επίπεδο υγείας

Μεταβλητή	Στατιστικό τεστ	Τιμή (χ^2 ή Fisher)	Βαθμοί Ελευθερίας (df)	p-value
A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
A.1. Φύλο	Fisher's Exact	—	—	< 0,001
A.2. Ηλικιακή Ομάδα	Pearson χ^2	13,24	4	0,010
A.3. Οικογενειακή Κατάσταση	Pearson χ^2	1,28	3	0,734
A.4. Αριθμός Παιδιών	Pearson χ^2	49,85	3	< 0,001
A.6. Επίπεδο Εκπαίδευσης	Fisher's Exact	—	—	< 0,001
A.7. Οικονομική Στενότητα	Pearson χ^2	7,42	3	0,060
A.8. Έτη Απασχόλησης	Fisher's Exact	—	—	0,013
A.9. Κοινωνικό Επίπεδο (1–10)	Pearson χ^2	5,84	9	0,756
A.10. Χώρα Καταγωγής	Fisher's Exact	—	—	< 0,001
B. ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ				
B.1. Συχνότητα Άσκησης	Pearson χ^2	2,76	3	0,430
B.2. Κατανάλωση Λαχανικών	Pearson χ^2	5,62	3	0,132
B.3. Κατανάλωση Αλκοόλ	Pearson χ^2	8,83	3	0,032
B.4. Καπνιστική Συνήθεια	Pearson χ^2	4,58	5	0,469
Γ. ΕΠΙΠΕΔΟ & ΧΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ				
Γ.1. Αυτοαξιολόγηση Υγείας	Pearson χ^2	42,15	4	< 0,001
Γ.2. Χρόνια Προβλήματα Υγείας	Pearson χ^2	2,41	2	0,299

Γ.3. Περιορισμός Δραστηριοτήτων	Pearson χ^2	13,67	2	0,001
Γ.4.1. Λήψη Φαρμάκων	Pearson χ^2	45,84	2	< 0,001
Γ.4.2. Επίσκεψη σε Άλλον Επαγγ. Υγείας	Pearson χ^2	19,53	2	< 0,001
Γ.4.3. Επίσκεψη σε Οικογενειακό Ιατρό	Pearson χ^2	59,48	2	< 0,001
Γ.4.4. Επίσκεψη σε Ειδικευμένο Ιατρό	Pearson χ^2	4,76	2	0,092
Γ.4.5. Προσέλευση σε ΤΕΠ	Pearson χ^2	—	—	< 0,001
Γ.4.6. Εισαγωγή/Νοσηλεία	Fisher's Exact	—	—	0,049
Γ.5. Τήρηση Εμβολιασμών	Pearson χ^2	1,52	1	0,217

Οι παύλες στη στήλη «τιμή» του πίνακα σημαίνουν ότι για τις συγκεκριμένες μεταβλητές δεν υπολογίστηκε η τιμή του κριτηρίου χ^2 αλλά εφαρμόστηκε απευθείας το Fisher's Exact Test

Εντοπίστηκε εξαιρετικά σημαντική συσχέτιση με το φύλο ($p < 0,001$). Το 100,0% των τυπικών φροντιστών ήταν γυναίκες, ενώ οι άνδρες φροντιστές εντοπίζονται αποκλειστικά στην ομάδα των άτυπων φροντιστών (20,9%). Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικιακή κατανομή ($p = 0,010$). Οι άτυποι φροντιστές είναι συγκεντρωμένοι σε μεγαλύτερες ηλικίες (το 41,9% είναι 56–65 ετών), ενώ οι τυπικοί φροντιστές έχουν πιο ομοιογενή κατανομή στις με ποσοστό 21,1% να βρίσκεται στις ηλικίες 66–75 ετών.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την οικογενειακή Κατάσταση ($p = 0,734$). Η κατανομή (έγγαμοι, άγαμοι, διαζευγμένοι, χήροι) είναι παρόμοια και στις δύο ομάδες φροντιστών, με την έγγαμη κατάσταση να κυριαρχεί εξίσου (52,3% στους τυπικούς και 58,1% στους άτυπους). Η συσχέτιση με τον αριθμό παιδιών είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Οι τυπικοί φροντιστές έχουν σε συντριπτικό ποσοστό δύο παιδιά (79,8%), ενώ οι άτυποι φροντιστές έχουν κατά πλειονότητα ένα παιδί (44,2%) ή κανένα παιδί (25,6%).

Παρατηρείται έντονη στατιστική διαφοροποίηση στο επίπεδο εκπαίδευσης ($p < 0,001$) αφού οι άτυποι φροντιστές διαθέτουν σημαντικά υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, με το 48,8% να κατέχει πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή μεταπτυχιακό/διδακτορικό. Αντίθετα, οι τυπικοί φροντιστές έχουν ολοκληρώσει κυρίως την υποχρεωτική/κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (67,9%).

Η συσχέτιση με την οικονομική στενότητα είναι οριακά μη σημαντική ($p = 0,060$) δείχνοντας μια τάση. Και οι δύο ομάδες πλήττονται έντονα, ωστόσο οι άτυποι

φροντιστές αναφέρουν ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά «πολύ μεγάλης» οικονομικής στενότητας (51,2%) σε σχέση με τους τυπικούς (35,8%).

Επίσης, υπάρχει σημαντική συσχέτιση με τα έτη απασχόλησης ($p = 0,013$). Οι άτυποι φροντιστές είναι νέοι στο ρόλο (74,4% έχει 0–5 έτη εμπειρίας), καθώς η ενασχόλησή τους προκύπτει αιφνίδια λόγω ασθένειας του συγγενή. Αντίθετα, οι τυπικοί φροντιστές εμφανίζουν μεγαλύτερη επαγγελματική διάρκεια, με το 50,5% να εργάζεται πάνω από 6 έτη.

Δεν υπάρχει καμία στατιστική συσχέτιση με το αυτοαντιλαμβανόμενο κοινωνικό επίπεδο ($p = 0,756$). Και οι δύο ομάδες αυτοαξιολογούνται με τον ίδιο τρόπο, επιλέγοντας στην πλειονότητά τους τις μεσαίες βαθμίδες 5 και 6 της κλίμακας. Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη χώρα καταγωγής ($p < 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές είναι όλοι ελληνικής καταγωγής (100,0%), ενώ όλοι οι τυπικοί φροντιστές (100,0%) προέρχονται από χώρες της αλλοδαπής (κυρίως Γεωργία).

Αναφορικά με τη σωματική άσκηση των φροντιστών, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,430$), με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας να αποτελεί οριζόντιο χαρακτηριστικό του δείγματος. Το ποσοστό της πλήρους σωματικής αδράνειας παραμένει σχεδόν ταυτόσημο, καθώς το 44,0% των τυπικών και το 44,2% των άτυπων φροντιστών δήλωσε ότι δεν γυμνάζεται ποτέ. Παράλληλα, το 25,7% των τυπικών και το 37,2% των άτυπων ασκείται το πολύ μία ημέρα την εβδομάδα, ενώ ικανοποιητική συχνότητα άσκησης (4 έως 7 ημέρες) αναφέρθηκε μόλις από το 12,8% των τυπικών και το 7,0% των άτυπων φροντιστών.

Σε ότι αφορά τις διατροφικές συνήθειες και συγκεκριμένα την κατανάλωση λαχανικών, ο έλεγχος χ^2 δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,132$), υποδεικνύοντας παρόμοια κατανομή και στις δύο υποομάδες. Αντίθετα, η εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον τύπο του φροντιστή ($p = 0,032$). Οι τυπικοί φροντιστές εμφάνισαν τάση για συχνότερη κατανάλωση αλκοόλ, με το 52,3% αυτών να πίνει 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα και το 32,1% να καταναλώνει αλκοόλ 4 έως 7 ημέρες εβδομαδιαίως. Στην ομάδα των άτυπων φροντιστών, τα αντίστοιχα ποσοστά ανήλθαν σε 34,9% και 25,6%, ενώ οι άτυποι εμφάνισαν και σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά πλήρους αποχής («ποτέ/καθόλου») με 14,0% έναντι μόλις 2,8% των τυπικών

φροντιστών. Τέλος, η καπνιστική συνήθεια δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,469$), καθώς τα ποσοστά ενεργού καπνίσματος παραμένουν εξαιρετικά υψηλά σε όλο το δείγμα.

Ακολούθως, η υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας ανέδειξε μια εξαιρετικά ισχυρή στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές βιώνουν δραματικά μεγαλύτερη καταπόνηση, με το 27,9% να χαρακτηρίζει την υγεία του «κακή» και το 16,3% «πολύ κακή». Στον αντίποδα, οι τυπικοί φροντιστές αναφέρουν πολύ χαμηλά ποσοστά αρνητικής υγείας (0,9% κακή και 1,8% πολύ κακή), επιλέγοντας κυρίως τη «μέτρια» (64,2%) ή την «καλή/πολύ καλή» υγεία (33,1% αθροιστικά).

Παρά τη διαφορά αυτή, η αντικειμενική ύπαρξη κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας, πάθησης ή αναπηρίας δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,299$). Το 54,1% των τυπικών και το 60,5% των άτυπων πάσχει από ένα χρόνιο νόσημα, ενώ το 12,8% και το 18,6% αντίστοιχα συνυπάρχει με περισσότερες από μία χρόνιες παθήσεις. Ωστόσο, η επίδραση αυτών των προβλημάτων στις καθημερινές δραστηριότητες διαφέρει σημαντικά ($p = 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές δηλώνουν σε ποσοστό 51,2% περιορισμό «όχι πάρα πολύ» και σε ποσοστό 11,6% περιορισμό «πάρα πολύ», ενώ η πλειονότητα των τυπικών φροντιστών (69,7%) δηλώνει ότι η υγεία δεν έχει περιορίσει καθόλου τις συνηθισμένες δραστηριότητές τους.

Η ανάγκη για λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων κατά το τελευταίο εξάμηνο εμφάνισε επίσης εξαιρετικά ισχυρή συσχέτιση με τον τύπο φροντίδας ($p < 0,001$). Σχεδόν οι μισοί άτυποι φροντιστές (48,8%) χρειάστηκε να λάβουν φάρμακα 4 ή περισσότερες φορές, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό για τους τυπικούς φροντιστές ήταν μόλις 2,8%, με τους τελευταίους να συγκεντρώνονται κυρίως στη συχνότητα 1 έως 3 φορές (68,8%). Κατακόρυφη αύξηση της ιατρικής κατανάλωσης για τους άτυπους φροντιστές καταγράφηκε και στις επισκέψεις σε άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως φυσικοθεραπευτές ($p < 0,001$). Το 60,5% των άτυπων πραγματοποίησε 4 ή περισσότερες επισκέψεις το τελευταίο εξάμηνο, έναντι 21,1% των τυπικών φροντιστών, οι οποίοι σε ποσοστό 43,1% δήλωσαν ότι δεν χρειάστηκαν καθόλου ανάλογες υπηρεσίες.

Η ίδια ακριβώς στατιστικά σημαντική σχέση ($p < 0,001$) αποτυπώθηκε και στις επισκέψεις σε γενικούς ή οικογενειακούς ιατρούς. Το 60,5% των άτυπων φροντιστών επισκέφθηκε οικογενειακό ιατρό 4+ φορές, ενώ το 55,0% των τυπικών φροντιστών δεν πραγματοποίησε καμία απολύτως επίσκεψη. Αντίθετα, οι επισκέψεις σε ειδικευμένους ιατρούς (χειρουργούς, ορθοπεδικούς κτλ) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,092$), με την πλειονότητα και των δύο ομάδων (54,1% των τυπικών και 62,8% των άτυπων) να μην έχει πραγματοποιήσει καμία επίσκεψη κατά το τελευταίο εξάμηνο. Ιδιαίτερα κρίσιμα είναι τα ευρήματα για την επείγουσα φροντίδα και τη νοσηλεία. Η προσέλευση σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) συνδέθηκε σε εξαιρετικά σημαντικό βαθμό με την ιδιότητα του φροντιστή ($p < 0,001$). Πάνω από τους μισούς άτυπους φροντιστές (53,5%) χρειάστηκε να προσέλθουν στα ΤΕΠ 1 έως 3 φορές, ενώ η ανάγκη αυτή αφορούσε μόλις το 2,8% των τυπικών φροντιστών. Αντίστοιχα, η ανάγκη για νοσοκομειακή νοσηλεία παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,049$). Η ομάδα των τυπικών φροντιστών εξαιρέθηκε πλήρως από τη νοσηλεία (100,0% καμία φορά), ενώ ένα ποσοστό 4,7% των άτυπων φροντιστών χρειάστηκε να εισαχθεί σε νοσοκομείο ως ασθενής για νοσηλεία 1 έως 3 φορές. Τέλος, αναφορικά με την προληπτική ιατρική και την τήρηση του εθνικού προγράμματος εμβολιασμών, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,217$). Το σύνολο του δείγματος ακολουθεί το πρόγραμμα, με το 42,2% των τυπικών και το 53,5% των άτυπων να απαντά «ναι», ενώ το 57,8% και το 46,5% αντίστοιχα συμμορφώνεται «σε κάποιο βαθμό», χωρίς να καταγραφεί καμία απάντηση πλήρους άρνησης.

5.5 Εμπιστοσύνη σε πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας

Αναφορικά με το επίπεδο εμπιστοσύνης προς τους ιατρούς, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εξέφρασε θετική στάση, με το 55,3% του συνολικού δείγματος να δηλώνει «υψηλή εμπιστοσύνη» ή «εμπιστοσύνη». Για τις συσχετίσεις εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson. Ο έλεγχος χ^2 έδειξε ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες φροντιστών ($p = 0,698$), καθώς τα ποσοστά ικανοποιητικής εμπιστοσύνης κινήθηκαν σε παρόμοια επίπεδα (56,9% για τους τυπικούς και 51,2% για τους άτυπους φροντιστές). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ουδέτερη στάση («ούτε εμπιστοσύνη/ούτε δυσπιστία») επιλέχθηκε σε υψηλότερο

ποσοστό από τους άτυπους φροντιστές (41,9% έναντι 25,7% των τυπικών), ενώ η εκφρασμένη δυσπιστία αφορούσε κυρίως την ομάδα των τυπικών φροντιστών (17,4% έναντι 7,0% των άτυπων) (Πίνακας 5).

Όσον αφορά την εμπιστοσύνη προς τους νοσηλευτές, τους φαρμακοποιούς, τους ψυχολόγους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς και προς τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τα αποτελέσματα της στατιστικής κατανομής και της επαγωγικής ανάλυσης εμφάνισαν την ίδια ακριβώς εικόνα και πανομοιότυπα ποσοστά με την κατηγορία των ιατρών ($p = 0,698$). Σε όλες αυτές τις πηγές, η θετική εμπιστοσύνη ανήλθε στο 56,9% για τους τυπικούς και στο 51,2% για τους άτυπους φροντιστές, ενώ η συνολική δυσπιστία περιορίστηκε στο 14,5% του δείγματος, υποδεικνύοντας μια οριζόντια και σταθερή τάση του πληθυσμού απέναντι στους παραδοσιακούς θεσμούς υγείας αλλά και στα κοινωνικά δίκτυα (Πίνακας 5).

Σχετικά με τις διαδικτυακές πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας, ο έλεγχος επίσης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,477$), καταγράφοντας παρόμοια συμπεριφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Ωστόσο, παρατηρήθηκε μια ελαφρά τάση των άτυπων φροντιστών να εμπιστεύονται περισσότερο το διαδίκτυο (58,1% έναντι 49,5% των τυπικών), γεγονός που ενδεχομένως συνδέεται με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και την ευκολότερη ψηφιακή πρόσβαση που διαθέτουν οι συγγενείς-φροντιστές. Η ουδέτερη στάση διατηρήθηκε στο 33,0% των τυπικών και στο 34,9% των άτυπων φροντιστών, ενώ τα ποσοστά δυσπιστίας προς το διαδίκτυο ταυτίστηκαν με εκείνα των υπόλοιπων πηγών (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 Εμπιστοσύνη σε πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας

Πηγή πληροφόρησης - βαθμός εμπιστοσύνης	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)	Στατιστικό τεστ	p-value
Δ.1. Στους Ιατρούς					
Υψηλή εμπιστοσύνη / Εμπιστοσύνη	84 (55,3%)	62 (56,9%)	22 (51,2%)	$\chi^2 = 0,72$ df = 2	0,698
Ούτε εμπιστοσύνη / ούτε δυσπιστία	46 (30,3%)	28 (25,7%)	18 (41,9%)		
Δυσπιστία / Υψηλή δυσπιστία	22 (14,5%)	19 (17,4%)	3 (7,0%)		
Δ.2. Στους					

Νοσηλευτές					
Υψηλή εμπιστοσύνη / Εμπιστοσύνη	84 (55,3%)	62 (56,9%)	22 (51,2%)	$\chi^2 = 0,72$ df = 2	0,698
Ούτε εμπιστοσύνη / ούτε δυσπιστία	46 (30,3%)	28 (25,7%)	18 (41,9%)		
Δυσπιστία / Υψηλή δυσπιστία	22 (14,5%)	19 (17,4%)	3 (7,0%)		
Δ.3. Στους Φαρμακοποιούς					
Υψηλή εμπιστοσύνη / Εμπιστοσύνη	84 (55,3%)	62 (56,9%)	22 (51,2%)	$\chi^2 = 0,72$ df = 2	0,698
Ούτε εμπιστοσύνη / ούτε δυσπιστία	46 (30,3%)	28 (25,7%)	18 (41,9%)		
Δυσπιστία / Υψηλή δυσπιστία	22 (14,5%)	19 (17,4%)	3 (7,0%)		
Δ.4. Στους Ψυχολόγους / Επαγγ. Ψυχικής Υγείας					
Υψηλή εμπιστοσύνη / Εμπιστοσύνη	84 (55,3%)	62 (56,9%)	22 (51,2%)	$\chi^2 = 0,72$ df = 2	0,698
Ούτε εμπιστοσύνη / ούτε δυσπιστία	46 (30,3%)	28 (25,7%)	18 (41,9%)		
Δυσπιστία / Υψηλή δυσπιστία	22 (14,5%)	19 (17,4%)	3 (7,0%)		
Δ.5. Στις Διαδικτυακές Πηγές					
Υψηλή εμπιστοσύνη / Εμπιστοσύνη	79 (52,0%)	54 (49,5%)	25 (58,1%)	$\chi^2 = 1,48$ df = 2	0,477
Ούτε εμπιστοσύνη / ούτε δυσπιστία	51 (33,6%)	36 (33,0%)	15 (34,9%)		
Δυσπιστία / Υψηλή δυσπιστία	22 (14,5%)	19 (17,4%)	3 (7,0%)		
Δ.6. Στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης					
Υψηλή εμπιστοσύνη / Εμπιστοσύνη	84 (55,3%)	62 (56,9%)	22 (51,2%)	$\chi^2 = 0,72$ df = 2	0,698
Ούτε εμπιστοσύνη / ούτε δυσπιστία	46 (30,3%)	28 (25,7%)	18 (41,9%)		
Δυσπιστία / Υψηλή δυσπιστία	22 (14,5%)	19 (17,4%)	3 (7,0%)		

5.6 Χαρακτηριστικά φροντιστή και συνθήκες φροντίδας

Αναφορικά με την ιδιότητα και τη σχέση των φροντιστών με τον ασθενή (Πίνακας 6), από την ομάδα των άτυπων φροντιστών οι περισσότεροι (53,5%, n=23) έχουν συζυγική σχέση με τον ασθενή, το 27,9% (n=12) είναι παιδιά του ασθενούς, το 7,0% (n=3) αδέλφια, ενώ ένα 9,3% (n=4) αποτελείται από οικεία πρόσωπα (γείτονες ή φίλους) που προσφέρουν κυρίως συντροφιά. Έξι άτυποι φροντιστές (14,0%) είναι παράλληλα επαγγελματίες νοσηλευτές. Στην ομάδα των τυπικών φροντιστών, η συντριπτική πλειονότητα (79,8%, n=87) εργάζεται ως εσωτερικός φροντιστής/οικιακός βοηθός, ενώ το 19,3% (n=21) απασχολείται σε βάρδιες.

Σχετικά με τα έτη παροχής φροντίδας στον συγκεκριμένο ασθενή (Πίνακας 6), η στατιστική ανάλυση με το ακριβές τεστ του Fisher αποκάλυψε εξαιρετικά ισχυρή και σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p < 0,001$). Οι τυπικοί φροντιστές εμφανίζουν σημαντικά μικρότερη διάρκεια παραμονής στον ίδιο ασθενή, με το 42,2% αυτών να παρέχει φροντίδα για λιγότερο από 1 έτος, έναντι μόλις 7,0% των άτυπων φροντιστών. Αντίθετα, οι άτυποι φροντιστές είναι συγκεντρωμένοι σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, με το 60,5% να προσφέρει φροντίδα για 1 έως 3 έτη και το 27,9% για 4 έως 6 έτη. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη συχνή εναλλαγή του έμμισθου προσωπικού στο σπίτι, σε αντίθεση με τη σταθερή και μακροχρόνια δέσμευση της οικογένειας. Αναφορικά με τις ώρες ημερήσιας απασχόλησης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (76,3%) προσφέρει φροντίδα για πάνω από 8 ώρες την ημέρα. Η συσχέτιση εμφάνισε οριακά μη σημαντική τάση ($p = 0,094$), με το ποσοστό της εξαντλητικής 24ωρης ή πολύωρης απασχόλησης (>8 ώρες) να αγγίζει το 79,8% στους τυπικούς και το 67,4% στους άτυπους φροντιστές, επιβεβαιώνοντας το βαρύ καθημερινό φορτίο και για τις δύο κατηγορίες (Πίνακας 6).

Η μόνιμη διαμονή στο σπίτι του ασθενούς παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον τύπο της φροντίδας ($p = 0,006$). Οι τυπικοί φροντιστές συγκατοικούν με τον ασθενή σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (79,8%) συγκριτικά με τους άτυπους φροντιστές (58,1%), γεγονός που εναρμονίζεται με το προφίλ τους ως εσωτερικοί βοηθοί. Στην ομάδα των άτυπων, η καθημερινή συμμετοχή στη φροντίδα ενισχύεται κυρίως από τους συζύγους που διαμένουν μαζί με τον ασθενή,

καθώς και από τα παιδιά ή αδέρφια που συνεισφέρουν ενεργά. Τέλος, η αποκλειστικότητα της φροντίδας του ασθενούς δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,112$). Το 79,8% των τυπικών και το 67,4% των άτυπων δήλωσαν ότι αποτελούν τον αποκλειστικό φροντιστή του ατόμου με άνοια, αναδεικνύοντας την έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου. Στις περιπτώσεις μη αποκλειστικότητας, σημειώνεται ότι 65 φροντιστές (κυρίως 56 τυπικοί σε συνεργασία με την οικογένεια και 9 άτυποι) δήλωσαν ότι λαμβάνουν βοήθεια ή συνεργάζονται με άλλα άτομα για την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς (Πίνακας 6),

Επιπλέον, αναφορικά με την κύρια διάγνωση της νόσου του ασθενούς, η Νόσος Alzheimer αποτελεί την επικρατέστερη μορφή άνοιας στο υπό μελέτη δείγμα, συγκεντρώνοντας το 75,0% ($n=114$) των συνολικών αναφορών των φροντιστών. Η Αγγειακή ή Μικτή άνοια (συνδυασμός Alzheimer και αγγειακών βλαβών) καταγράφηκε στο 18,4% ($n=28$), ενώ ένα ποσοστό 6,6% ($n=10$) δήλωσε ότι δεν γνωρίζει ή ότι η διάγνωση δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί κλινικά. Η επαγωγική στατιστική ανάλυση με το Ακριβές Τεστ του Fisher αποκάλυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις ανάμεσα στις δύο ομάδες φροντιστών ($p = 0,014$). Οι άτυποι (οικογενειακοί) φροντιστές εμφάνισαν απόλυτη σαφήνεια, καθώς κανένας εξ αυτών (0,0%) δεν δήλωσε άγνοια για τη διάγνωση, καταγράφοντας 65,1% Νόσο Alzheimer και 32,6% Αγγειακή/Μικτή άνοια. Αντίθετα, στην ομάδα των τυπικών φροντιστών, το 8,3% ($n=9$) δήλωσε ότι δεν γνωρίζει την ακριβή μορφή άνοιας, ενώ εμφάνισαν την τάση να υπερ-αναφέρουν τη νόσο Alzheimer (78,9%) έναντι των αγγειακών μορφών (12,8%). Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ένα σημαντικό έλλειμμα ενημέρωσης των έμμισθων επαγγελματιών φροντιστών, καθώς οι άτυποι οικογενειακοί φροντιστές, όντας άμεσα εμπλεκόμενοι με το διαγνωστικό σκέλος και τις επισκέψεις στους νευρολόγους, κατέχουν πληρέστερη γνώση της κλινικής ταυτότητας του ασθενούς.

Σχετικά με την ύπαρξη ψυχιατρικής συννοσηρότητας (προϋπάρχουσας ή συνυπάρχουσας με την άνοια) για την οποία ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, το 65,8% ($n=100$) του συνολικού δείγματος απάντησε καταφατικά, επιβεβαιώνοντας τη βαριά κλινική εικόνα των ασθενών στην κοινότητα. Αν και οι τυπικοί φροντιστές ανέφεραν υψηλότερο ποσοστό συννοσηρότητας (69,7% έναντι 55,8% των άτυπων), η διαφορά αυτή δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p = 0,104$),

υποδηλώνοντας ότι η επίγνωση της ανάγκης για λήψη ψυχιατρικής αγωγής είναι οριζόντια υψηλή και στις δύο ομάδες.

Ως προς το είδος της ψυχιατρικής συννοσηρότητας, η κατάθλιψη καταγράφηκε στο 30,3% (n=46) του συνολικού δείγματος, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε τυπικούς (31,2%) και άτυπους (27,9%) φροντιστές ($p = 0,689$), αποτελώντας τη συχνότερη συννοσηρότητα. Αντίθετα, η Αγχώδης Διαταραχή εμφάνισε ισχυρή στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον τύπο του φροντιστή ($p = 0,013$). Οι τυπικοί φροντιστές δήλωσαν σε υπερδιπλάσιο ποσοστό (36,7%, n=40) ότι οι ασθενείς τους υποφέρουν από έντονο άγχος, σε σύγκριση με το 16,3% (n=7) των άτυπων. Επίσης η διάγνωση της Σχιζοφρένειας/Ψύχωσης, εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p = 0,019$) καθώς στην ομάδα των άτυπων φροντιστών το ποσοστό ανήλθε στο 11,6% (n=5), ενώ στην ομάδα των τυπικών φροντιστών περιορίστηκε στο ισχνό 1,8% (n=2).

Πίνακας 6 Χαρακτηριστικά φροντιστή και συνθήκες φροντίδας

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)	Στατιστικό τεστ	p-value
Δ.9. Έτη φροντίδας στον συγκεκριμένο ασθενή					
Λιγότερο από 1 έτος	49 (32,2%)	46 (42,2%)	3 (7,0%)	Fisher's Exact	< 0,001
1 – 3 έτη	68 (44,7%)	42 (38,5%)	26 (60,5%)		
4 – 6 έτη	24 (15,8%)	12 (11,0%)	12 (27,9%)		
7 – 10 έτη	11 (7,2%)	9 (8,3%)	2 (4,7%)		
Δ.10. Ώρες ημερήσιας παροχής φροντίδας					
Έως 4 ώρες	5 (3,3%)	1 (0,9%)	4 (9,3%)	Fisher's Exact	0,094
5 – 8 ώρες	30 (19,7%)	21 (19,3%)	9 (20,9%)		

Πάνω από 8 ώρες	116 (76,3%)	87 (79,8%)	29 (67,4%)		
Δ.11. Μόνιμη διαμονή στο σπίτι του ασθενούς					
Ναι	112 (73,7%)	87 (79,8%)	25 (58,1%)	$\chi^2 = 7,43$ df = 1	0,006
Όχι	40 (26,3%)	22 (20,2%)	18 (41,9%)		
Δ.12. Αποκλειστικότητα της φροντίδας					
Ναι (Αποκλειστικός φροντιστής)	116 (76,3%)	87 (79,8%)	29 (67,4%)	$\chi^2 = 2,52$ df = 1	0,112
Όχι (Σε συνεργασία / συμμετοχή άλλων)	36 (23,7%)	22 (20,2%)	14 (32,6%)		
Δ.13. Κύρια Διάγνωση Άνοιας					
Νόσος Alzheimer	114 (75,0%)	86 (78,9%)	28 (65,1%)	Fisher's Exact	0,014
Αγγειακή / Μικτή Άνοια	28 (18,4%)	14 (12,8%)	14 (32,6%)		
Δεν γνωρίζω / Αδιευκρίνιστη	10 (6,6%)	9 (8,3%)	0 (0,0%)		
Δ.14. Ψυχιατρική Συννοσηρότητα					
Ναι (Λαμβάνει αγωγή)	100 (65,8%)	76 (69,7%)	24 (55,8%)	$\chi^2 = 2,64$ df = 1	0,104
Όχι / Δεν γνωρίζω	52 (34,2%)	33 (30,3%)	19 (44,2%)		
Δ.15. Είδος Συννοσηρότητας*					
Κατάθλιψη	46 (30,3%)	34 (31,2%)	12 (27,9%)	$\chi^2 = 0,16$	0,689

Αγχώδης Διαταραχή	47 (30,9%)	40 (36,7%)	7 (16,3%)	$\chi^2 = 6,12$	0,013
Σχιζοφρένεια / Ψύχωση	7 (4,6%)	2 (1,8%)	5 (11,6%)	Fisher's test	0,019

* Τα ποσοστά στις επιμέρους ψυχιατρικές παθήσεις (Δ.16) υπολογίστηκαν επί του συνολικού δείγματος (N=152) ανά ομάδα, καθώς οι ασθενείς δύνανται να παρουσιάζουν παραπάνω από μία συντρέχουσες διαγνώσεις (πολλαπλή συννοσηρότητα).

5.7 Εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια φροντιστών

Αναφορικά με τη συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης ή ψυχοεκπαίδευσης, η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος σε ποσοστό 72,4% (n=110) δήλωσε ότι δεν έχει λάβει ποτέ καμία σχετική κατάρτιση, ενώ μόλις το 27,6% (n=42) απάντησε καταφατικά. Ο έλεγχος χ^2 δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,390$). Το εύρημα αυτό αποκαλύπτει ότι το μεγαλύτερο μέρος των φροντιστών παρέχει καθημερινή φροντίδα στερούμενο βασικών, οργανωμένων γνώσεων γύρω από τη φύση και την εξέλιξη της άνοιας (Πίνακας 7).

Μεταξύ των 42 εκπαιδευμένων φροντιστών, ως κυριότερος φορέας επιμόρφωσης αναδείχθηκε η Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Νέστωρ» με ποσοστό 50,0% (n=21), ακολουθούμενη από Διαδικτυακά Προγράμματα με 38,1% (n=16) και την Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών με 11,9% (n=5). Από την ποιοτική κατανομή των δεδομένων προκύπτει ότι οι 14 εκπαιδευμένοι άτυποι φροντιστές αποτελούνταν από 6 επαγγελματίες νοσηλευτές (που παρείχαν παράλληλα φροντίδα σε δικό τους άνθρωπο), 6 παιδιά και 2 συζύγους ασθενών, οι οποίοι ήταν νεότερης ηλικίας και είχαν εισέλθει πρόσφατα στη διαχείριση της νόσου (Πίνακας 7). Στην ομάδα των τυπικών φροντιστών, οι 28 που είχαν λάβει εκπαίδευση ήταν ομοίως νεότερης ηλικίας, διέθεταν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και εργάζονταν με προκαθορισμένο ωράριο βάρδιας ή αποκλειστικότητας. Η επιμόρφωσή τους συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική τους ανάπτυξη και την επιδίωξη καλύτερων αποδοχών. Αντίθετα, οι μη εκπαιδευμένοι τυπικοί φροντιστές ήταν μεγαλύτερης ηλικίας, εργάζονταν ως εσωτερικοί οικιακοί βοηθοί και είχαν επιφορτιστεί με

παράλληλες εργασίες (καθαριότητα, μαγείρεμα), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι οικογένειες συχνά επιλέγουν ανειδίκευτο προσωπικό χαμηλότερου κόστους για την κάλυψη πολλαπλών αναγκών (Πίνακας 7).

Όσον αφορά την αξιολόγηση της χρησιμότητας της εκπαίδευσης και τη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων τους, οι απαντήσεις ταυτίστηκαν απόλυτα, με το 100,0% των εκπαιδευμένων να τη χαρακτηρίζει από «Πολύ» (26,2%) έως «Πάρα πολύ» χρήσιμη (73,8%). Σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση υπέρ των τυπικών φροντιστών ($p = 0,021$), καθώς οι επαγγελματίες αξιολόγησαν σε εντυπωσιακά υψηλότερο ποσοστό την εκπαίδευση ως «πάρα πολύ χρήσιμη» (82,1% έναντι 42,9% των άτυπων), αναγνωρίζοντας την άμεση επίδρασή της στην εργασιακή τους επάρκεια (Πίνακας 7).

Ειδικότερα για την ομάδα των 109 αλλοδαπών τυπικών φροντιστών, η γενική γνώση της ελληνικής γλώσσας και η ικανότητα κατανόησης των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών εμφάνισαν έντονη συσχέτιση με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Από τους 28 εκπαιδευμένους τυπικούς φροντιστές, η συντριπτική πλειονότητα ($n=23$) κατείχε υψηλή γλωσσική επάρκεια, καθώς οι 15 (13,8%) δήλωσαν ότι γνωρίζουν «καλά» τη γλώσσα και οι 8 (7,3%) «πολύ καλά/άριστα». Αντίθετα, το υπόλοιπο 78,9% ($n=86$) του συνόλου των τυπικών φροντιστών, το οποίο στερείτο εκπαίδευσης, δήλωσε μέτρια έως καθόλου γνώση των ελληνικών, ενώ παράλληλα εμφάνισε απόλυτη πόλωση στην κατανόηση των οδηγιών με το 38,5% ($n=42$) να αναφέρει σοβαρή δυσκολία κατανόησης (Πίνακας 7).

Ολοκληρώνοντας για την εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια (Πίνακας 7), οι αλλοδαποί τυπικοί φροντιστές δήλωσαν σε καθολικό βαθμό τη γλώσσα ως εμπόδιο στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς το 43,9% ($n=47$) απάντησε «πολύ» και το 36,4% ($n=39$) «πάρα πολύ», ενώ το υπόλοιπο 21,5% ($n=23$) τη χαρακτήρισε ως «μέτριο» εμπόδιο. Σχετικά με τα εμπόδια συμμετοχής σε εκπαιδευτικά προγράμματα, καταγράφηκε εξαιρετικά ισχυρή στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p < 0,001$). Για τους τυπικούς φροντιστές, η «έλλειψη χρόνου» αποτελεί το κυρίαρχο εμπόδιο με ποσοστό 71,6% ($n=78$), ακολουθούμενη από τις «γλωσσικές δυσκολίες» με 20,2% ($n=22$). Αντίθετα, για τους άτυπους φροντιστές η «απόσταση» αναδείχθηκε ως το σημαντικότερο πρόβλημα με ποσοστό 46,5% ($n=20$), ακολουθούμενη από την «έλλειψη χρόνου» (32,6%, $n=14$).

και την «έλλειψη ενημέρωσης» (20,9%, n=9). Τέλος, η πρόθεση συμμετοχής σε μελλοντικές εκπαιδευτικές δράσεις (Δ.24) ανήλθε στο 20,4% (n=31) για το συνολικό δείγμα, χωρίς να σημειωθεί στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στους τυπικούς (21,1%) και τους άτυπους φροντιστές (18,6%, p=0,737).

Πίνακας 7 Εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια φροντιστών

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)	Στατιστικό τεστ	p-value
Δ.16. Συμμετοχή σε πρόγραμμα εκπαίδευσης					
Ναι	42 (27,6%)	28 (25,7%)	14 (32,6%)	$\chi^2 = 0,74$ df = 1	0,390
Όχι	110 (72,4%)	81 (74,3%)	29 (67,4%)		
Δ.17. Φορέας Εκπαίδευσης (n=42)*					
Ψυχogerιατρική Εταιρεία «Νέστωρ»	21 (50,0%)	17 (60,7%)	4 (28,6%)	Fisher's Exact	0,096
Διαδικτυακό Πρόγραμμα	16 (38,1%)	8 (28,6%)	8 (57,1%)		0,095
Ελληνική Εταιρεία Alzheimer	5 (11,9%)	3 (10,7%)	2 (14,3%)		1,000
Δ.18 & Δ.19. Αξιολόγηση & Βελτίωση (n=42)					
Πολύ Χρήσιμη / Πολύ Βελτίωση	11 (26,2%)	5 (17,9%)	8 (57,1%)	Fisher's Exact	0,021
Πάρα Πολύ Χρήσιμη / Άριστη Βελτίωση	31 (73,8%)	23 (82,1%)	6 (42,9%)		
Δ.20 Κατανόηση Ελληνικής γλώσσας**					
Καλά	15 (13,8%)	15 (13,8%)	—	—	—

Πολύ Καλά / Άριστα	8 (7,3%)	8 (7,3%)	—	—	—
Μέτρια / Λίγο / Καθόλου	86 (78,9%)	86 (78,9%)	—	—	—
Δ.21. Κατανόηση Οδηγιών στα Ελληνικά**					
Εύκολο / Πολύ εύκολο	42 (38,5%)	42 (38,5%)	—		
Ούτε εύκολο ούτε δύσκολο	25 (22,9%)	25 (22,9%)	—	—	—
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	42 (38,5%)	42 (38,5%)	—		
Δ.22. Η γλώσσα ως εμπόδιο στην επικοινωνία***					
Μέτρια	23 (21,5%)	23 (21,5%)	—	—	—
Πολύ	47 (43,9%)	47 (43,9%)	—	—	—
Πάρα πολύ	39 (36,4%)	39 (36,4%)	—	—	—
Δ.23. Σημαντικότερο εμπόδιο για εκπαίδευση					
Έλλειψη χρόνου	92 (60,5%)	78 (71,6%)	14 (32,6%)	Fisher's Exact Test	< 0,001
Απόσταση	23 (15,1%)	3 (2,7%)	20 (46,5%)		
Έλλειψη ενημέρωσης	15 (9,9%)	6 (5,5%)	9 (20,9%)		
Γλωσσικές δυσκολίες	22 (14,5%)	22 (20,2%)	0 (0,0%)		
Δ.24. Πρόθεση μελλοντικής συμμετοχής					

Ναι	31 (20,4%)	23 (21,1%)	8 (18,6%)	$\chi^2 = 0,11$ df = 1	0,737
Ίσως / Όχι (Υπολειπόμενο δείγμα)	121 (79,6%)	86 (78,9%)	35 (81,4%)		

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων εφαρμόστηκε ο Έλεγχος Ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson και το Ακριβές Τεστ του Fisher όπου οι συχνότητες ανά κελί ήταν χαμηλές.

* Στην ερώτηση Δ.17, τα ποσοστά υπολογίζονται επί του υποδείγματος των εκπαιδευμένων φροντιστών (n=42).

** Η ερώτηση Δ.20-Δ.21 για την κατανόηση των οδηγιών στην ελληνική γλώσσα απευθύνθηκε αποκλειστικά στους 109 τυπικούς φροντιστές, καθώς όλοι οι άτυποι φροντιστές ήταν ημεδαποί (Έλληνες συγγενείς) με άριστη φυσική γνώση της γλώσσας. Για τη Δ.20 αποτυπώνεται η γλωσσική κατανομή των 23 αλλοδαπών που έλαβαν εκπαίδευση, ενώ οι υπόλοιποι 86 μη εκπαιδευμένοι τυπικοί φροντιστές δήλωσαν μέτρια έως καθόλου γνώση της γλώσσας, εργαζόμενοι ως εσωτερικοί.

*** Στην ερώτηση Δ.22 υπήρξαν 2 απολεσθείσες τιμές στην ομάδα των τυπικών φροντιστών (n=107 έγκυρες απαντήσεις), ενώ η ερώτηση δεν αφορούσε τους ημεδαπούς άτυπους φροντιστές.

5.8 Καθημερινή επιβάρυνση και υποστήριξη φροντιστών

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 8, η ανάληψη παράλληλων οικιακών εργασιών εμφάνισε εξαιρετικά ισχυρή στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p < 0,001$), με το 67,0% (n=73) των τυπικών φροντιστών να απαντά καταφατικά, έναντι μόλις 34,9% (n=15) των άτυπων. Σχετικά με τον ελεύθερο χρόνο ανά εβδομάδα, οι άτυποι φροντιστές εμφάνισαν τη μεγαλύτερη στέρηση, καθώς το 76,7% (n=33) δήλωσε μόλις «0–3 ώρες», διαφοροποίηση που αποδείχθηκε εξαιρετικά σημαντική ($p < 0,001$). Αναφορικά με την υποστήριξη από την οικογένεια του ασθενούς, η πλειονότητα των τυπικών φροντιστών εξέφρασε υψηλή ικανοποίηση, με το 66,1% (n=72) να απαντά «πολύ» και το 22,0% (n=24) «πάρα πολύ». Σε ότι αφορά την παραμέληση της προσωπικής υγείας λόγω των απαιτήσεων φροντίδας, καταγράφηκε στατιστικά σημαντική υπεροχή της κατηγορίας «πολύ συχνά» στους τυπικούς φροντιστές σε ποσοστό 71,6% (n=78) έναντι 44,2% (n=19) των άτυπων ($p < 0,001$). Επίσης, η βίωση ψυχικής ή συναισθηματικής επιβάρυνσης ανέδειξε μια έντονη, στατιστικά σημαντική πόλωση ($p < 0,001$) αφού οι τυπικοί φροντιστές δήλωσαν σε ποσοστό 78,0% (n=85) ότι επιβαρύνονται «πολύ συχνά», ενώ οι άτυποι φροντιστές συγκεντρώθηκαν στην απάντηση «συχνά» σε ποσοστό 72,1% (n=31).

Πίνακας 8 Καθημερινή επιβάρυνση και υποστήριξη φροντιστών

Επιβάρυνση και υποστήριξη	Συνολικό Δείγμα (N=152)n(%)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109) (%)	Άτυποι Φροντιστές (N=43) (%)	Στατιστικό Τεστ	p-value
Δ.25. Ανάληψη άλλων οικιακών εργασιών					
Ναι	88 (57,2%)	73 (67,0%)	15 (34,9%)	$\chi^2 = 13,04$ df = 1	< 0,001
Όχι	64 (42,8%)	36 (33,0%)	28 (65,1%)		
Δ.26. Ώρες ελεύθερου προσωπικού χρόνου / εβδομάδα*					
0 – 3 ώρες	64 (42,1%)	31 (28,4%)	33 (76,7%)	Fisher's Exact Test	< 0,001
4 – 7 ώρες	35 (23,0%)	30 (27,5%)	5 (11,6%)		
8 – 14 ώρες	35 (23,0%)	30 (27,5%)	5 (11,6%)		
Πάνω από 14 ώρες	23 (15,1%)	18 (16,5%)	5 (11,6%)		
Δ.27. Επαρκής υποστήριξη από την οικογένεια**					
Λίγο	4 (3,7%)	4 (3,7%)	—	—	—
Μέτρια	9 (8,3%)	9 (8,3%)	—	—	—
Πολύ	72 (66,1%)	72 (66,1%)	—	—	—
Πάρα πολύ	24 (22,0%)	24 (22,0%)	—	—	—
Δ.28. Έλλειψη χρόνου για προσωπική υγεία					
Μερικές φορές	15 (9,9%)	3 (2,8%)	12 (27,9%)	Fisher's Exact Test	< 0,001
Συχνά	40 (26,3%)	28 (25,7%)	12 (27,9%)		
Πολύ συχνά	97 (63,8%)	78 (71,6%)	19 (44,2%)		
Δ.29. Ψυχική ή συναισθηματική επιβάρυνση					
Μερικές φορές (Υπολειπόμενο δείγμα)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	Fisher's Exact Test	< 0,001
Συχνά	55 (36,2%)	24 (22,0%)	31 (72,1%)		
Πολύ συχνά	97 (63,8%)	85 (78,0%)	12 (27,9%)		

* Στη Δ.26, οι 31 τυπικοί και οι 33 άτυποι φροντιστές ταξινομήθηκαν στην κατηγορία «0-3 ώρες» βάσει των συνολικών αθροισμάτων του δείγματος.

**Η ερώτηση Δ.27 απευθύνθηκε αποκλειστικά στους 109 έμμισθους τυπικούς φροντιστές.

5.9 Υγειονομική παιδεία

Στον Πίνακα 9 αναλύονται οι γνώσεις, οι αντιλαμβανόμενες ικανότητες και η ευκολία των φροντιστών να διαχειρίζονται πληροφορίες υγείας (υγειονομική παιδεία), καθώς και οι στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις που προκύπτουν βάσει της ιδιότητάς τους (τυπικοί έναντι άτυπων φροντιστών).

Αναφορικά με την εύρεση επαγγελματικής βοήθειας σε περίπτωση ασθένειας, η συντριπτική πλειονότητα του συνολικού δείγματος (83,6%) τη χαρακτήρισε ως «δύσκολη» ή «πολύ δύσκολη». Η στατιστική ανάλυση με το ακριβές τεστ του Fisher αποκάλυψε εξαιρετικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,001$), με τους τυπικούς φροντιστές να εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας (89,0% έναντι 69,8% των άτυπων). Αντίθετα, οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (32,6%) ότι η διαδικασία αυτή είναι εύκολη ή πολύ εύκολη, συγκριτικά με μόλις 8,3% των τυπικών. Το εύρημα αυτό συνδέεται πιθανώς με το γεγονός ότι οι τυπικοί φροντιστές είναι στο σύνολό τους αλλοδαποί και αντιμετωπίζουν γλωσσικά εμπόδια ή δυσκολίες πλοήγησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Σχετικά με την κατανόηση των απαραίτητων ενεργειών σε μια επείγουσα ιατρική κατάσταση, η πλειονότητα των ερωτηθέντων (55,9%) δήλωσε ότι είναι «δύσκολο». Ο έλεγχος χ^2 δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,132$), καθώς το ποσοστό δυσκολίας παρέμεινε υψηλό τόσο στους τυπικούς (54,1%) όσο και στους άτυπους φροντιστές (60,5%).

Αντίθετα, η ικανότητα κρίσης των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών εμφάνισε εξαιρετικά ισχυρή στατιστική συσχέτιση ($p = 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε ποσοστό 14,0% ότι η διαδικασία είναι «πολύ εύκολη». Μάλιστα, στο αρχικό υλικό επισημαίνεται ότι η συγκεκριμένη ευκολία αφορούσε άτυπους φροντιστές που ήταν παράλληλα επαγγελματίες νοσηλευτές. Αντίθετα, το 33,0% των τυπικών φροντιστών χαρακτήρισε τη διαδικασία ως «πολύ δύσκολη», έναντι μόλις 11,6% των άτυπων, αποδεικνύοντας τη σημασία του υπόβαθρου και της εκπαίδευσης στην αξιολόγηση κλινικών πληροφοριών.

Όσον αφορά τη συμμόρφωση και τη δράση σύμφωνα με τις συμβουλές του ιατρού δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,557$). Το 49,5% των τυπικών και το 32,6% των άτυπων τη χαρακτήρισαν «εύκολη», ενώ ένα εξίσου υψηλό ποσοστό (38,5% και 51,2% αντίστοιχα) τη βρήκε «δύσκολη», χωρίς κανένας συμμετέχων να επιλέξει την απάντηση «πολύ δύσκολο». Παρομοίως, η εύρεση πληροφοριών για τη διαχείριση προβλημάτων ψυχικής υγείας δεν εμφάνισε σημαντική συσχέτιση ($p = 0,398$), με τη δυσκολία να κυριαρχεί οριζόντια στο 57,8% των τυπικών και στο 65,1% των άτυπων φροντιστών.

Η κατανόηση πληροφοριών σχετικά με τις συνιστώμενες ιατρικές εξετάσεις παρουσίασε εξαιρετικά υψηλή στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,001$). Πάνω από τους μισούς άτυπους φροντιστές (51,2%) δήλωσαν ότι κατανοούν εύκολα ή πολύ εύκολα τις πληροφορίες αυτές. Αντίθετα, στην ομάδα των τυπικών φροντιστών καταγράφηκε έντονη αδυναμία, καθώς το 48,6% δήλωσε «δύσκολο» και το 32,1% «πολύ δύσκολο», ενώ κανένας άτυπος φροντιστής δεν επέλεξε την κατηγορία «πολύ δύσκολο».

Ακόμη, σημαντική διαφοροποίηση ($p = 0,001$) καταγράφηκε και στην ικανότητα αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πληροφοριών για τις ανθυγιεινές συνήθειες (κάπνισμα, αλκοόλ, καθιστική ζωή). Οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε ποσοστό 16,3% ότι αυτό είναι πολύ εύκολο ή εύκολο, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των τυπικών (59,6% δύσκολο και 38,5% πολύ δύσκολο) αντιμετωπίζει έντονο έλλειμμα κριτικής αξιολόγησης αυτών των πηγών.

Αναφορικά με τη λήψη μέτρων προστασίας από ασθένειες βάσει πληροφοριών από τα ΜΜΕ ή τα κοινωνικά δίκτυα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ($p = 0,253$), με τη συντριπτική πλειονότητα και των δύο ομάδων (62,4% των τυπικών και 65,1% των άτυπων) να θεωρεί τη διαδικασία «δύσκολη». Σημειώνεται ότι η μικρή ομάδα των άτυπων που απάντησε «εύκολο» (14,0%) αποτελούνταν ομοίως από νοσηλευτές. Αντίθετα, η εύρεση πληροφοριών για υγιεινό τρόπο ζωής (άσκηση, διατροφή) κρίθηκε ως «πολύ εύκολη» ή «εύκολη» από το 75,2% των τυπικών και το 86,0% των άτυπων, χωρίς να σημειωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ($p = 0,477$).

Η κατανόηση συμβουλών υγείας από το περιβάλλον της οικογένειας ή των φίλων εμφάνισε σημαντική συσχέτιση ($p = 0,013$). Οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε

ποσοστό 65,1% ότι κατανοούν εύκολα ή πολύ εύκολα τις συμβουλές αυτές, ενώ οι τυπικοί φροντιστές δήλωσαν σε ποσοστό 61,5% ότι δυσκολεύονται, γεγονός που αναδεικνύει την ύπαρξη διαφορετικών κωδίκων επικοινωνίας και κοινωνικής ενσωμάτωσης. Τέλος, τόσο η ικανότητα να κρίνουν πώς οι συνθήκες στέγασής τους επηρεάζουν την ευημερία τους ($p = 0,291$) όσο και η λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της υγείας τους ($p = 0,186$) δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Και στις δύο ερωτήσεις, η πλειονότητα των τυπικών (51,4% και 59,6% αντίστοιχα) και των άτυπων φροντιστών (55,8% και 74,4% αντίστοιχα) συγκεντρώθηκε στην επιλογή «εύκολο», αποδεικνύοντας ότι σε θέματα καθημερινής διαβίωσης και αυτόνομης λήψης αποφάσεων οι δύο ομάδες λειτουργούν με παρόμοιο τρόπο.

Πίνακας 9 Υγειονομική παιδεία δείγματος

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)	Στατιστικό τεστ	p-value
E.1. Εύρεση επαγγελματικής βοήθειας					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	23 (15,1%)	9 (8,3%)	14 (32,6%)	Fisher's Exact	< 0,001
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	127 (83,6%)	97 (89,0%)	30 (69,8%)		
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	2 (1,3%)	2 (1,8%)	0 (0,0%)		
E.2. Κατανόηση ενεργειών σε επείγον					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	60 (39,5%)	47 (43,1%)	13 (30,2%)	$\chi^2 = 4,05$ df = 2	0,132
Δύσκολο	85 (55,9%)	59 (54,1%)	26 (60,5%)		
Πολύ δύσκολο	7 (4,6%)	3 (2,8%)	4 (9,3%)		
E.3. Κρίση θεραπευτικών επιλογών					
Πολύ εύκολο	8 (5,3%)	2 (1,8%)	6 (14,0%)	Fisher's Exact	0,001
Εύκολο	24 (15,8%)	17 (15,6%)	7 (16,3%)		
Δύσκολο	79 (52,0%)	54 (49,5%)	25 (58,1%)		
Πολύ δύσκολο	41 (27,0%)	36 (33,0%)	5 (11,6%)		
E.4. Συμμόρφωση					

με οδηγίες ιατρού/φαρμ.					
Πολύ εύκολο	20 (13,2%)	13 (11,9%)	7 (16,3%)	$\chi^2 = 1,17$ df = 2	0,557
Εύκολο	68 (44,7%)	54 (49,5%)	14 (32,6%)		
Δύσκολο	64 (42,1%)	42 (38,5%)	22 (51,2%)		
E.5. Εύρεση πληροφοριών για ψυχική υγεία					
Πολύ εύκολο	9 (5,9%)	5 (4,6%)	4 (9,3%)	$\chi^2 = 1,84$ df = 2	0,398
Εύκολο	52 (34,2%)	41 (37,6%)	11 (25,6%)		
Δύσκολο	91 (59,9%)	63 (57,8%)	28 (65,1%)		
E.6. Κατανόηση ιατρικών εξετάσεων					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	43 (28,3%)	21 (19,3%)	22 (51,2%)	Fisher's Exact	< 0,001
Δύσκολο	74 (48,7%)	53 (48,6%)	21 (48,8%)		
Πολύ δύσκολο	35 (23,0%)	35 (32,1%)	0 (0,0%)		
E.7. Αξιολόγηση πληροφοριών για ανθυγιεινές συνήθειες					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	9 (5,9%)	2 (1,8%)	7 (16,3%)	Fisher's Exact	0,001
Δύσκολο	84 (55,3%)	65 (59,6%)	19 (44,2%)		
Πολύ δύσκολο	59 (38,8%)	42 (38,5%)	17 (39,5%)		
E.8. Προστασία από MME / Social Media					
Εύκολο	13 (8,6%)	7 (6,4%)	6 (14,0%)	$\chi^2 = 2,75$ df = 2	0,253
Δύσκολο	96 (63,2%)	68 (62,4%)	28 (65,1%)		
Πολύ δύσκολο	43 (28,3%)	34 (31,2%)	9 (20,9%)		
E.9. Εύρεση πληροφ. για υγιεινή ζωή					
Πολύ εύκολο	46 (30,3%)	34 (31,2%)	12 (27,9%)	$\chi^2 = 1,48$ df = 2	0,477
Εύκολο	73	48 (44,0%)	25 (58,1%)		

	(48,0%)				
Δύσκολο	33 (21,7%)	27 (24,8%)	6 (14,0%)		
E.10. Κατανόηση συμβουλών από φίλους					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	70 (46,1%)	42 (38,5%)	28 (65,1%)	$\chi^2 = 8,63$ df = 2	0,013
Δύσκολο	82 (53,9%)	67 (61,5%)	15 (34,9%)		
E.11. Κρίση συνθηκών στέγασης					
Πολύ εύκολο	42 (27,6%)	27 (24,8%)	15 (34,9%)	$\chi^2 = 2,47$ df = 2	0,291
Εύκολο	80 (52,6%)	56 (51,4%)	24 (55,8%)		
Δύσκολο	30 (19,7%)	26 (23,9%)	4 (9,3%)		
E.12. Λήψη αποφάσεων για ευημερία					
Πολύ εύκολο	18 (11,8%)	12 (11,0%)	6 (14,0%)	$\chi^2 = 3,36$ df = 2	0,186
Εύκολο	97 (63,8%)	65 (59,6%)	32 (74,4%)		
Δύσκολο	37 (24,3%)	32 (29,4%)	5 (11,6%)		

Για λόγους ορθής στατιστικής ανάλυσης, κατηγορίες με μηδενικές ή πολύ χαμηλές συχνότητες συγχωνεύθηκαν (π.χ. Πολύ εύκολο με Εύκολο) για να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα των ελέγχων.

5.10 Υγειονομική πληροφοριακή παιδεία για την επικοινωνία ασθενή και ιατρού

Ακολούθως εξετάστηκαν οι επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες των φροντιστών, οι οποίες τους επιτρέπουν να συμμετέχουν ενεργά στις συναντήσεις με τους ιατρούς, να προσφέρουν και να αναζητούν κλινικές πληροφορίες, καθώς και να τις κατανοούν και να τις αξιοποιούν κατά τη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα της υγείας τους (Πίνακας 10).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson στις μεταβλητές που πληρούσαν τις προϋποθέσεις των αναμενόμενων συχνοτήτων (λόγοι προσέλευσης, εξήγηση ανησυχιών, επάρκεια χρόνου, έκφραση

απόψεων, λήψη πληροφοριών, κατανόηση λεξιλογίου, υποβολή ερωτήσεων, συνεργασία στις αποφάσεις και ανάκληση πληροφοριών), ενώ χρησιμοποιήθηκε το Ακριβές Τεστ του Fisher (Fisher's Exact Test) στις μεταβλητές με πολύ χαμηλές συχνότητες ανά κελί (ακρόαση χωρίς διακοπή και χρήση πληροφοριών για φροντίδα), προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα των συμπερασμάτων.

Αναφορικά με την ικανότητα των συμμετεχόντων να περιγράψουν στον ιατρό τους λόγους για τους οποίους προσήλθαν στην εξέταση, καταγράφηκε εξαιρετικά ισχυρή στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p < 0,001$). Η συντριπτική πλειοψηφία των άτυπων φροντιστών (76,7%) δήλωσε ότι η διαδικασία αυτή είναι «εύκολη» ή «πολύ εύκολη». Αντίθετα, το 83,5% των τυπικών φροντιστών αντιμετωπίζει έντονη δυσκολία, χαρακτηρίζοντας τη διαδικασία ως «δύσκολη» (61,5%) ή «πολύ δύσκολη» (22,0%).

Η ίδια εξαιρετικά σημαντική διαφοροποίηση ($p < 0,001$) εντοπίστηκε και στην προσπάθεια των φροντιστών να κάνουν τον ιατρό να τους ακούσει χωρίς να τους διακόψει. Οι τυπικοί φροντιστές δήλωσαν σε ποσοστό 84,4% ότι δυσκολεύονται σημαντικά, ενώ στην ομάδα των άτυπων φροντιστών το ποσοστό δυσκολίας ήταν αισθητά χαμηλότερο (60,5%), με το 39,5% αυτών να θεωρεί τη διαδικασία εύκολη ή πολύ εύκολη. Η ικανότητα εξήγησης των ανησυχιών για την υγεία στον ιατρό εμφάνισε ομοίως ισχυρή στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,001$). Σχεδόν το σύνολο των άτυπων φροντιστών (90,7%) δήλωσε ότι επικοινωνεί εύκολα τις ανησυχίες του. Στον αντίποδα, το 79,8% των τυπικών φροντιστών βιώνει επικοινωνιακό έλλειμμα, με το 57,8% να απαντά «δύσκολο» και το 22,0% «πολύ δύσκολο».

Τα ευρήματα αυτά για τις πρώτες τρεις ερωτήσεις καταδεικνύουν με σαφήνεια ότι οι τυπικοί φροντιστές, όντας στο σύνολό τους αλλοδαποί, παρεμποδίζονται σημαντικά στη ροή της κλινικής επικοινωνίας. Ωστόσο, η αντίληψη για την επάρκεια του χρόνου κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,701$), καθώς το πρόβλημα του περιορισμένου χρόνου αναγνωρίζεται οριζόντια και από τις δύο υποομάδες, με το 89,0% των τυπικών και το 83,7% των άτυπων να δηλώνουν «δύσκολο» ή «πολύ δύσκολο».

Αναφορικά με την έκφραση των προσωπικών απόψεων και προτιμήσεων στον ιατρό, εντοπίστηκε ισχυρή στατιστική συσχέτιση ($p < 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές νιώθουν πολύ μεγαλύτερη άνεση να εκφραστούν, με το 76,7% να απαντά «πολύ εύκολο» ή

«εύκολο» , έναντι μόλις 34,9% των τυπικών φροντιστών, οι οποίοι στην πλειονότητά τους (62,4%) δυσκολεύονται. Σχετικά με τη λήψη των απαραίτητων πληροφοριών από τον ιατρό, η συσχέτιση παρέμεινε σημαντική ($p = 0,022$). Αν και η δυσκολία είναι υψηλή και στις δύο ομάδες, οι τυπικοί φροντιστές εμφάνισαν εντονότερο έλλειμμα, καθώς το 14,7% αυτών δήλωσε ότι είναι «πολύ δύσκολο» να λάβει τις πληροφορίες που χρειάζεται, κατηγορία που δεν επιλέχθηκε από κανέναν άτυπο φροντιστή.

Από την άλλη πλευρά, η ικανότητα κατανόησης του λεξιλογίου που χρησιμοποιεί ο ιατρός ($p = 0,543$), καθώς και η ευκολία υποβολής ερωτήσεων κατά τη διάρκεια της εξέτασης ($p = 0,135$) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Και στις δύο περιπτώσεις, τα ποσοστά δυσκολίας παρέμειναν υψηλά και παρόμοια, με το 72,4% των τυπικών και το 65,1% των άτυπων να δυσκολεύεται στο λεξιλόγιο, ενώ στην υποβολή ερωτήσεων το ποσοστό δυσκολίας ανήλθε σε 49,6% και 55,8% αντίστοιχα. Αντίθετα, η συμμετοχή στις αποφάσεις για την υγεία σε συνεργασία με τον ιατρό εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,023$), με τους άτυπους φροντιστές να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ευκολίας (93,0% έναντι 73,4% των τυπικών). Ένα από τα πιο αξιοσημείωτα και ανατρεπτικά ευρήματα της έρευνας εντοπίζεται στην ικανότητα ανάκλησης των πληροφοριών που δόθηκαν από τον ιατρό, όπου καταγράφηκε εξαιρετικά υψηλή στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,001$). Στην περίπτωση αυτή, οι τυπικοί φροντιστές εμφάνισαν σαφή υπεροχή, με το 64,2% αυτών να δηλώνει ότι ανακαλεί εύκολα ή πολύ εύκολα τις οδηγίες. Αντίθετα, οι άτυποι φροντιστές εμφάνισαν δραματική αδυναμία συγκράτησης των πληροφοριών, καθώς το 81,4% αυτών δήλωσε ότι δυσκολεύεται (34,9% «δύσκολο» και 46,5% «πολύ δύσκολο»). Το εύρημα αυτό είναι κλινικά πολύτιμο, καθώς αποδεικνύει ότι το έντονο συναισθηματικό φορτίο και το άγχος της ελληνικής οικογένειας κατά την ιατρική επίσκεψη παρεμποδίζουν τη βραχυπρόθεσμη μνήμη, σε αντίθεση με τους επαγγελματίες φροντιστές που διατηρούν συναισθηματική αποστασιοποίηση. Επίσης σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,042$) αναφορικά με την πρακτική χρήση των πληροφοριών που λήφθηκαν από τον ιατρό έτσι ώστε να φροντίζουν την υγεία τους, με τους άτυπους φροντιστές να δηλώνουν σε υψηλότερο βαθμό ότι τελικά καταφέρνουν να εφαρμόσουν τις οδηγίες στην πράξη (93,0% έναντι 77,1% των τυπικών).

Πίνακας 10 Υγειονομική πληροφοριακή παιδεία για την επικοινωνία ασθενή και ιατρού

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)	Στατιστικό τεστ	p-value
ΣΤ.1. Περιγραφή λόγων προσέλευσης					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	51 (33,6%)	18 (16,5%)	33 (76,7%)	$\chi^2 = 48,94$ df = 1	< 0,001
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	101 (66,4%)	91 (83,5%)	10 (23,3%)		
ΣΤ.2. Ακρόαση από ιατρό χωρίς διακοπή					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	29 (19,1%)	12 (11,0%)	17 (39,5%)	Fisher's Exact	< 0,001
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	118 (77,6%)	92 (84,4%)	26 (60,5%)		
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	5 (3,3%)	5 (4,6%)	0 (0,0%)		
ΣΤ.3. Εξήγηση ανησυχιών για την υγεία					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	61 (40,1%)	22 (20,2%)	39 (90,7%)	$\chi^2 = 61,54$ df = 1	< 0,001
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	91 (59,9%)	87 (79,8%)	4 (9,3%)		
ΣΤ.4. Επάρκεια χρόνου κατά την εξέταση					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	19 (12,5%)	12 (11,0%)	7 (16,3%)	$\chi^2 = 1,42$ df = 2	0,701
Δύσκολο	69 (45,4%)	46 (42,2%)	23 (53,5%)		
Πολύ δύσκολο	64 (42,1%)	51 (46,8%)	13 (30,2%)		
ΣΤ.5. Έκφραση απόψεων & προτιμήσεων					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	71 (46,7%)	38 (34,9%)	33 (76,7%)	$\chi^2 = 23,05$ df = 2	< 0,001
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	78 (51,3%)	68 (62,4%)	10 (23,3%)		
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	3 (2,0%)	3 (2,8%)	0 (0,0%)		
ΣΤ.6. Λήψη απαραίτητων πληροφοριών					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	47 (30,9%)	28 (25,7%)	19 (44,2%)	$\chi^2 = 7,65$ df = 2	0,022

Δύσκολο	89 (58,6%)	65 (59,6%)	24 (55,8%)		
Πολύ δύσκολο	16 (10,5%)	16 (14,7%)	0 (0,0%)		
ΣΤ.7. Κατανόηση ιατρικού λεξιλογίου					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	45 (29,6%)	30 (27,5%)	15 (34,9%)	$\chi^2 = 1,22$ df = 2	0,543
Δύσκολο	82 (53,9%)	59 (54,1%)	23 (53,5%)		
Πολύ δύσκολο	25 (16,4%)	20 (18,3%)	5 (11,6%)		
ΣΤ.8. Υποβολή ερωτήσεων κατά την εξέταση					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	74 (48,7%)	55 (50,5%)	19 (44,2%)	$\chi^2 = 4,01$ df = 2	0,135
Δύσκολο	69 (45,4%)	45 (41,3%)	24 (55,8%)		
Πολύ δύσκολο	9 (5,9%)	9 (8,3%)	0 (0,0%)		
ΣΤ.9. Συνεργασία στη λήψη αποφάσεων					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	120 (78,9%)	80 (73,4%)	40 (93,0%)	$\chi^2 = 7,54$ df = 2	0,023
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	32 (21,1%)	29 (26,6%)	3 (7,0%)		
ΣΤ.10. Ανάκληση πληροφοριών από ιατρό					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	78 (51,3%)	70 (64,2%)	8 (18,6%)	$\chi^2 = 36,08$ df = 2	< 0,001
Δύσκολο	54 (35,5%)	39 (35,8%)	15 (34,9%)		
Πολύ δύσκολο	20 (13,2%)	0 (0,0%)	20 (46,5%)		
ΣΤ.11. Χρήση πληροφοριών για φροντίδα					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	124 (81,6%)	84 (77,1%)	40 (93,0%)	Fisher's Exact	0,042
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	28 (18,4%)	25 (22,9%)	3 (7,0%)		

Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας των στατιστικών ελέγχων, ορισμένες οριακές κατηγορίες συγχωνεύθηκαν κατάλληλα (π.χ. Πολύ εύκολο με Εύκολο ή Δύσκολο με Πολύ δύσκολο) λόγω χαμηλών αναμενόμενων συχνοτήτων.

5.11 Υγειονομική παιδεία για την πλοήγηση στο σύστημα υγείας

Στον Πίνακα 11 αναλύεται ο αντιλαμβανόμενος βαθμός ευκολίας ή δυσκολίας των φροντιστών αναφορικά με την απόκτηση πληροφοριών και τον αποτελεσματικό προσανατολισμό τους εντός των υπηρεσιών του υγειονομικού συστήματος.

Σχετικά με την ικανότητα κατανόησης των πληροφοριών για τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας (π.χ. διαθέσιμοι τύποι υπηρεσιών), η συντριπτική πλειονότητα του συνολικού δείγματος (76,3%) τη χαρακτήρισε «δύσκολη». Ο έλεγχος χ^2 δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,338$), καθώς υψηλά ποσοστά δυσκολίας καταγράφηκαν τόσο στους τυπικούς (79,8%) όσο και στους άτυπους φροντιστές (67,4%). Παρομοίως, η ικανότητα κρίσης για το ποιον ακριβώς τύπο υπηρεσίας χρειάζονται σε περίπτωση προβλήματος υγείας (π.χ. γενικό ή ειδικό ιατρό) δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,703$), με το 88,8% του συνολικού δείγματος να τη θεωρεί «πολύ εύκολη» ή «εύκολη» (90,0% για τους τυπικούς και 86,1% για τους άτυπους φροντιστές).

Αντίθετα, η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο η ασφάλεια υγείας καλύπτει μια συγκεκριμένη υπηρεσία (π.χ. συμμετοχή σε πληρωμές) εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ιδιότητα του φροντιστή ($p = 0,026$). Οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (34,9%) ότι η διαδικασία αυτή είναι πολύ εύκολη ή εύκολη, συγκριτικά με μόλις 15,6% των τυπικών φροντιστών. Στον αντίποδα, η πλειονότητα των τυπικών φροντιστών δήλωσε ότι δυσκολεύεται (68,8% δύσκολο και 15,6% πολύ δύσκολο), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι αλλοδαποί τυπικοί φροντιστές δυσκολεύονται περισσότερο να κατανοήσουν τους κανόνες ασφαλιστικής κάλυψης της χώρας.

Αναφορικά με την κατανόηση πληροφοριών για τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,947$), με τη δυσκολία να κυριαρχεί οριζόντια (68,8% των τυπικών και 67,4% των άτυπων δήλωσαν «δύσκολο» ή «πολύ δύσκολο»). Ωστόσο, η ικανότητα ενημέρωσης για τα δικαιώματα του ασθενούς εμφάνισε εξαιρετικά υψηλή στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε ποσοστό 58,1% ότι ενημερώνονται εύκολα ή πολύ εύκολα για τα δικαιώματά τους, ενώ κανένας εξ αυτών δεν δήλωσε «πολύ δύσκολο».

Αντίθετα, στην ομάδα των τυπικών φροντιστών καταγράφηκε έντονο έλλειμμα, καθώς το 40,4% δήλωσε «δύσκολο» και το 19,3% «πολύ δύσκολο».

Όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων για τη χρήση μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας (π.χ. επιλογή νοσοκομείου), δεν σημειώθηκε στατιστική συσχέτιση ($p = 0,395$), με τη δυσκολία να παραμένει υψηλή και στις δύο ομάδες (85,3% των τυπικών και 76,7% των άτυπων). Παρομοίως, η εύρεση πληροφοριών για την ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας ($p = 0,896$) και η κρίση για το αν μια υπηρεσία καλύπτει τις προσδοκίες τους ($p = 0,284$) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, με τις κατανομές των απαντήσεων να είναι σχεδόν πανομοιότυπες μεταξύ των υποομάδων. Η ικανότητα κατανόησης του τρόπου κλεισίματος ραντεβού κρίθηκε επίσης ως «πολύ εύκολη/εύκολη» από την πλειονότητα των συμμετεχόντων (67,0% των τυπικών και 79,1% των άτυπων), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,267$).

Σημαντική διαφοροποίηση καταγράφηκε στην ικανότητα ενημέρωσης για τις υπηρεσίες υποστήριξης που βοηθούν στον προσανατολισμό εντός του συστήματος υγείας ($p = 0,006$). Οι άτυποι φροντιστές ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά ευκολίας (72,1% έναντι 57,8% των τυπικών), ενώ το 17,4% των τυπικών φροντιστών δήλωσε ότι είναι «πολύ δύσκολο», επιλογή που δεν υπήρξε στους άτυπους. Η ίδια ακριβώς σημαντική σχέση ($p = 0,009$) αποτυπώθηκε και στον εντοπισμό του κατάλληλου ατόμου επικοινωνίας για ένα πρόβλημα εντός ενός φορέα (π.χ. νοσοκομείο). Το 60,5% των άτυπων δήλωσε ότι το εντοπίζει εύκολα ή πολύ εύκολα, τη στιγμή που το 16,5% των τυπικών φροντιστών το θεωρεί «πολύ δύσκολο».

Τέλος, η ικανότητα των φροντιστών να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους εάν οι υπηρεσίες υγείας δεν ικανοποιούν τις ανάγκες τους δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,477$). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο ομάδες δήλωσαν σε εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό ότι δυσκολεύονται να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους (85,3% για τους τυπικούς και 79,1% για τους άτυπους φροντιστές), αναδεικνύοντας ένα γενικότερο έλλειμμα διεκδικητικής υγειονομικής παιδείας.

Πίνακας 11 Υγειονομική παιδεία για την πλοήγηση στο σύστημα υγείας

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)	Στατιστικό τεστ	p-value
Z.1. Κατανόηση					

λειτουργίας συστήματος					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	19 (12,5%)	11 (10,1%)	8 (18,6%)	$\chi^2 = 2,17$ df = 2	0,338
Δύσκολο	116 (76,3%)	87 (79,8%)	29 (67,4%)		
Πολύ δύσκολο	17 (11,2%)	11 (10,1%)	6 (14,0%)		
Z.2. Κρίση τύπου υπηρεσίας που χρειάζεται					
Πολύ εύκολο	40 (26,3%)	26 (23,9%)	14 (32,6%)	$\chi^2 = 1,41$ df = 2	0,703
Εύκολο	95 (62,5%)	72 (66,1%)	23 (53,5%)		
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	17 (11,2%)	11 (10,1%)	6 (14,0%)		
Z.3. Εκτίμηση κάλυψης ασφάλειας υγείας					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	32 (21,1%)	17 (15,6%)	15 (34,9%)	$\chi^2 = 7,31$ df = 2	0,026
Δύσκολο	100 (65,8%)	75 (68,8%)	25 (58,1%)		
Πολύ δύσκολο	20 (13,2%)	17 (15,6%)	3 (7,0%)		
Z.4. Κατανόηση μεταρρυθμίσεων υγείας					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	48 (31,6%)	34 (31,2%)	14 (32,6%)	$\chi^2 = 0,11$ df = 2	0,947
Δύσκολο	78 (51,3%)	53 (48,6%)	25 (58,1%)		
Πολύ δύσκολο	26 (17,1%)	22 (20,2%)	4 (9,3%)		
Z.5. Ενημέρωση για δικαιώματα ασθενούς					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	69 (45,4%)	44 (40,4%)	25 (58,1%)	Fisher's Exact	< 0,001
Δύσκολο	53 (34,9%)	44 (40,4%)	9 (20,9%)		
Πολύ δύσκολο	21 (13,8%)	21 (19,3%)	0 (0,0%)		
Z.6. Απόφαση για συγκεκριμένη υπηρεσία					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	26 (17,1%)	16 (14,7%)	10 (23,3%)	$\chi^2 = 1,86$ df = 2	0,395

Δύσκολο	102 (67,1%)	75 (68,8%)	27 (62,8%)		
Πολύ δύσκολο	24 (15,8%)	18 (16,5%)	6 (14,0%)		
Z.7. Εύρεση πληροφ. για ποιότητα υπηρεσίας					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	65 (42,8%)	46 (42,2%)	19 (44,2%)	$\chi^2 = 0,22$ df = 2	0,896
Δύσκολο	78 (51,3%)	56 (51,4%)	22 (51,2%)		
Πολύ δύσκολο	9 (5,9%)	7 (6,4%)	2 (4,7%)		
Z.8. Κρίση αν η υπηρεσία καλύπτει προσδοκίες					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	106 (69,7%)	80 (73,4%)	26 (60,5%)	$\chi^2 = 2,52$ df = 2	0,284
Δύσκολο	30 (19,7%)	19 (17,4%)	11 (25,6%)		
Πολύ δύσκολο	16 (10,5%)	10 (9,2%)	6 (14,0%)		
Z.9. Κατανόηση τρόπου κλεισίματος ραντεβού					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	107 (70,4%)	73 (67,0%)	34 (79,1%)	$\chi^2 = 2,64$ df = 2	0,267
Δύσκολο	33 (21,7%)	25 (22,9%)	8 (18,6%)		
Πολύ δύσκολο	12 (7,9%)	11 (10,1%)	1 (2,3%)		
Z.10. Ενημέρωση για υπηρεσίες υποστήριξης					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	94 (61,8%)	63 (57,8%)	31 (72,1%)	Fisher's Exact	0,006
Δύσκολο	39 (25,7%)	27 (24,8%)	12 (27,9%)		
Πολύ δύσκολο	19 (12,5%)	19 (17,4%)	0 (0,0%)		
Z.11. Εντοπισμός κατάλληλου ατόμου επικοινωνίας					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	68 (44,7%)	42 (38,5%)	26 (60,5%)	Fisher's Exact	0,009
Δύσκολο	66 (43,4%)	49 (45,0%)	17 (39,5%)		

Πολύ δύσκολο	18 (11,8%)	18 (16,5%)	0 (0,0%)		
Z.12. Υπεράσπιση δικαιωμάτων					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	25 (16,4%)	16 (14,7%)	9 (20,9%)	$\chi^2 = 1,48$ df = 2	0,477
Δύσκολο	85 (55,9%)	69 (63,3%)	16 (37,2%)		
Πολύ δύσκολο	42 (27,6%)	24 (22,0%)	18 (41,9%)		

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson στις μεταβλητές που πληρούσαν τις προϋποθέσεις των αναμενόμενων συχνοτήτων, ενώ χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test στις μεταβλητές με πολύ χαμηλές συχνότητες ανά κελί (ερωτήσεις Z.5, Z.10 και Z.11), προκειμένου να διασφαλιστεί η μαθηματική εγκυρότητα των συμπερασμάτων.

5.12 Υγειονομική παιδεία για τον εμβολιασμό

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι ειδικές γνώσεις και ικανότητες των φροντιστών να εντοπίζουν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν αξιόπιστες πληροφορίες που αφορούν τον εμβολιασμό. Αναφορικά με την εύρεση πληροφοριών σχετικά με τους συνιστώμενους εμβολιασμούς, η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η διαδικασία είναι «πολύ εύκολη» ή «εύκολη» (71,7% στο σύνολο). Το ακριβές τεστ του Fisher έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,617$), καθώς παρόμοια ποσοστά ευκολίας καταγράφηκαν τόσο στους τυπικούς (69,7%) όσο και στους άτυπους φροντιστές (76,7%), ενώ ένα μικρό ποσοστό των τυπικών (9,2%) δήλωσε ότι δεν γνωρίζει ή δεν απαντά.

Αντίθετα, η ικανότητα να καταλάβουν το γιατί οι ίδιοι ή η οικογένειά τους ενδέχεται να χρειάζονται εμβολιασμούς εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον τύπο της φροντίδας ($p = 0,037$). Οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (55,8%) ότι κατανοούν εύκολα ή πολύ εύκολα την αναγκαιότητα του εμβολιασμού, σε σύγκριση με το 33,9% των τυπικών φροντιστών. Από την άλλη πλευρά, το 32,1% των τυπικών φροντιστών δήλωσε ότι η κατανόηση αυτή είναι «πολύ δύσκολη», έναντι μόλις 16,3% των άτυπων. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για πιο στοχευμένη ενημέρωση της ομάδας των τυπικών φροντιστών αναφορικά με την αξία της εμβολιαστικής πρόληψης.

Σχετικά με την ικανότητα να κρίνουν ποιοι ακριβώς εμβολιασμοί είναι απαραίτητοι για τους ίδιους ή την οικογένειά τους, δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,869$). Και οι δύο ομάδες φροντιστών επέλεξαν την επιλογή «δύσκολο», με ποσοστό 52,3% για τους τυπικούς και 46,5% για τους άτυπους φροντιστές, γεγονός που υποδηλώνει ότι η επιλογή του κατάλληλου εμβολιαστικού σχήματος κρίνεται ως μια σύνθετη διαδικασία για όλο το δείγμα.

Τέλος, αναφορικά με τη λήψη απόφασης για τη διενέργεια εμβολιασμού κατά της εποχικής γρίπης, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,158$). Παρόλα αυτά, παρουσιάζει ενδιαφέρον η κατανομή των απαντήσεων, καθώς οι άτυποι φροντιστές δήλωσαν σε διπλάσιο ποσοστό (30,2%) ότι η απόφαση αυτή είναι «πολύ δύσκολη» σε σχέση με τους τυπικούς φροντιστές (13,8%). Οι τυπικοί φροντιστές συγκεντρώθηκαν κυρίως στην επιλογή «εύκολο/πολύ εύκολο» (44,0%) και «δύσκολο» (38,5%), ενώ ένα ποσοστό 3,7% εξ αυτών δήλωσε ότι δεν γνωρίζει ή δεν απαντά.

Πίνακας 12 Υγειονομική παιδεία για τον εμβολιασμό

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)	Στατιστικό τεστ	p-value
H.1. Εύρεση πληροφοριών για εμβόλια					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	109 (71,7%)	76 (69,7%)	33 (76,7%)	Fisher's Exact	0,617
Δύσκολο / Πολύ δύσκολο	32 (21,1%)	23 (21,1%)	9 (21,0%)		
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	11 (7,2%)	10 (9,2%)	1 (2,3%)		
H.2. Κατανόηση αναγκαιότητας εμβολιασμού					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	61 (40,1%)	37 (33,9%)	24 (55,8%)	$\chi^2 = 6,58$ df = 2	0,037
Δύσκολο	49 (32,2%)	37 (33,9%)	12 (27,9%)		
Πολύ δύσκολο	42 (27,6%)	35 (32,1%)	7 (16,3%)		
H.3. Κρίση για το ποια εμβόλια					

χρειάζονται					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	69 (45,4%)	48 (44,0%)	21 (48,8%)	$\chi^2 = 0,28$ df = 2	0,869
Δύσκολο	77 (50,7%)	57 (52,3%)	20 (46,5%)		
Πολύ δύσκολο	6 (3,9%)	4 (3,7%)	2 (4,7%)		
H.4. Απόφαση για εμβόλιο κατά της γρίπης					
Πολύ εύκολο / Εύκολο	66 (43,4%)	48 (44,0%)	18 (41,9%)	Fisher's Exact	0,158
Δύσκολο	54 (35,5%)	42 (38,5%)	12 (27,9%)		
Πολύ δύσκολο	28 (18,4%)	15 (13,8%)	13 (30,2%)		
Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ	4 (2,6%)	4 (3,7%)	0 (0,0%)		

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson στις μεταβλητές που πληρούσαν τις προϋποθέσεις των αναμενόμενων συχνοτήτων, ενώ χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test στις μεταβλητές με πολύ χαμηλές συχνότητες ανά κελί (ερωτήσεις H.1 και H.4), προκειμένου να διασφαλιστεί η μαθηματική εγκυρότητα των συμπερασμάτων.

5.13 Αντιλήψεις για την υγειονομική πληροφοριακή παιδεία

Στον Πίνακα 13 φαίνεται το επίπεδο της συνολικής ικανοποίησης των φροντιστών από την τρέχουσα πληροφόρηση που λαμβάνουν για τα θέματα υγείας που απασχολούν τους ίδιους ή/και τους ασθενείς τους. Παράλληλα, παρουσιάζονται τα ευρήματα από την ποιοτική ανάλυση της ανοικτής ερώτησης, στην οποία οι συμμετέχοντες αποτύπωσαν τις προσωπικές τους απόψεις και εμπειρίες.

Αναφορικά με τον βαθμό ικανοποίησης από την υγειονομική πληροφόρηση, η συντριπτική πλειονότητα του συνολικού δείγματος (73,6%) δήλωσε «δυσανεστημένη» ή «πολύ δυσανεστημένη». Συγκεκριμένα, το 66,4% (n=101) του συνόλου χαρακτήρισε την πληροφόρηση ως «δύσκολη/δυσανεστημένος» και το 7,2% (n=11) ως «πολύ δύσκολη/πολύ δυσανεστημένος». Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($p = 0,874$), γεγονός που υποδηλώνει ότι το έλλειμμα ικανοποίησης από την παρεχόμενη πληροφόρηση υγείας αποτελεί ένα οριζόντιο, καθολικό πρόβλημα που επηρεάζει εξίσου τόσο τους τυπικούς όσο και τους άτυπους φροντιστές. Στον αντίποδα, υψηλά επίπεδα

ικανοποίησης («πολύ εύκολο/πολύ ικανοποιημένος» και «εύκολο/ικανοποιημένος») καταγράφηκαν μόλις στο 26,6% των τυπικών και στο 25,6% των άτυπων φροντιστών.

Οι απαντήσεις στην ανοικτή ερώτηση (Παρακαλούμε όπως αναφέρετε ότι επιπλέον θεωρείτε σημαντικό σχετικά με τον ρόλο και τη σημασία της υγειονομικής πληροφορίας σε θέματα υγείας) επιβεβαίωσαν και εμβάθυναν στα παραπάνω ποσοτικά ευρήματα, αναδεικνύοντας τη ζωτική σημασία της πρόσβασης σε αξιόπιστη υγειονομική πληροφορία για την αποτελεσματική διαχείριση της άνοιας. Μέσα από την ανάλυση του περιεχομένου των απαντήσεων, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν συχνότερα στην επιτακτική ανάγκη εξειδικευμένης εκπαίδευσης, καθώς και στη σημασία της πλήρους κατανόησης των ιατρικών οδηγιών. Όπως χαρακτηριστικά τονίστηκε από τους ίδιους τους φροντιστές, η σωστή και έγκυρη πληροφόρηση τους βοηθά να κατανοούν καλύτερα την εξελισσόμενη κατάσταση του ασθενούς και να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις σύνθετες καθημερινές δυσκολίες της φροντίδας.

Επιπλέον, οι φροντιστές υπογράμμισαν ότι η πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες υγείας είναι απολύτως απαραίτητη για τη διασφάλιση της ορθής χορήγησης των φαρμάκων, καθώς και για την έγκαιρη αναγνώριση κρίσιμων αλλαγών ή υποτροπών στην κλινική κατάσταση του ασθενούς. Ως εκ τούτου, προτάθηκε ως ιδιαίτερα χρήσιμη η θεσμοθέτηση και υλοποίηση περισσότερων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για φροντιστές ατόμων με άνοια, με ειδική μέριμνα για όσους εργάζονται ως έμμισθοι επαγγελματίες (τυπικοί φροντιστές). Για τη συγκεκριμένη ομάδα των τυπικών φροντιστών, η ποιοτική ανάλυση ανέδειξε ότι η γνώση της ελληνικής γλώσσας και η δυνατότητα επαρκούς κατανόησης των γραπτών και προφορικών ιατρικών οδηγιών αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Συμπερασματικά, οι συμμετέχοντες συνέκλιναν στην άποψη ότι η στοχευμένη εκπαίδευση στον τομέα της άνοιας μπορεί να συμβάλει διπλά: αφενός στη ριζική βελτίωση της φροντίδας και της ασφάλειας των ασθενών στην κοινότητα και αφετέρου στην επαγγελματική εξέλιξη και ενδυνάμωση των ίδιων των φροντιστών.

Πίνακας 13 Αντιλήψεις για την υγειονομική πληροφοριακή παιδεία

Μεταβλητή	Συνολικό Δείγμα (N=152)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)	Στατιστικό τεστ	p-value
Θ. Ικανοποίηση από την τρέχουσα πληροφόρηση υγείας					
Πολύ ικανοποιημένος / Ικανοποιημένος	40 (26,3%)	29 (26,6%)	11 (25,6%)	$\chi^2 = 0,27$ df = 2	0,874
Δυσανεστημένος	101 (66,4%)	73 (66,1%)	28 (65,1%)		
Πολύ δυσανεστημένος	11 (7,2%)	7 (6,4%)	4 (9,3%)		

Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας του στατιστικού ελέγχου, οι αρχικές απαντήσεις «Πολύ εύκολο» και «Εύκολο» (που στο πλαίσιο της ερώτησης αντιστοιχούν σε υψηλή ικανοποίηση) συγχωνεύθηκαν σε μία ενιαία κατηγορία, λόγω χαμηλών συχνοτήτων ανά κελί. Στην εισαγωγή της ενότητας σημειώνεται ότι για τον έλεγχο της συσχέτισης εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson.

5.14 Περιγραφικά χαρακτηριστικά κλιμάκων υγειονομικής παιδείας

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά περιγράφονται στον Πίνακα 14.

5.14.1 Γενική Υγειονομική Παιδεία (Ενότητα Ε)

Η μέση βαθμολογία διαμορφώθηκε στο 44,82, γεγονός που υποδηλώνει μέτριο έως χαμηλό επίπεδο γενικής παιδείας. Μόλις το 5,3% (n=8) του συνολικού δείγματος ξεπέρασε το κλινικό όριο του 67 (Zavras, 2022), αναδεικνύοντας ένα σημαντικό οριζόντιο έλλειμμα. Ο δείκτης Cronbach's α (0,84) επιβεβαιώνει την εξαιρετική εσωτερική συνοχή της κλίμακας.

5.14.2 Επικοινωνία Φροντιστή – Ιατρού (Ενότητα ΣΤ)

Εμφανίζει το υψηλότερο score ανάμεσα στις σύνθετες κλίμακες (49,65), με το 12,5% των φροντιστών να επιτυγχάνει υψηλή επικοινωνιακή παιδεία. Η διακύμανση αυτή επηρεάζεται έντονα από το γεγονός ότι οι άτυποι φροντιστές (Έλληνες συγγενείς)

επικοινωνούν σαφώς ευκολότερα από τους αλλοδαπούς τυπικούς φροντιστές. Η αξιοπιστία της κλίμακας είναι υψηλή (Cronbach's $\alpha = 0,81$).

5.14.3 Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας (Ενότητα Ζ)

Καταγράφει τη χαμηλότερη μέση τιμή (43,26), με μόλις το 4,6% των συμμετεχόντων να παρουσιάζει score >67. Το εύρημα αυτό αντανακλά τη μεγάλη δυσκολία προσανατολισμού, κατανόησης των μεταρρυθμίσεων και διεκδίκησης δικαιωμάτων στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Η κλίμακα παρουσιάζει την υψηλότερη σταθερότητα αξιοπιστίας (Cronbach's $\alpha = 0,86$).

5.14.4 Παιδεία για τον Εμβολιασμό (Ενότητα Η)

Παρουσιάζει τη μεγαλύτερη τυπική απόκλιση (SD = 20,44) και εύρος από 0 έως 100, δείχνοντας έντονη πόλωση στις απαντήσεις. Το 21,1% (n=32) του δείγματος πέτυχε υψηλή εμβολιαστική παιδεία (>67), κυρίως λόγω της ευκολίας των φροντιστών να βρουν πληροφορίες, παρά το γεγονός ότι δυσκολεύονται να κρίνουν την αναγκαιότητα των σχημάτων. Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι απόλυτα ικανοποιητικός (Cronbach's $\alpha = 0,78$).

Πίνακας 14 Περιγραφικά χαρακτηριστικά κλιμάκων υγειονομικής παιδείας

Κλίμακ α - Ενότητα	Αριθμό ς Ερωτήσ εων	Μέσ η Τιμή (Me an)	Τυπικ ή Απόκλ ιση (SD)	Ελάχι στο (Min)	Μέγι στο (Max)	Διάμε σος (Medi an)	Cronba ch's α	Ποσοστ ό Υψηλής Υγεινομ ικής παιδείας (>67)
Ενότητα Ε: Γενική Υγειονο μική Παιδεία (HLS19- Q12)	12	44,8 2	11,45	16,67	77,78	44,44	0,84	5,3% (n=8)
Ενότητα ΣΤ: Επικoin ωνία με τον Ιατρό (HLS19- COM)	11	49,6 5	15,22	9,09	81,82	48,48	0,81	12,5% (n=19)

Ενότητα Ζ: Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας (HLS19-NAV)	12	43,26	13,80	11,11	75,00	41,67	0,86	4,6% (n=7)
Ενότητα Η: Παιδεία για τον Εμβολιασμό (HLS19-VAC)	4	48,19	20,44	0,00	100,00	50,00	0,78	21,1% (n=32)

5.15 Συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων υγειονομικής παιδείας

Για τον έλεγχο της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των τελικών μετασχηματισμένων σκορ (0-100) των τεσσάρων κλιμάκων, εφαρμόστηκε ο Συντελεστής Συσχέτισης Pearson (r), καθώς οι μεταβλητές είναι ποσοτικές και ακολουθούν προσεγγιστικά την κανονική κατανομή (Πίνακας 15).

Η στατιστική ανάλυση με τη χρήση του συντελεστή Pearson αποκάλυψε ότι όλες οι εξεταζόμενες κλίμακες εμφανίζουν θετικές και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ τους, επιβεβαιώνοντας ότι η ανάπτυξη μιας διάστασης της υγειονομικής παιδείας λειτουργεί ενισχυτικά και για τις υπόλοιπες.

Η ισχυρότερη στατιστικά σημαντική συσχέτιση καταγράφηκε μεταξύ της Γενικής Υγειονομικής Παιδείας (Ενότητα Ε) και της Υγειονομικής Παιδείας για την Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας (Ενότητα Ζ) ($r = 0,68$, $p < 0,001$). Παράλληλα, η Γενική Υγειονομική Παιδεία εμφάνισε μια εξίσου ισχυρή, θετική συσχέτιση με την Υγειονομική Πληροφοριακή Παιδεία για την Επικοινωνία Ασθενή και Ιατρού (Ενότητα ΣΤ) ($r = 0,54$, $p < 0,001$). Η συσχέτιση αυτή αναδεικνύει ότι η γενική ικανότητα κατανόησης και αξιολόγησης ιατρικών πληροφοριών συνδέεται άμεσα με την ανάπτυξη επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων, επιτρέποντας στους

φροντιστές να συμμετέχουν πιο ενεργά στις κλινικές συναντήσεις, να εκφράζουν τις ανησυχίες τους και να συνεργάζονται στενά με τον ιατρό για τη λήψη αποφάσεων.

Η κλίμακα της Επικοινωνίας (Ενότητα ΣΤ) συνδέεται επίσης θετικά και σημαντικά με την κλίμακα της Πλοήγησης (Ενότητα Ζ) ($r = 0,42$, $p < 0,001$). Η Υγειονομική Παιδεία για τον Εμβολιασμό (Ενότητα Η) εμφάνισε θετικές, αλλά πιο μετρημένες συσχετίσεις με τη Γενική υγειονομική παιδεία ($r = 0,31$, $p < 0,001$), την Πλοήγηση ($r = 0,28$, $p < 0,001$) και την Επικοινωνία με τον ιατρό ($r = 0,24$, $p = 0,003$).

Αν και οι συσχετίσεις αυτές είναι ασθενέστερες σε σχέση με τις υπόλοιπες, παραμένουν στατιστικά σημαντικές, καταδεικνύοντας ότι η εμβολιαστική παιδεία αποτελεί μια πιο εξειδικευμένη και διακριτή πτυχή της πρόληψης. Παρόλα αυτά, οι φροντιστές που σημειώνουν καλύτερες επιδόσεις στη γενική πληροφόρηση και στην κλινική επικοινωνία εμφανίζουν μεγαλύτερη ετοιμότητα να αναζητήσουν και να εφαρμόσουν έγκυρες οδηγίες σχετικά με τον προληπτικό εμβολιασμό των ίδιων και των ευάλωτων ασθενών τους.

Πίνακας 15 Συντελεστές Συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ των Κλιμάκων Υγειονομικής Παιδείας (N=152)

Κλίμακες Υγειονομικής Παιδείας	Ενότητα Ε: Γενική (HLS19- Q12)	Ενότητα ΣΤ: Επικοινωνία (HLS19-COM)	Ενότητα Ζ: Πλοήγηση (HLS19- NAV)	Ενότητα Η: Εμβολιασμός (HLS19-VAC)
Ενότητα Ε: Γενική (HLS19- Q12)	1			
<i>p-value</i>				
Ενότητα ΣΤ: Επικοινωνία (HLS19-COM)	0,54	1		
<i>p-value</i>	< 0,001			
Ενότητα Ζ: Πλοήγηση (HLS19-NAV)	0,68	0,42	1	
<i>p-value</i>	< 0,001	< 0,001		
Ενότητα Η: Εμβολιασμός (HLS19-VAC)	0,31	0,24	0,28	1
<i>p-value</i>	< 0,001	0,003	< 0,001	

5.16 Συσχέτιση υγειονομικής παιδείας με τύπο φροντιστή

Στην παρούσα ενότητα (Πίνακας 16) πραγματοποιείται επαγωγική στατιστική ανάλυση με τη χρήση του κριτηρίου t-test για ανεξάρτητα δείγματα, με σκοπό τη διερεύνηση πιθανών στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων στις βαθμολογίες των κλιμάκων υγειονομικής παιδείας ανάμεσα στους τυπικούς και τους άτυπους φροντιστές.

Η στατιστική επεξεργασία ανέδειξε έντονες και εξαιρετικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις τρεις από τις τέσσερις εξεταζόμενες κλίμακες, με την ομάδα των άτυπων φροντιστών να καταγράφει συστηματικά υψηλότερες επιδόσεις. Ειδικότερα, αναφορικά με τη Γενική Υγειονομική Παιδεία (Ενότητα Ε), σημειώθηκε εξαιρετικά ισχυρή στατιστική σημαντικότητα ($p < 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές πέτυχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία (51,59 έναντι 42,15 των τυπικών), εύρημα που υποδηλώνει ότι οι συγγενείς των ασθενών διαθέτουν καλύτερες γενικές ικανότητες πρόσβασης, κατανόησης και αξιολόγησης των πληροφοριών υγείας στην καθημερινότητά τους.

Η πλέον αξιοσημείωτη και δραματική διαφοροποίηση καταγράφηκε στην Υγειονομική Πληροφοριακή Παιδεία για την Επικοινωνία Ασθενή και Ιατρού (Ενότητα ΣΤ), όπου η στατιστική σημαντικότητα ήταν κορυφαία ($t = -12,94$, $p < 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές παρουσίασαν εξαιρετικά υψηλό μέσο όρο επικοινωνιακής παιδείας (67,98), τη στιγμή που οι τυπικοί φροντιστές περιορίστηκαν στο χαμηλό 42,42. Η τεράστια αυτή απόκλιση ερμηνεύεται άμεσα από το γεγονός ότι οι τυπικοί φροντιστές της μελέτης είναι στο σύνολό τους αλλοδαποί και αντιμετωπίζουν σοβαρά γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια, τα οποία δυσχεραίνουν τη δυνατότητά τους να περιγράψουν συμπτώματα, να εκφράσουν προτιμήσεις και να διατυπώσουν ερωτήσεις κατά την κλινική συνάντηση με τον ιατρό. Αντίθετα, οι Έλληνες συγγενείς-φροντιστές εμφανίζουν αυξημένη άνεση και διαδραστικές δεξιότητες στη διεκδίκηση της προσοχής του ιατρικού προσωπικού.

Σχετικά με την Υγειονομική Παιδεία για την Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας (Ενότητα Ζ), η επαγωγική ανάλυση επαλήθευσε την ύπαρξη εξαιρετικά σημαντικής διαφοράς ($p = 0,001$). Οι άτυποι φροντιστές σημείωσαν υψηλότερο score προσανατολισμού (49,27) σε σχέση με τους τυπικούς φροντιστές (40,89). Το εύρημα

αυτό επιβεβαιώνει ότι η γνώση του εγχώριου διοικητικού χάρτη της υγείας, η ενημέρωση για τα δικαιώματα των ασθενών και η κατανόηση των ασφαλιστικών καλύψεων αποτελούν πεδία στα οποία οι αλλοδαποί έμμισθοι φροντιστές μειονεκτούν σημαντικά και χρήζουν οργανωμένης υποστήριξης.

Στον αντίποδα, η Υγειονομική Παιδεία για τον Εμβολιασμό (Ενότητα Η) αποτέλεσε τη μοναδική κλίμακα στην οποία δεν παρατηρήθηκε καμία απολύτως στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες ($t = 0,03$, $p = 0,978$). Οι μέσες τιμές των τυπικών (48,22) και των άτυπων φροντιστών (48,12) ταυτίστηκαν σχεδόν απόλυτα. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει ότι οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και οι δυσκολίες αναφορικά με την εμβολιαστική πρόληψη και τη λήψη αποφάσεων για εμβόλια (όπως αυτό της γρίπης) επηρεάζουν οριζόντια, με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, ολόκληρο τον πληθυσμό της έρευνας, ανεξάρτητα από την επαγγελματική ή συγγενική τους ιδιότητα.

Πίνακας 16 Συσχέτιση των Κλιμάκων Υγειονομικής Παιδείας με τον Τύπο Φροντιστή

Κλίμακα Υγειονομική ς Παιδείας (Score 0-100)	Συνολικό Δείγμα (N=152)Μέσ η Τιμή (SD)	Τυπικοί Φροντιστές (N=109)Μέσ η Τιμή (SD)	Άτυποι Φροντιστές (N=43)Μέσ η Τιμή (SD)	Στατιστικ ό Τεστ (t- test)	p- valu e
Ενότητα Ε: Γενική (HLS19- Q12)	44,82 (11,45)	42,15 (10,12)	51,59 (11,88)	$t = -4,82$	$< 0,001$
Ενότητα ΣΤ: Επικοινωνία (HLS19- COM)	49,65 (15,22)	42,42 (11,35)	67,98 (10,14)	$t = -12,94$	$< 0,001$
Ενότητα Ζ: Πλοήγηση (HLS19- NAV)	43,26 (13,80)	40,89 (12,74)	49,27 (14,63)	$t = -3,43$	0,001
Ενότητα Η: Εμβολιασμός (HLS19- VAC)	48,19 (20,44)	48,22 (19,85)	48,12 (22,14)	$t = 0,03$	0,978

5.17 Συσχετίσεις κλιμάκων υγειονομικής παιδείας και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 17 εξετάζεται η επίδραση των ατομικών, κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των 152 φροντιστών στις βαθμολογίες των τεσσάρων κλιμάκων υγειονομικής παιδείας, με τη χρήση των επαγωγικών στατιστικών κριτηρίων t-test και One-Way ANOVA. Για την επαγωγική στατιστική ανάλυση αυτών των ποσοτικών κλιμάκων (Scores 0-100) με τις δημογραφικές μεταβλητές, εφαρμόστηκαν τα κατάλληλα κριτήρια t-test ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples t-test) για μεταβλητές με δύο κατηγορίες (Φύλο, Χώρα Καταγωγής) και ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA) για μεταβλητές με τρεις ή περισσότερες κατηγορίες (Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Εκπαίδευση, Έτη Απασχόλησης).

Αναφορικά με το φύλο των φροντιστών, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υφίσταται καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε καμία από τις τέσσερις κλίμακες. Αν και οι γυναίκες φροντιστές κατέγραψαν οριακά υψηλότερους μέσους όρους στη Γενική υγειονομική παιδεία (45,12 έναντι 43,78 των ανδρών), στην Επικοινωνία με τον ιατρό (50,22 έναντι 47,67), στην Πλοήγηση στο σύστημα (43,65 έναντι 41,91) και στον Εμβολιασμό (48,51 έναντι 47,08), οι διαφορές αυτές κρίθηκαν στατιστικά ασήμαντες ($p > 0,05$), υποδηλώνοντας ότι το φύλο δεν αποτελεί διαφοροποιητικό παράγοντα της υγειονομικής παιδείας στο παρόν δείγμα.

Αντίθετα, η ηλικία των φροντιστών εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη Γενική Υγειονομική Παιδεία (Ενότητα Ε) ($p = 0,001$) και την Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας (Ενότητα Ζ) ($p = 0,012$). Παρατηρήθηκε μια σαφής, αντιστρόφως ανάλογη τάση, καθώς οι νεότεροι ηλικιακά φροντιστές (18–39 ετών) πέτυχαν σημαντικά υψηλότερα scores (49,15 στη Γενική και 47,82 στην Πλοήγηση) σε σχέση με τους μεσήλικες (40–59 ετών) και τους ηλικιωμένους φροντιστές άνω των 60 ετών (40,48 και 39,74 αντίστοιχα). Το εύρημα αυτό καταδεικνύει ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φροντιστές αντιμετωπίζουν εντονότερα ελλείμματα στην επεξεργασία ιατρικών πληροφοριών και στον προσανατολισμό τους στις δομές υγείας. Οι

κλίμακες της Επικοινωνίας ($p = 0,442$) και του Εμβολιασμού ($p = 0,841$) δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από την ηλικιακή ομάδα.

Η οικογενειακή κατάσταση παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μόνο ως προς τη Γενική Υγειονομική Παιδεία ($p = 0,035$). Οι άγαμοι φροντιστές εμφάνισαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία (48,80), ακολουθούμενοι από τους έγγαμους (44,52), ενώ οι διαζευγμένοι ή σε χηρεία φροντιστές κατέγραψαν τη χαμηλότερη επίδοση (41,14). Η παράμετρος αυτή δεν επέφερε σημαντικές μεταβολές στις υπόλοιπες τρεις κλίμακες ($p > 0,05$).

Η χώρα καταγωγής αποτέλεσε εξίσου κορυφαίο διαφοροποιητικό παράγοντα, εμφανίζοντας εξαιρετικά υψηλή στατιστική σημαντικότητα στη Γενική υγειονομική παιδεία ($p < 0,001$), στην Επικοινωνία ($p < 0,001$) και στην Πλοήγηση ($p = 0,001$). Οι ημεδαποί (Έλληνες) φροντιστές, οι οποίοι στην πλειονότητά τους ταυτίζονται με τους άτυπους/οικογενειακούς φροντιστές, υπερέχουν σαρωτικά (51,59 στη Γενική, 67,98 στην Επικοινωνία και 49,27 στην Πλοήγηση) έναντι των αλλοδαπών φροντιστών (42,15, 42,42 και 40,89 αντίστοιχα). Η υστέρηση των αλλοδαπών φροντιστών αντανακλά τα έντονα γλωσσικά εμπόδια που δυσχεραίνουν τη διάδρασή τους με τους ιατρούς και τον προσανατολισμό τους στο ελληνικό κράτος πρόνοιας. Αντίθετα, στην κλίμακα του Εμβολιασμού ($p = 0,978$), οι μέσες τιμές ημεδαπών και αλλοδαπών υπήρξαν απόλυτα ισοδύναμες.

Τέλος, τα έτη απασχόλησης ως φροντιστής συνδέθηκαν στατιστικά σημαντικά με τη Γενική Υγειονομική Παιδεία ($p = 0,044$) και, ακόμη ισχυρότερα, με την Υγειονομική Παιδεία για την Επικοινωνία ($p < 0,001$). Διαπιστώθηκε ότι η συσσώρευση εμπειρίας στη φροντίδα λειτουργεί ως αντισταθμιστικός παράγοντας μάθησης: οι φροντιστές με μακροχρόνια προϋπηρεσία (4+ έτη) ανέπτυξαν σημαντικά υψηλότερη ικανότητα κλινικής επικοινωνίας με τον ιατρό (56,15) σε σχέση με όσους είχαν λιγότερο από 1 έτος εμπειρίας (41,95). Η εμπειρία, ωστόσο, δεν φάνηκε να βελτιώνει στατιστικά την ικανότητα Πλοήγησης στο σύστημα υγείας ($p = 0,211$) ή τις γνώσεις γύρω από τον Εμβολιασμό ($p = 0,994$), πεδία τα οποία παραμένουν σταθερά απαιτητικά για το σύνολο του δείγματος.

Πίνακας 17 Συσχετίσεις Κλιμάκων Υγειονομικής Παιδείας & Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Δημογραφικό Χαρακτηριστικό	Κατηγοριοποίηση	Ενότητα Ε: Γενική Μέση Τιμή (SD)	Ενότητα ΣΤ: Επικοινωνία Μέση Τιμή (SD)	Ενότητα Ζ: Πλοήγηση Μέση Τιμή (SD)	Ενότητα Η: Εμβολιασμός Μέση Τιμή (SD)
Φύλο (<i>t-test</i>)	Γυναίκες (n=118)	45,12 (11,30)	50,22 (15,40)	43,65 (14,10)	48,51 (20,80)
	Άνδρες (n=34)	43,78 (12,02)	47,67 (14,60)	41,91 (12,80)	47,08 (19,30)
		p = 0,548	p = 0,381	p= 0,516	p =0,719
Ηλικία (<i>ANOVA</i>)	18–39 ετών (n=41)	49,15 (10,50)	51,20 (14,80)	47,82 (13,90)	49,39 (21,10)
	40–59 ετών (n=76)	44,48 (11,10)	49,95 (15,20)	42,42 (13,20)	48,15 (19,90)
	60+ ετών (n=35)	40,48 (11,60)	47,18 (15,90)	39,74 (13,70)	46,93 (21,30)
		p =0,001	p = 0,442	p = 0,012	p = 0,841
Οικογενειακή Κατάσταση (<i>ANOVA</i>)	Άγαμος/η (n=28)	48,80 (11,20)	51,45 (15,10)	46,95 (14,20)	49,11 (20,50)
	Έγγαμος/η (n=102)	44,52 (11,10)	49,82 (14,90)	42,75 (13,40)	48,53 (20,20)

	Διαζευγμένος / Χήρος (n=22)	41,14 (12,40)	46,55 (17,10)	40,91 (14,50)	45,45 (22,10)
		p = 0,035	p = 0,419	p = 0,165	p = 0,774
Χώρα Καταγωγή <i>(t-test)</i>	Ελλάδα (n=43)	51,59 (11,88)	67,98 (10,14)	49,27 (14,63)	48,12 (22,14)
	Άλλη χώρα / Αλλοδαποί (n=109)	42,15 (10,12)	42,42 (11,35)	40,89 (12,74)	48,22 (19,85)
		p < 0,001	p < 0,001	p = 0,001	p = 0,978
Έτη Απασχόλησης <i>(ANOVA)</i>	Λιγότερο από 1 έτος (n=49)	41,85 (10,10)	41,95 (11,20)	40,65 (12,80)	47,95 (19,80)
	1–3 έτη (n=68)	45,62 (11,50)	51,85 (15,40)	43,95 (13,90)	48,25 (20,60)
	4+ έτη (n=35)	47,42 (12,30)	56,15 (16,20)	45,56 (14,60)	48,42 (21,20)
		p = 0,044	p = < 0,001	p = 0,211	p = 0,994

5.18 Συσχέτιση υγειονομικής παιδείας με εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια φροντιστών

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 18, το μορφωτικό επίπεδο (εκπαίδευση) αναδείχθηκε σε έναν από τους ισχυρότερους και πιο καθοριστικούς κοινωνικούς προσδιοριστές, καθώς εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το σύνολο και των τεσσάρων κλιμάκων της υγειονομικής παιδείας ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα, οι φροντιστές με ανώτατη εκπαίδευση (Τριτοβάθμια/Μεταπτυχιακό) πέτυχαν εντυπωσιακά υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στη Γενική (50,06 έναντι 40,12 της Πρωτοβάθμιας/Δευτεροβάθμιας, $p < 0,001$), στην Επικοινωνία με τον ιατρό (57,72 έναντι 42,55, $p < 0,001$), στην Πλοήγηση στο σύστημα υγείας (48,56 έναντι 38,45, $p < 0,001$), αλλά και στην Παιδεία για τον Εμβολιασμό (53,49 έναντι 43,52, $p = 0,041$). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι το υψηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο θωρακίζει τον φροντιστή με τις απαραίτητες κριτικές, γνωστικές και επικοινωνιακές δεξιότητες για την ορθή διαχείριση της υγείας. Αναφορικά με τη συμμετοχή σε προγράμματα κατάρτισης, η πλειονότητα του δείγματος (72,4%) δεν είχε λάβει προηγούμενη εκπαίδευση. Εντούτοις, οι φροντιστές που είχαν εκπαιδευτεί (27,6%) παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά ανώτερες βαθμολογίες στη Γενική υγειονομική παιδεία (48,90 έναντι 43,26, $p=0,005$), στην Επικοινωνία (55,80 έναντι 47,30, $p=0,002$) και στην Πλοήγηση (47,40 έναντι 41,68, $p=0,022$).

Αναφορικά με τη γλωσσική επάρκεια των 109 αλλοδαπών τυπικών φροντιστών, η γενική γνώση της ελληνικής γλώσσας εμφάνισε εξαιρετικά ισχυρή στατιστική συσχέτιση με τις τρεις κύριες κλίμακες ($p < 0,001$). Οι φροντιστές που αξιολόγησαν τη γνώση τους ως «Πολύ Καλή / Άριστη» πέτυχαν τις υψηλότερες μέσες τιμές στη Γενική υγειονομική παιδεία (51,20), στην Επικοινωνία (61,15) και στην Πλοήγηση (48,65), ενώ όσοι δήλωσαν «Μέτρια/Λίγο/Καθόλου» κατέγραψαν σημαντική υστέρηση (36,80, 32,50 και 36,12 αντίστοιχα).

Η υποομάδα των 109 αλλοδαπών τυπικών φροντιστών εμφάνισε απόλυτη πόλωση στην κατανόηση των οδηγιών στην ελληνική γλώσσα, με το 38,5% να δηλώνει εύκολη κατανόηση και ένα ισοδύναμο 38,5% δύσκολη κατανόηση. Η δυσκολία στην κατανόηση της γλώσσας συνδέθηκε στατιστικά με σημαντική υστέρηση στις μέσες

τιμές της Γενικής υγειονομική παιδεία (36,75, $p<0,001$), της Επικοινωνίας με τον ιατρό (31,90, $p<0,001$) και της Πλοήγησης στο σύστημα (36,48, $p=0,001$). Αντίθετα, η κλίμακα του Εμβολιασμού δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ούτε ως προς τη συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ($p=0,148$) ούτε ως προς τη γλωσσική κατανόηση ($p=0,742$).

Πίνακας 18 Συσχέτιση υγειονομικής παιδείας με εκπαίδευση και γλωσσική επάρκεια φροντιστών

Μεταβλητή	Κατηγοριοποίηση	Ενότητα Ε: Γενική Μέση Τιμή (SD)	Ενότητα ΣΤ: Επικοινωνία Μέση Τιμή (SD)	Ενότητα Ζ: Πλοήγηση Μέση Τιμή (SD)	Ενότητα Η: Εμβολιασμός Μέση Τιμή (SD)
Μορφωτικό Επίπεδο (One-Way ANOVA)	Πρωτοβάθμια / Δευτεροβάθμια (n=54)	40,12 (10,30)	42,55 (11,60)	38,45 (11,90)	43,52 (19,50)
	Μεταδευτεροβάθμια (n=48)	44,65 (10,90)	49,25 (14,20)	43,15 (13,60)	47,92 (20,20)
	Τριτοβάθμια / Μεταπτυχιακό (n=50)	50,06 (11,20)	57,72 (16,30)	48,56 (14,50)	53,49 (21,10)
		$p = <0,001$	$p = <0,001$	$p = <0,001$	$p = 0,041$

Συμμετοχή σε Εκπαίδευση <i>(t-test Ανεξαρτήτων Δειγμάτων)</i>	Ναι (n=42)	48,90 (11,05)	55,80 (15,40)	47,40 (13,95)	52,10 (20,15)
	Όχι (n=110)	43,26 (11,20)	47,30 (14,60)	41,68 (13,45)	46,70 (20,35)
		p = 0,005	p =0,002	p =0,022	p = 0,148
Γενική Γνώση Ελληνικών <i>(One-Way ANOVA)</i>	Καλή (n=42)	45,12 (10,15)	50,45 (13,20)	44,18 (12,10)	48,90 (19,15)
	Πολύ Καλή / Άριστη (n=25)	51,20 (11,10)	61,15 (15,50)	48,65 (14,10)	51,10 (20,40)
	Μέτρια / Λίγο / Καθόλου (n=42)	36,80 (10,25)	32,50 (11,40)	36,12 (13,05)	46,50 (20,20)
		p = <0,001	p = <0,001	p = 0,001	p = 0,685

Κατανόηση Οδηγιών (Γλώσσα)* <i>(One-Way ANOVA)</i>	Εύκολη / Πολύ Εύκολη (n=42)	47,56 (10,40)	53,42 (12,15)	46,12 (12,80)	49,85 (19,40)
		42,15 (9,85)	41,65 (10,90)	39,45 (11,70)	48,12 (20,15)
	Ούδετερη Στάση (n=25)	36,75 (10,12)	31,90 (11,35)	36,48 (13,10)	46,65 (20,10)
	Δύσκολη / Πολύ Δύσκολη (n=42)	p <0,001	p = <0,001	p = 0,001	p = 0,742

* Η μεταβλητή της γλωσσικής κατανόησης των οδηγιών (Δ.20-Δ.21) αφορά αποκλειστικά το υπόδειγμα των 109 αλλοδαπών τυπικών φροντιστών, καθώς οι άτυποι φροντιστές ήταν στο σύνολό τους ημεδαποί Έλληνες συγγενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αρχικά, αναφορικά με την αξιολόγηση των ερευνητικών υποθέσεων της παρούσας μελέτης, τα στατιστικά αποτελέσματα επιβεβαίωσαν επιτυχώς τις κύριες υποθέσεις εργασίας. Συγκεκριμένα, επαληθεύτηκε πλήρως η υπόθεση H1, καθώς το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών εμφάνισε καθολική θετική επίδραση σε όλες τις κλίμακες της υγειονομικής παιδείας ($p < 0,001$). Παράλληλα, επιβεβαιώθηκε η υπόθεση H2, με την προηγούμενη συμμετοχή σε προγράμματα κατάρτισης να συνδέεται στατιστικά σημαντικά με ανώτερες βαθμολογίες στη Γενική υγειονομική παιδεία ($p=0,005$), στην Επικοινωνία με τον ιατρό ($p=0,002$) και στην Πλοήγηση στο σύστημα υγείας ($p=0,022$). Τέλος, η υπόθεση H3 επαληθεύτηκε ρητά, καθώς η σοβαρή δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας από τους αλλοδαπούς τυπικούς φροντιστές συσχετίστηκε στατιστικά με δραματική πτώση των τιμών στη Γενική υγειονομική παιδεία ($p<0,001$) και Επικοινωνία ($p<0,001$), αναδεικνύοντας τη γλωσσική επάρκεια ως καθοριστικό γνωστικό προσδιοριστή.

Η υπόθεση H6 επαληθεύτηκε σε μεγάλο βαθμό, καθώς εντοπίστηκαν έντονες στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άτυπους και τυπικούς φροντιστές ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, τη γλωσσική επάρκεια, την επίγνωση της διάγνωσης και τις επιμέρους διαστάσεις της υγειονομικής παιδείας, όπως η εύρεση βοήθειας, η κρίση των θεραπευτικών επιλογών και η ανάκληση των ιατρικών πληροφοριών. Σε άμεση συνάρτηση, η υπόθεση H5 επιβεβαιώθηκε ρητά, αφού τα χαρακτηριστικά της παρεχόμενης φροντίδας, όπως τα έτη απασχόλησης στον συγκεκριμένο ασθενή και η μόνιμη διαμονή στο σπίτι του, εμφάνισαν ισχυρή στατιστική συσχέτιση με τον τύπο του φροντιστή, καθορίζοντας το επίπεδο της καθημερινής του ετοιμότητας. Αντιθέτως, η υπόθεση H4 απορρίφθηκε, καθώς δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στον βαθμό εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας, με τις δύο ομάδες να επιδεικνύουν μια οριζόντια και πανομοιότυπη στάση απέναντι στους παραδοσιακούς θεσμούς υγείας.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν μια σαφή και πολυδιάστατη διαφοροποίηση στο προφίλ της υγειονομικής παιδείας και της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης μεταξύ τυπικών και άτυπων φροντιστών, επιβεβαιώνοντας τα κενά που εντοπίζονται σε εθνικό επίπεδο (Hellenic Ministry of Health, 2016). Ειδικότερα, η

συντριπτική πλειονότητα του συνολικού δείγματος (83,6%) αντιμετωπίζει έντονη δυσκολία στην πρόσβαση σε επαγγελματική βοήθεια όταν νοσεί, με το πρόβλημα να εντοπίζεται οξύτερο στους τυπικούς φροντιστές (89,0%). Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά δυσκολίας τους στην κατανόηση ιατρικών εξετάσεων (32,1% «πολύ δύσκολο») και στην αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πληροφοριών υγείας, αντανακλά τα γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι τυπικοί φροντιστές, οι οποίοι στην έρευνά μας είναι στο σύνολό τους μετανάστες. Αντίθετα, οι άτυποι φροντιστές, αν και εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μεγαλύτερη ευκολία στην πλοήγηση και κατανόηση του συστήματος υγείας λόγω ελληνικής καταγωγής, παρουσιάζουν μια εξαιρετικά ανησυχητική κλινική εικόνα επιβάρυνσης. Συγκεκριμένα, το 44,2% των άτυπων φροντιστών αξιολογεί την προσωπική του υγεία ως «κακή έως πολύ κακή», βιώνοντας δραματικό ψυχοσωματικό φορτίο σε σχέση με τους επαγγελματίες φροντιστές. Η υποκειμενική αυτή κατάσταση επιβεβαιώνεται αντικειμενικά από την κατακόρυφη αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, καθώς οι συγγενείς-φροντιστές εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα λήψης συνταγογραφούμενων φαρμάκων (48,8%), επισκέψεων σε οικογενειακούς ιατρούς (60,5%) και προσέλευσης σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (53,5%) κατά το τελευταίο εξάμηνο.

Η αποτυπωμένη αυτή καταπόνηση και η ραγδαία κατανάλωση των υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας από τους άτυπους φροντιστές έρχεται να επικυρώσει τη στρατηγική αναγκαιότητα των αξόνων που θεσπίζει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια - Νόσο Alzheimer (Hellenic Ministry of Health, 2016). Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης υπογραμμίζει ρητά ότι οι συμπεριφορικές διαταραχές και η προοδευτική απώλεια λειτουργικότητας των ασθενών αποτελούν την κύρια πηγή εξουθένωσης για την ελληνική οικογένεια, η οποία παραδοσιακά επωμίζεται το έμμεσο κρυφό κόστος της φροντίδας στο σπίτι. Τα αποτελέσματά μας ευθυγραμμίζονται απόλυτα με τις διαπιστώσεις του εθνικού πλάνου σχετικά με την παντελή έλλειψη εξειδικευμένου δικτύου κοινωνικής υποστήριξης μετά τη διάγνωση και την απουσία δομών βραχείας φιλοξενίας. Η καταγεγραμμένη ανάγκη των φροντιστών της μελέτης μας για συστηματικές ιατρικές επισκέψεις και φαρμακοθεραπεία επιτάσσει την άμεση υλοποίηση των δράσεων του Άξονα 3 και 4 του Εθνικού Σχεδίου, οι οποίες προβλέπουν την καθολική ανάπτυξη Κέντρων Ημέρας για την παροχή μη

φαρμακευτικών θεραπειών, τη δημιουργία ειδικών Ξενώνων Ανακουφιστικής Φροντίδας για τα τελικά στάδια της νόσου, καθώς και τη θεσμοθέτηση οικονομικών ανακουφίσεων και προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης. Μόνο μέσα από μια τέτοια ολοκληρωμένη και ορθολογική διαχείριση, όπως αυτή που εισηγείται το Υπουργείο Υγείας (2016), μπορεί να επιτευχθεί η διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των άτυπων φροντιστών και η παράλληλη αποσυμφόρηση του εθνικού συστήματος υγείας.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν δύο σαφή, αλλά εκ διαμέτρου αντίθετα επικοινωνιακά και βιωματικά μοτίβα, τα οποία αποτελούν και τα κεντρικά σημεία προβληματισμού της έρευνας: τη χαμηλή λειτουργική υγειονομική παιδεία των τυπικών φροντιστών και την έντονη ψυχοσωματική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών. Αρχικά, διαπιστώνεται ότι οι τυπικοί φροντιστές, όντας στο σύνολό τους αλλοδαποί, παρεμποδίζονται σημαντικά στη ροή της κλινικής επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Τα γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν περιορίζουν δραστικά την ικανότητά τους να ανταλλάσσουν έγκυρες πληροφορίες, να περιγράφουν με ακρίβεια τα συμπτώματα της άνοιας και να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό για την ασφάλεια των ασθενών (Howick et al., 2024), καθώς οι εσωτερικοί επαγγελματίες φροντιστές είναι εκείνοι που περνούν τον περισσότερο χρόνο με τον ασθενή και οφείλουν να λειτουργούν ως η «φωνή» του στις συναντήσεις με τους επαγγελματίες υγείας .

Από την άλλη, οι άτυποι φροντιστές, παρά το γεγονός ότι εμφανίζουν καλύτερες δεξιότητες επικοινωνίας λόγω εντοπιότητας, έρχονται αντιμέτωπη με μια σοβαρή βιωματική κρίση. Η στατιστική ανάλυση αποκάλυψε ότι, ενώ οι δύο ομάδες φροντιστών (τυπικοί και άτυποι) παρουσιάζουν παρόμοιες καθημερινές συνήθειες, όπως τα επίπεδα σωματικής άσκησης και η συχνότητα καπνίσματος, καθώς και παρόμοια ποσοστά υποκείμενων χρόνιων παθήσεων, οι άτυποι φροντιστές καταπονούνται πολύ περισσότερο ψυχοσωματικά. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει την επιβάρυνση που επωμίζεται η ελληνική οικογένεια. Η συγγενική σχέση με τον ασθενή και η καθημερινή έκθεση στη σταδιακή νοητική και ψυχική του φθορά προκαλούν στους συγγενείς έντονο ψυχολογικό φόρτο και σωματική εξάντληση. Η παρατεταμένη αυτή καταπόνηση οδηγεί τους άτυπους φροντιστές στο να

αντιλαμβάνονται την ίδια την υγεία τους ως σημαντικά χειρότερη και, κατ' επέκταση, να καταναλώνουν ραγδαία τις υπηρεσίες υγείας για δικές τους ανάγκες, επιβαρύνοντας περαιτέρω το σύστημα περίθαλψης (Albani et al., 2024).

Ένα ιδιαίτερα κρίσιμο κοινό στοιχείο που χρήζει προσοχής από τη σκοπιά της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, είναι ότι και οι δύο ομάδες δήλωσαν σε εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό ότι δυσκολεύονται να υπερασπιστούν και να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους (85,3% για τους τυπικούς και 79,1% για τους άτυπους φροντιστές). Είτε λόγω της γραφειοκρατικής πολυπλοκότητας του συστήματος, είτε λόγω της έλλειψης ενημέρωσης για τους θεσμικούς μηχανισμούς προστασίας των ασθενών, οι φροντιστές παραμένουν παθητικοί δέκτες των υπηρεσιών, αδυνατώντας να αντιδράσουν αποτελεσματικά όταν η παρεχόμενη φροντίδα δεν ικανοποιεί τις ανάγκες των ίδιων ή των ανθρώπων που προστατεύουν (Νταλάκα, 2017).

Να σημειωθεί εδώ ότι οι επιμέρους απαντήσεις των φροντιστών αντανακλούν το γεγονός ότι ορισμένοι ασθενείς υποστηρίζονται ταυτόχρονα και από τις δύο ομάδες φροντιστών ενώ παρουσιάζονται και αποκλίσεις λόγω ελλιπούς ενημέρωσης των τυπικών φροντιστών. Ιδιαίτερης κλινικής σημασίας είναι τα ευρήματα σχετικά με το χάσμα γνώσης που παρατηρείται μεταξύ των δύο ομάδων φροντιστών αναφορικά με την κλινική εικόνα των ασθενών. Η στατιστικά σημαντική υπεροχή των άτυπων φροντιστών στην ακριβή γνώση της διάγνωσης της άνοιας (Alzheimer έναντι Αγγειακής) επιβεβαιώνει ότι οι συγγενείς παραμένουν οι αποκλειστικοί διαχειριστές του ιατρικού ιστορικού, αφήνοντας τους τυπικούς φροντιστές σε ένα καθεστώς "λειτουργικής άγνοιας". Το γεγονός αυτό αποκτά επικίνδυνες διαστάσεις αν συνυπολογιστεί το υψηλό ποσοστό ψυχιατρικής συννοσηρότητας (65,8%), με την κατάθλιψη και το άγχος να κυριαρχούν. Η στατιστικά σημαντική απόκλιση στην καταγραφή της σχιζοφρένειας και των ψυχώσεων (11,6% στους άτυπους έναντι 1,8% στους τυπικούς) αναδεικνύει ανάγλυφα το βάρος του κοινωνικού στίγματος στην ελληνική οικογένεια. Η διατήρηση της βαριάς ψυχιατρικής νόσου ως "οικογενειακού μυστικού" και η σκόπιμη απόκρυψή της από τον έμμισθο αλλοδαπό φροντιστή, όχι μόνο δυσχεραίνει την ορθή διαχείριση των συμπεριφορικών διαταραχών στην καθημερινότητα, αλλά υπογραμμίζει την ανάγκη για στοχευμένα προγράμματα που θα θωρακίσουν την υγειονομική παιδεία των επαγγελματιών φροντιστών στην κοινότητα (Parker et al., 2020).

Η φτωχή κατανόηση της φύσης των νευρογνωστικών διαταραχών από το ευρύ κοινό οδηγεί διαχρονικά σε λανθασμένες αντιλήψεις και στερεότυπα, τα οποία συνθέτουν το φαινόμενο του κοινωνικού στίγματος που περιβάλλει τη διάγνωση της άνοιας. Όπως τεκμηριώνεται από τους Μαντζώρου και συν., (2017), η αποκάλυψη της διάγνωσης της νόσου προκαλεί συχνά αλυσιδωτές αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις, οι οποίες εκδηλώνονται μέσω της κοινωνικής απόστασης, της απόρριψης και της περιθωριοποίησης του ασθενούς. Το στίγμα αυτό δεν περιορίζεται μόνο στο άτομο που νοσεί, αλλά επεκτείνεται ως "στίγμα εξ ανάκλασης" και στα μέλη της οικογένειας, επιβαρύνοντάς τα με έντονα συναισθήματα ντροπής, ενοχής και φόβου για τον κοινωνικό χαρακτηρισμό. Ως άμεση συνέπεια αυτών των προκαταλήψεων, οι φροντιστές και οι οικογένειες οδηγούνται συχνά στην εσκεμμένη απόκρυψη της κλινικής αλήθειας και της διάγνωσης από το περιβάλλον τους, χρησιμοποιώντας τη μυστικότητα ως αμυντική στρατηγική διαχείρισης του στίγματος, γεγονός που δυσχεραίνει την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας και την κοινωνική ενσωμάτωση του ασθενούς (Μαντζώρου και συν., 2017).

Η διαπίστωση ότι η πλειονότητα των φροντιστών της μελέτης μας (72,4%) δεν έχει συμμετάσχει ποτέ σε οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης ή ψυχοεκπαίδευσης αποτελεί ένα εύρημα μείζονος κλινικής σημασίας, το οποίο αναδεικνύει το μεγάλο κενό που υφίσταται στην κοινοτική φροντίδα της άνοιας στην Ελλάδα. Το γεγονός ότι ένα τόσο υψηλό ποσοστό ανθρώπων προσφέρει καθημερινά σύνθετες υπηρεσίες φροντίδας στερούμενο βασικής καθοδήγησης, επιβεβαιώνει τις θέσεις του ΠΟΥ (WHO, 2021), ο οποίος υπογραμμίζει ότι η συστηματική κατάρτιση των φροντιστών αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας της προσωποκεντρικής φροντίδας.

Οι Brodaty και Donkin (2009) επισημαίνουν ότι οι δομημένες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις ενισχύουν την ετοιμότητα και την αυτοπεποίθηση των φροντιστών, μειώνοντας μακροπρόθεσμα το αίσθημα εξουθένωσης. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018), εξαιρούν την αξία της διαρκούς επιμόρφωσης ως μέσου διατήρησης της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων των φροντιστών.

Ιδιαίτερης προσοχής τυγχάνει το εύρημα ότι η οργανωμένη εκπαίδευση στους τυπικούς φροντιστές συνδέεται άμεσα με ένα ανώτερο κοινωνικό-οικονομικό προφίλ

(νεότερη ηλικία, υψηλότερη μόρφωση, επαρκής γλωσσική επάρκεια και εξειδικευμένο ωράριο βάρδιας). Αντίθετα, οι μη εκπαιδευμένοι τυπικοί φροντιστές εγκλωβίζονται στο καθεστώς του εσωτερικού οικιακού βοηθού. Αυτό αποτυπώνει την οικονομική πίεση της ελληνικής οικογένειας (Mitrakos & Simigiannis, 2009), η οποία, αδυνατώντας να ανταπεξέλθει στο υψηλό κόστος ενός εξειδικευμένου επαγγελματία, αναγκάζεται να επιλέγει ανειδίκευτο προσωπικό χαμηλότερου κόστους, το οποίο επωμίζεται ταυτόχρονα και τις οικιακές εργασίες

Στην Ελλάδα υπάρχουν δομές μακροχρόνιας φροντίδας, ωστόσο αυτές καλύπτουν μόνο ένα πολύ περιορισμένο μέρος των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού. Η Ελλάδα καταγράφει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά άτυπων φροντιστών στον γενικό πληθυσμό ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ οι ώρες καθημερινής παροχής φροντίδας από τους συγγενείς είναι εξαιρετικά υψηλές. Ο ρόλος των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα επικεντρώνεται κυρίως στην υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις. Λόγω των εξαιρετικά απαιτητικών συνθηκών και της φύσης της φροντίδας, οι άτυποι φροντιστές στην Ελλάδα έχουν άμεση ανάγκη από οικονομική ενίσχυση, συστηματική εκπαίδευση, ψυχολογική υποστήριξη, ασφαλιστική κάλυψη και εργασιακή ευελιξία (Πασσά και συν, 2025).

Το πρόβλημα αυτό περιπλέκεται ακόμη περισσότερο αν συνυπολογιστεί το γεγονός ότι το 38,5% των τυπικών φροντιστών δήλωσε ότι κατανοεί δύσκολα ή πολύ δύσκολα τις ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες στην ελληνική γλώσσα. Το εύρημα αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τα δεδομένα των Efthymiou et al. (2020) και Efthymiou et al. (2019), οι οποίοι αναγνωρίζουν τη γλωσσική επάρκεια και την ψηφιακή εγγραμματοσύνη υγείας ως καθοριστικούς παράγοντες για την αποφυγή κλινικών λαθών κατά τη χορήγηση φαρμακευτικών σχημάτων στην κοινότητα. Όπως επισημαίνουν και οι Lorini et al. (2023) σε αντίστοιχη μελέτη τους, η χαμηλή υγειονομική παιδεία των φροντιστών δυσχεραίνει τη συμμόρφωση στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη σχεδιασμού πολύγλωσσων εκπαιδευτικών εργαλείων και την ενίσχυση των κοινοτικών δομών υποστήριξης στη χώρα μας.

Επιπρόσθετα, η ισχυρότερη στατιστικά σημαντική συσχέτιση καταγράφηκε μεταξύ της Γενικής Υγειονομικής Παιδείας και της Υγειονομικής Παιδείας για την Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας. Το εύρημα αυτό είναι κλινικά και διοικητικά

ιδιαίτερα ερμηνεύσιμο, καθώς υποδηλώνει ότι οι φροντιστές που διαθέτουν υψηλότερο υπόβαθρο γενικών γνώσεων και ικανοτήτων διαχείρισης πληροφοριών υγείας, επιδεικνύουν ταυτόχρονα πολύ μεγαλύτερη ευκολία στο να προσανατολιστούν αποτελεσματικά, να κατανοήσουν τις νοσοκομειακές μεταρρυθμίσεις και να διεκδικήσουν τα δικαιώματα των ασθενών τους εντός του υγειονομικού συστήματος.

Η Γενική Υγειονομική Παιδεία εμφάνισε μια εξίσου ισχυρή, θετική συσχέτιση με την Υγειονομική Πληροφοριακή Παιδεία για την Επικοινωνία Ασθενή και Ιατρού. Η συσχέτιση αυτή αναδεικνύει ότι η γενική ικανότητα κατανόησης και αξιολόγησης ιατρικών πληροφοριών συνδέεται άμεσα με την ανάπτυξη επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων, επιτρέποντας στους φροντιστές να συμμετέχουν πιο ενεργά στις κλινικές συναντήσεις, να εκφράζουν τις ανησυχίες τους και να συνεργάζονται στενά με τον ιατρό για τη λήψη αποφάσεων. Η κλίμακα της Επικοινωνίας συνδέεται επίσης θετικά και σημαντικά με την κλίμακα της Πλοήγησης, γεγονός που δείχνει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό διευκολύνει την εύρεση πληροφοριών και τον γενικότερο προσανατολισμό μέσα στις δομές υγείας.

Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε εξαιρετικά ενδιαφέροντα ευρήματα αναφορικά με την επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών των φροντιστών στα επίπεδα της υγειονομικής τους παιδείας. Το πλέον καθοριστικό εύρημα, το οποίο χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, είναι η ισχυρή και καθολική επίδραση του μορφωτικού επιπέδου (εκπαίδευση) στο σύνολο των εξεταζόμενων κλιμάκων. Διαπιστώθηκε ότι οι φροντιστές με ανώτατο εκπαιδευτικό υπόβαθρο (Τριτοβάθμια εκπαίδευση/Μεταπτυχιακό) πέτυχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες τόσο στη Γενική Υγειονομική Παιδεία όσο και στις εξειδικευμένες κλίμακες της Επικοινωνίας με τον ιατρό, της Πλοήγησης στο σύστημα υγείας και του Εμβολιασμού. Το εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται πλήρως με τη διεθνή βιβλιογραφία (Efthymiou et al., 2020; Kalaitzaki et al., 2022; Lorini et al., 2022; Stratakis et al., 2020; Wang et al., 2026) επιβεβαιώνοντας ότι η εκπαίδευση λειτουργεί ως προστατευτικός και ενδυναμωτικός παράγοντας, καθώς εφοδιάζει το άτομο με ανώτερες κριτικές και γνωστικές δεξιότητες, επιτρέποντάς του να αποκτά πρόσβαση σε έγκυρες πηγές, να επεξεργάζεται σύνθετες ιατρικές οδηγίες και να διεκδικεί αποτελεσματικότερα τη φροντίδα του ασθενούς.

Μια εξίσου κρίσιμη παράμετρος που αναδείχθηκε είναι η ηλικιακή διαστρωμάτωση της υγειονομικής παιδείας. Η μελέτη κατέγραψε μια σαφή, αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ της ηλικίας των φροντιστών και των επιδόσεών τους στη Γενική Υγειονομική παιδεία και την Πλοήγηση στο Σύστημα Υγείας. Οι νεότεροι ηλικιακά φροντιστές εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη ετοιμότητα και ευκολία διαχείρισης του υγειονομικού περιβάλλοντος σε σύγκριση με τους φροντιστές μεγαλύτερης ηλικίας. Η υστέρηση των μεγαλύτερων σε ηλικία φροντιστών μπορεί να αποδοθεί τόσο στη σταδιακή γνωστική κόπωση όσο και στην πιθανή δυσκολία τους να προσαρμοστούν στις σύγχρονες, ψηφιοποιημένες απαιτήσεις του συστήματος υγείας (όπως ηλεκτρονικά ραντεβού ή αναζήτηση πληροφοριών), γεγονός που επιτείνει το αίσθημα αδυναμίας προσανατολισμού τους εντός των νοσοκομειακών δομών.

Επιπλέον, η χώρα καταγωγής αποδείχθηκε διαφοροποιητικός παράγοντας, αναδεικνύοντας τη βαθιά ανισότητα που βιώνουν οι αλλοδαποί (τυπικοί) φροντιστές στη χώρα μας. Οι ημεδαποί φροντιστές κατέγραψαν σαρωτική υπεροχή στις κλίμακες της Γενικής υγειονομικής παιδείας, της Πλοήγησης και της Επικοινωνίας. Η εικόνα των αλλοδαπών φροντιστών στην κλινική επικοινωνία αποτυπώνει τα έντονα γλωσσικά εμπόδια και το πολιτισμικό χάσμα που παρεμποδίζουν τη ροή της πληροφορίας κατά την ιατρική επίσκεψη (Al Shamsi et al., 2020). Η αδυναμία τους να εκφράσουν ανησυχίες ή να κατανοήσουν το εξειδικευμένο ιατρικό λεξιλόγιο δημιουργεί σοβαρά κενά στην ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας προς τον ασθενή με άνοια. Αντίθετα, η Παιδεία για τον Εμβολιασμό αποτέλεσε τη μοναδική κλίμακα που παρέμεινε ανεπηρέαστη από τη χώρα καταγωγής αλλά και από την ηλικία, υποδηλώνοντας ότι οι προκλήσεις γύρω από την εμβολιαστική πρόληψη επηρεάζουν οριζόντια και με τον ίδιο τρόπο ολόκληρο τον πληθυσμό.

Ακόμα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η επίδραση των ετών απασχόλησης ως φροντιστής. Διαπιστώθηκε ότι η συσσώρευση εμπειρίας στο πέρασμα του χρόνου συνδέεται στατιστικά σημαντικά με τη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ιατρό. Οι φροντιστές με μακροχρόνια προϋπηρεσία αναπτύσσουν πιθανόν εμπειρική παιδεία, μαθαίνοντας να διαχειρίζονται καλύτερα τη σχέση τους με το ιατρικό προσωπικό και να διατυπώνουν αποτελεσματικότερα ερωτήσεις. Ωστόσο, η εμπειρία αυτή δεν φάνηκε επαρκής για να βελτιώσει την ικανότητα πλοήγησης στο σύστημα υγείας, η

οποία παραμένει χαμηλή οριζόντια, αποδεικνύοντας ότι η πολυπλοκότητα και η γραφειοκρατία του υγειονομικού συστήματος αποτελούν δομικά εμπόδια που δεν μπορούν να ξεπεραστούν απλώς με την πάροδο του χρόνου, αλλά απαιτούν οργανωμένες θεσμικές παρεμβάσεις και ψυχοεκπαιδευτική υποστήριξη.

Η διαπίστωση ότι η συντριπτική πλειονότητα των φροντιστών (72,4%) στερείται οργανωμένης ψυχοεκπαίδευσης αναδεικνύει ένα σοβαρό δομικό έλλειμμα στις υπηρεσίες κοινοτικής περίθαλψης στην Ελλάδα, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης υποστήριξης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2021) και τις κατευθυντήριες οδηγίες του NICE (2018), η συστηματική κατάρτιση αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τη διασφάλιση ασφαλούς, προσωποκεντρικής φροντίδας και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Όπως τεκμηριώνουν οι Brodaty και Donkin (2009), οι δομημένες παρεμβάσεις ενισχύουν άμεσα την επάρκεια των φροντιστών, εύρημα που επιβεβαιώνεται από τη στατιστικά σημαντική υπεροχή των εκπαιδευμένων συμμετεχόντων της μελέτης μας στις κλίμακες της Γενικής υγειονομικής παιδείας, της Επικοινωνίας και της Πλοήγησης. Από την ποιοτική διαστρωμάτωση προκύπτει ότι οι εκπαιδευμένοι τυπικοί φροντιστές ήταν νεότεροι, υψηλότερης μόρφωσης και με υψηλή γλωσσική επάρκεια, στοχεύοντας στην επαγγελματική τους ανέλιξη, σε αντίθεση με τους μη εκπαιδευμένους που εργάζονταν ως εσωτερικοί οικιακοί βοηθοί. Η τάση αυτή αποτυπώνει την οικονομική πίεση της ελληνικής οικογένειας, η οποία, λόγω περιορισμένης κρατικής μέριμνας, αναγκάζεται να επιλέγει ανειδίκευτο προσωπικό χαμηλότερου κόστους για την κάλυψη πολλαπλών αναγκών.

Το πρόβλημα αυτό επιτείνεται δραματικά αν συνυπολογιστεί ότι το 38,5% των αλλοδαπών τυπικών φροντιστών δήλωσε ότι κατανοεί δύσκολα έως πολύ δύσκολα τις οδηγίες στην ελληνική γλώσσα, παράμετρος που συνδέθηκε στατιστικά με σοβαρή υστέρηση σε όλες τις κλίμακες υγειονομικής παιδείας. Η γλωσσική αυτή ανεπάρκεια εγκυμονεί κινδύνους για την κλινική ασφάλεια (π.χ. σφάλματα στη χορήγηση φαρμάκων) και ευθυγραμμίζεται με τα δεδομένα των Efthymiou (2020) και Efthymiou και συν. (2019), οι οποίοι αναγνωρίζουν τη γλώσσα και την υγειονομική παιδεία ως καθοριστικούς παράγοντες για την ορθή εφαρμογή των θεραπευτικών σχημάτων. Όπως υπογραμμίζουν οι Lorini και συν. (2023), η χαμηλή υγειονομική παιδεία των φροντιστών δυσχεραίνει τη λήψη αποφάσεων, καθιστώντας επιτακτική

τη θεσμοθέτηση διαρκών, προσβάσιμων και πολύγλωσσων ψυχοεκπαιδευτικών δομών υποστήριξης στην κοινότητα.

Η καθολική παραδοχή των αλλοδαπών τυπικών φροντιστών ότι η ελληνική γλώσσα αποτελεί από μέτριο έως πάρα πολύ σοβαρό εμπόδιο στην επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας (αθροιστικά 100,0% στην ερώτηση Δ.22), επιβεβαιώνει την ύπαρξη ενός έντονου επικοινωνιακού αποκλεισμού με άμεσο αντίκτυπο στην κλινική ασφάλεια. Το εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, όπου η γλωσσική ανεπάρκεια συσχετίστηκε άμεσα με χαμηλές επιδόσεις στη Γενική υγειονομική παιδεία και την Επικοινωνία, καθώς και με τη βιβλιογραφία (Efthymiou, 2020; Efthymiou et al., 2019), που αναγνωρίζει τα γλωσσικά προσκόμματα ως τον κύριο παράγοντα κλινικών σφαλμάτων και μειωμένης θεραπευτικής συμμόρφωσης στην κοινότητα. Η αποτύπωση των γλωσσικών δυσκολιών ως αυτόνομου εκπαιδευτικού φραγμού (20,2% στη Δ.23) αναδεικνύει ότι η έλλειψη πολύγλωσσων εκπαιδευτικών εργαλείων εγκλωβίζει τους επαγγελματίες φροντιστές σε λειτουργικό έλλειμμα, παρά τη διαπιστωμένη διάθεσή τους για μάθηση.

Να σημειωθεί επίσης ότι η στατιστικά σημαντική υπερφόρτωση των αλλοδαπών τυπικών φροντιστών με επιπλέον συστηματικές οικιακές εργασίες σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το 71,6% αυτών δηλώνει ότι «πολύ συχνά» στερείται χρόνου για να φροντίσει τη δική του υγεία, αναδεικνύει τις εξαντλητικές συνθήκες διαβίωσης του έμμισθου προσωπικού στην κοινότητα. Το εύρημα αυτό αντανακλά τη δομή της ελληνικής οικογένειας, η οποία, ελλείψει κρατικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, αναθέτει στον εσωτερικό βοηθό ένα διευρυμένο φάσμα καθηκόντων (καθαριότητα, μαγείρεμα), μετατρέποντάς τον σε αποκλειστικό διαχειριστή του σπιτιού. Αν και η πλειονότητα των τυπικών φροντιστών (αθροιστικά 88,1%) αναγνωρίζει ότι η οικογένεια του ασθενούς τους υποστηρίζει επαρκώς, η συναισθηματική και σωματική τους αποστράγγιση είναι καθηλωτική, με το 78,0% να βιώνει «πολύ συχνά» ψυχική επιβάρυνση. Το γεγονός αυτό ευθυγραμμίζεται με τη βιβλιογραφία της επιβάρυνσης του φροντιστή (Brodaty & Donkin, 2009; Kavga et al., 2021; Schulz et al., 2020).

Από την άλλη πλευρά, οι άτυποι οικογενειακοί φροντιστές καταγράφουν μια διαφορετική, εξίσου ανησυχητική διάσταση επιβάρυνσης, καθώς το 76,7% αυτών δηλώνει ότι διαθέτει μόλις 0–3 ώρες ελεύθερου προσωπικού χρόνου την εβδομάδα, ενώ το 72,1% βιώνει «συχνά» ψυχικό φορτίο. Η δραματική έλλειψη προσωπικού

χρόνου των συγγενών συνδέεται άμεσα με τη σταθερή, μακροχρόνια ηθική και νομική τους δέσμευση απέναντι στον ασθενή, που τους αναγκάζει να θυσιάζουν την προσωπική και κοινωνική τους ζωή και την ίδια τους την υγεία (Stathopoulou et al., 2023). Η οριζόντια αυτή εξουθένωση και των δύο ομάδων, επιβεβαιώνει ότι η χαμηλή υγειονομική παιδεία και η απουσία κοινοτικών δικτύων ανακούφισης (respite care), (Alzheimer's Society, 2024) στην Ελλάδα επιτείνουν το αίσθημα εγκλωβισμού, καθιστώντας αναγκαία την παρέμβαση των μονάδων υγείας για την υποστήριξη της ψυχικής ανθεκτικότητας των φροντιστών στην κοινότητα.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναφορικά με τα ελλείμματα υγειονομικής παιδείας και τη σοβαρή ψυχοσωματική καταπόνηση των φροντιστών πρέπει να ερμηνευθούν μέσα στο ευρύτερο θεσμικό και κοινωνικό πλαίσιο που διέπει τη μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, όπως αυτό αναλύεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία (Νταλάκα, 2025; Πασσά και συν, 2025; Κορακίδη, Αποστολάκης, & Σαράφης, 2025).

Στην Ελλάδα, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται διαχρονικά από την απουσία ενός ολοκληρωμένου, επίσημου δικτύου μακροχρόνιας φροντίδας στο σπίτι, με αποτέλεσμα το κύριο βάρος να μετακυλύετε άτυπα και αναγκαστικά στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Οι άτυποι φροντιστές στη χώρα μας, στην πλειονότητά τους γυναίκες και άτομα μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας, επωμίζονται εξαιρετικά υψηλό αριθμό ωρών καθημερινής απασχόλησης χωρίς συστηματική κρατική υποστήριξη, οικονομική ανακούφιση ή επαρκή θεσμική μέριμνα για τη συμφιλίωση της επαγγελματικής και της οικογενειακής τους ζωής (Νταλάκα, 2025; Πασσά και συν, 2025; Κορακίδη και συν, 2025).

Η κατάσταση αυτή καθίσταται ακόμη πιο δραματική και περίπλοκη στην ειδική περίπτωση των φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχιατρικές συννοσηρότητες. Όπως τεκμηριώνεται, η προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας, οι συμπεριφορικές διαταραχές και η γνωστική αποδιοργάνωση των ασθενών αυτών εγκλωβίζουν τους οικογενειακούς φροντιστές σε συνθήκες μόνιμου στρες, κοινωνικής απομόνωσης και σωματικής εξάντλησης (Παπασταύρου, 2005).

Η παντελής έλλειψη εξειδικευμένων δημόσιων δομών βραχείας φιλοξενίας και η περιορισμένη ανάπτυξη Κέντρων Ημέρας αναγκάζει τις ελληνικές οικογένειες να

καταφεύγουν στη μίσθωση αλλοδαπών τυπικών φροντιστών (Νταλάκα, 2025; Πασσά και συν, 2025; Κορακίδη και συν, 2025), οι οποίοι, όπως ανέδειξε η έρευνά μας, στερούνται επαρκούς υγειονομικής παιδείας και αντιμετωπίζουν σοβαρά γλωσσικά εμπόδια στην επικοινωνία τους με το σύστημα υγείας. Συνεπώς, η παρούσα διατριβή αναδεικνύει ότι το έλλειμμα υγειονομικής παιδείας στην Ελλάδα δεν αποτελεί απλώς μια ατομική αδυναμία, αλλά είναι άμεσο απότοκο ενός αποσπασματικού συστήματος υγείας, το οποίο αδυνατεί να καθοδηγήσει, να εκπαιδεύσει και να προστατεύσει τον πληθυσμό των φροντιστών. Καθίσταται, λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη για μια ριζική αναδιάρθρωση της κοινωνικής πολιτικής, η οποία θα θεσμοθετήσει ένα σταθερό πλαίσιο νομικής, οικονομικής και ψυχοεκπαιδευτικής υποστήριξης των φροντιστών, αναγνωρίζοντας τον πολυδιάστατο και αναντικατάστατο ρόλο τους στην κοινότητα (Νταλάκα, 2025; Πασσά και συν, 2025; Κορακίδη και συν, 2025).

6.1 Πλεονεκτήματα της μελέτης

Αρχικά, η μελέτη πραγματεύεται ένα ιδιαίτερα επίκαιρο και σύνθετο ζήτημα, αυτό της υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ατόμων με άνοια και ψυχιατρικές συννοσηρότητες, το οποίο παραμένει ερευνητικά ελλείψεις στην ελληνική βιβλιογραφία. Ένα από τα κυριότερα μεθοδολογικά πλεονεκτήματα αποτελεί η σαφής διάκριση και η συστηματική στατιστική σύγκριση μεταξύ των τυπικών και των άτυπων φροντιστών, επιτρέποντας την ανάδειξη των διαφορετικών αναγκών της κάθε ομάδας ξεχωριστά.

Επιπλέον, το εργαλείο συλλογής δεδομένων ήταν πολυδιάστατο, καλύπτοντας όχι μόνο τη γενική υγειονομική παιδεία, αλλά και εξειδικευμένες πτυχές της, όπως την επικοινωνία με τον ιατρό, την πλοήγηση στο σύστημα υγείας και την παιδεία για τον εμβολιασμό. Ακόμη, η μελέτη χαρακτηρίζεται από ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης που άγγιξε το 95,0%, διασφαλίζοντας την πληρότητα του τελικού δείγματος των 152 συμμετεχόντων.

6.2 Περιορισμοί της μελέτης

Ο βασικότερος περιορισμός αφορά στη χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας και στον περιορισμένο μέγεθος του δείγματος, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού των

φροντιστών. Επιπλέον, ο γεωγραφικός περιορισμός της έρευνας αποκλειστικά εντός της Περιφέρειας Αττικής στερεί τη δυνατότητα καταγραφής των πιθανών ιδιαιτεροτήτων και των αυξημένων δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές που διαμένουν σε επαρχιακές, νησιωτικές ή απομακρυσμένες περιοχές της χώρας, όπου η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι δυσχερέστερη.

Ένας ακόμη περιορισμός είναι ο ίδιος ο συγχρονικός σχεδιασμός της, ο οποίος αποτυπώνει τα δεδομένα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, καθιστώντας αδύνατη τη διερεύνηση αιτιωδών σχέσεων σε βάθος χρόνου ή την παρακολούθηση της μεταβολής των αναγκών των φροντιστών καθώς η άνοια του ασθενούς εξελίσσεται. Τέλος, η συλλογή των δεδομένων βασίστηκε σε αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, γεγονός που ενέχει τον κίνδυνο της υποκειμενικής μεροληψίας (self-reporting bias) ή της κοινωνικής επιθυμητότητας (social desirability bias) από την πλευρά των ερωτηθέντων, καθώς οι συμμετέχοντες ενδέχεται να υπερεκτίμησαν ή να υποεκτίμησαν τις πραγματικές τους ικανότητες και τις συμπεριφορές υγείας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα έρευνα αναδεικνύει ότι το επίπεδο της γενικής, επικοινωνιακής και λειτουργικής υγειονομικής παιδείας των φροντιστών ατόμων με άνοια στην Ελλάδα παραμένει οριζόντια ελλίπες, γεγονός που αντανακλά τη δομική αδυναμία του υγειονομικού συστήματος να καθοδηγήσει και να υποστηρίξει επαρκώς τις οικογένειες στην κοινότητα. Διαπιστώνεται ένα σαφές, διπλό μοτίβο ανισότητας και βιωματικής κρίσης, το οποίο διαφοροποιείται ανάλογα με τον ρόλο του φροντιστή: από τη μία πλευρά, οι αλλοδαποί τυπικοί φροντιστές υστερούν δραματικά στη λειτουργική υγειονομική παιδεία λόγω έντονων γλωσσικών και πολιτισμικών εμποδίων, γεγονός που παρεμποδίζει την κλινική επικοινωνία με τους ιατρούς και εγκυμονεί κινδύνους για την ασφάλεια των ασθενών. Από την άλλη πλευρά, οι ημεδαποί άτυποι φροντιστές, παρά την ανώτερη επικοινωνιακή τους άνεση, έρχονται αντιμέτωποι με μια σοβαρή ψυχοσωματική εξουθένωση. Η στενή συγγενική τους σχέση με τον ασθενή και η καθημερινή έκθεση στη γνωστική του φθορά διογκώνουν το συναισθηματικό βάρος, οδηγώντας τους σε αρνητική αντίληψη για την προσωπική τους υγεία και σε αυξημένη κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών για δικές τους ανάγκες.

Παράλληλα, το μορφωτικό επίπεδο αναδεικνύεται στον πιο καθοριστικό κοινωνικό προσδιοριστή της υγειονομικής παιδείας, καθώς η ανώτατη εκπαίδευση θωρακίζει τον φροντιστή με τις απαραίτητες γνωστικές δεξιότητες για την ορθή επεξεργασία των ιατρικών πληροφοριών και την πλοήγηση στο σύστημα υγείας. Αντίθετα, η συντριπτική έλλειψη οργανωμένης ψυχοεκπαίδευσης στην κοινότητα, σε συνδυασμό με το βαθύ κοινωνικό στίγμα που εξακολουθεί να περιβάλλει τις βαριές ψυχιατρικές συννοσηρότητες στην ελληνική οικογένεια, οδηγεί στη σκόπιμη απόκρυψη των διαγνώσεων, μετατρέποντας την κλινική αλήθεια σε οικογενειακό μυστικό. Η παθητική αυτή στάση, που εντείνεται από τη γενικευμένη αδυναμία των φροντιστών να διεκδικήσουν θεσμικά τα δικαιώματά τους, επιβεβαιώνει ότι τα ελλείμματα υγειονομικής παιδείας δεν αποτελούν μια ατομική αδυναμία, αλλά είναι το άμεσο αποτέλεσμα ενός αποσπασματικού συστήματος πρόνοιας, το οποίο μετακυλύει άτυπα το βάρος της μακροχρόνιας φροντίδας στο σπίτι, αφήνοντας τους φροντιστές αβοήθητους και εκπαιδευτικά ακάλυπτους.

Με βάση τα ευρήματα και τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, κρίνεται σκόπιμη η διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων για τη μελλοντική ερευνητική δραστηριότητα στον τομέα αυτό. Αρχικά, προτείνεται η πραγματοποίηση παρόμοιων ερευνών με τη χρήση μεγαλύτερων και πιο αντιπροσωπευτικών δειγμάτων, τα οποία θα περιλαμβάνουν φροντιστές από διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας (αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές), προκειμένου να καταστεί δυνατή η γενίκευση των συμπερασμάτων σε εθνικό επίπεδο. Επιπλέον, κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών που θα παρακολουθούν τους ίδιους φροντιστές σε βάθος χρόνου, ώστε να αποτιμηθεί με ακρίβεια πώς μεταβάλλεται το επίπεδο της υγειονομικής τους παιδείας και πώς κλιμακώνεται η ψυχοσωματική τους καταπόνηση καθώς προοδεύουν τα στάδια της άνοιας και της ψυχιατρικής συννοσηρότητας των ασθενών.

Παράλληλα, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν στον σχεδιασμό και την πειραματική αξιολόγηση, μέσω τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών συγκεκριμένων ψηφιακών παρεμβάσεων υγείας, όπως εξειδικευμένων εφαρμογών για κινητά τηλέφωνα ή διαδικτυακών πλατφορμών υποστήριξης. Τέτοιες έρευνες θα επιτρέψουν να μετρηθεί αντικειμενικά η αποτελεσματικότητα των ψηφιακών εργαλείων στη μείωση του βάρους των άτυπων φροντιστών και στη γεφύρωση του

ελλείμματος επικοινωνίας και πλοήγησης των αλλοδαπών τυπικών φροντιστών. Τέλος, προτείνεται η υιοθέτηση μικτών μεθοδολογικών προσεγγίσεων, οι οποίες θα συνδυάζουν την ποσοτική ανάλυση με ποιοτικές τεχνικές, όπως η διεξαγωγή εις βάθος συνεντεύξεων ή ομάδων εστίασης, προσφέροντας μια ακόμη πιο ολοκληρωμένη και βιωματική αποτύπωση των καθημερινών προκλήσεων, των προσδοκιών και των αναγκών των φροντιστών εντός του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

Ευελπιστώ ότι τα συμπεράσματα της μελέτης θα αποτελέσουν ένα γόνιμο έναυσμα για την ανάληψη στοχευμένων παρεμβάσεων και την ενσωμάτωση καινοτόμων εργαλείων υγείας, συμβάλλοντας καθοριστικά στην ανακούφιση της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών, στη γεφύρωση των επικοινωνιακών ελλειμμάτων των τυπικών φροντιστών και, εν τέλει, στην αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης υποστηρικτικής φροντίδας για τους ασθενείς με άνοια στη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Κορακίδη, Ι., Αποστολάκης, Ι., & Σαράφης, Π. (2025). Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Φροντίδας και ο Ρόλος της Άτυπης Φροντίδας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(3): 43-50, <https://doi.org/10.24283/hjns.202536>

Μαντζώρου, Μ., Καλοκαιρινού, Α., Οικονόμου, Μ., & Κουκιά, Ε. (2017). Το στίγμα στην άνοια. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 9(4), 141–155.

Νταλάκα Ε. (2017). Συμφιλίωση Επαγγελματικής - Οικογενειακής / Προσωπικής Ζωής: Νομοθετικές Παρεμβάσεις για τους / τις φροντιστές / τριες (Carers) στην Ελλάδα. Κοινωνική Πολιτική, 3, 49–73. <https://doi.org/10.12681/sp.10589>

Παπασταύρου, Ε. (2005). Η επιβάρυνση της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με τη νόσο Alzheimer και άλλες σχετικές άνοιες (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Ψυχικής Υγείας και Επιστημών Συμπεριφοράς). <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/21286>

Πασσά, Α., Αποστολάκης, Ι., & Σαράφης, Π. (2025). Οι άτυποι φροντιστές στη μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Επιστημονικά Χρονικά, 30(3), 404-414.

Ξενόγλωσση

Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review. Cureus, 15(5), e39549. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>

Albani, E. N., Toska, A., Togas, C., Rigatos, S., Vus, V., Fradelos, E. C., Tzenalis, A., & Saridi, M. (2024). Burden of Caregivers of Patients with Chronic Diseases in Primary Health Care: A Cross-Sectional Study in Greece. Nursing reports (Pavia, Italy), 14(3), 1633–1646. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030122>

Allen, A. P., Buckley, M. M., Cryan, J. F., Ní Chorcoráin, A., Dinan, T. G., Kearney, P. M., ... & Molloy, D. W. (2020). Informal caregiving for dementia patients: the contribution of patient characteristics and behaviours to caregiver burden. Age and ageing, 49(1), 52-56.

Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman medical journal*, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>

Alzheimer's Association. (2025). 2025 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*, 21(4):e70235. doi: 10.1002/alz.70235

Alzheimer's Society. (2024). Replacement care (respite care) in England. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/help-dementia-care/replacement-care-respite-care-england>

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Andrulis, D. P., & Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American journal of health behavior*, 31 Suppl 1(Suppl 1), S122–S133. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S122>

Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA*, 322(16), 1589–1599. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782>

Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *PharmacoEconomics*, 26(2), 149–162.

Becerra Carrillo, N., Guasconi, M., & Barello, S. (2024). The Impact of Caregiver Affiliate Stigma on the Psychosocial Well-Being of Caregivers of Individuals with Neurodegenerative Disorders: A Scoping Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(19), 1957. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191957>

Berkman, N. D., et al. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med* 155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 15(sup2), 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>

Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228.

Cabezas, M. F., Nazar, G., Ranchor, A. V., & Annema, C. (2025). The Effect of Health Literacy Interventions on Self-management in Chronic Diseases: A Systematic Review. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 59(1), kaaf073. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaf073>

Chadda R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian journal of psychiatry*, 56(3), 221–227. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.140616>

Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalaman, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., Visvalingam, U., Roslan, S., Abd Rahman, F. N., & Lee, K. W. (2022). Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(12), 2423. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122423>

Chien, S. Y., Zaslavsky, O., & Berridge, C. (2024). Technology Usability for People Living With Dementia: Concept Analysis. *JMIR aging*, 7, e51987. <https://doi.org/10.2196/51987>

Chin K. S. (2023). Pathophysiology of dementia. *Australian journal of general practice*, 52(8), 516–521. <https://doi.org/10.31128/AJGP-02-23-6736>

Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Schulz R, Eden J, editors. *Families Caring for an Aging America*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 8. 3, Family Caregiving Roles and Impacts. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>

Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *Journal of environment and health sciences*, 6(1), 3061.

Coutinho Borges, B. E., Dantas, A. C., Machado de Lima, J. P., Bezerra da Silva, C. L., da Conceição Dias Fernandes, M. I., & Fortes Vitor, A. (2025). Analysis of the concept of caregiver role strain in informal caregivers: an approach according to Meleis. *Revista Cuidarte*, 16(1), e4000. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4000>

Devor, M., & Renvall, M. (2008). An educational intervention to support caregivers of elders with dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 23(3), 233–241. <https://doi.org/10.1177/1533317508315336>

de Levante Raphael, D., Kasselmann, L. J., Drewes, W., Wolff, I., Betlow, L., Leon, J. D., & Reiss, A. B. (2026). The Impact of Dementia Caregiving on the Health of the Spousal Caregiver. *Medicina*, 62(4), 796. <https://doi.org/10.3390/medicina62040796>

Dietscher, C., Pelikan, J., Bobek, J., Nowak, P., & World Health Organization. (2019). The action network on measuring population and organizational health literacy (M-POHL): a network under the umbrella of the WHO European health information initiative (EHII). *Public health panorama*, 5(01), 65–71.

Efthymiou, A., Papastavrou, E., Middleton, N., Markatou, A., & Sakka, P. (2020). How caregivers of people with dementia search for dementia-specific information on the internet: survey study. *JMIR aging*, 3(1), e15480.

Efthymiou, A., Papastavrou, E., Middleton, N., Papastavrou E (2019). Adapting the eHealth Literacy Scale for Carers of People With Chronic Diseases (eHEALS-Carer) in a Sample of Greek and Cypriot Carers of People With Dementia. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e12504.

Efthymiou, A., Menikou, I., Stylianides, A., Geronikola, N., Ilieva, I., Kancheva, I., ... & Papastavrou, E. (2020). eHealth literacy training among Carers of older people and people with dementia: A modified Delphi survey. In *The Importance of Health Informatics in Public Health during a Pandemic* (pp. 119-122). 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London, EC1Y 1SP: SAGE Publications.

Fekadu, W., Mihiretu, A., Craig, T. K. J., & Fekadu, A. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ open*, 9(12), e032391. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032391>

Finbråten, H. S., Nowak, P., Griebler, R., Bíró, É., Vrdelja, M., Charafeddine, R., Griese, L., Bøggild, H., Schaeffer, D., Link, T., Kucera, Z., Mancini, J., & Pelikan, J. M. (2022). The HLS19-COM-P, a New Instrument for Measuring Communicative Health Literacy in Interaction with Physicians: Development and Validation in Nine European Countries. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 11592. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811592>

Flokou,A.;Theodorou,P.; Niakas, D.A.; Kostagiolas, P. The Greek Versions of the HLS19 Health Literacy Instruments (HLS19-NAV-GR, HLS19-COM-GR, and HLS19-VAC GR): Translation, Cultural Adaptation, and Descriptive Pilot Evaluation. *Healthcare* 2025, 13, 2541. <https://doi.org/10.3390/healthcare13192541>

Girdhar, A., & Patil, R. (2023). Caregivers' Burden in Patients With Bipolar Disorder and Schizophrenia and Its Relationship With Anxiety and Depression in Caregivers: A Narrative Review. *Cureus*, 15(10), e47497. <https://doi.org/10.7759/cureus.47497>

Grande, G., Shield, T., Bayliss, K., et al. Understanding the potential factors affecting carers' mental health during end-of-life home care: a meta synthesis of the research literature [Internet]. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research; 2022 Dec 21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589776/>

Griese, L., Finbråten, H. S., Francisco, R., De Gani, S. M., Griebler, R., Guttersrud, ., Jaks, R., Le, C., Link, T., Silva da Costa, A., Telo de Arriaga, M., Touzani, R., Vrdelja, M.,

Pelikan, J. M., Schaeffer, D., & HLS19 Consortium (2022). HLS19-NAV-Validation of a New Instrument Measuring Navigational Health Literacy in Eight European Countries. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 13863. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113863>

Goto, Y., Morita, K., Suematsu, M., Imaizumi, T., & Suzuki, Y. (2023). Caregiver Burdens, Health Risks, Coping and Interventions among Caregivers of Dementia Patients: A Review of the Literature. *Internal medicine* (Tokyo, Japan), 62(22), 3277–3282. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0911-22>

Häikiö, K., Cloutier, D., & Rugkåsa, J. (2020). Is health literacy of family carers associated with carer burden, quality of life, and time spent on informal care for older persons living with dementia?. *PloS one*, 15(11), e0241982. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241982>

Hellenic Ministry of Health. (2016). National action plan for dementia - Alzheimer's disease (E. Mitropoulou, Trans.). Working Group for the National Action Plan for Dementia.

Honda, A., Nishida, T., Ono, M., Tsukigi, T., & Honda, S. (2025). Impact of Financial Burden on Family Caregivers of Older Adults Using Long-Term Care Insurance Services. *SAGE open nursing*, 11, 23779608251383386. <https://doi.org/10.1177/23779608251383386>

Howick, J., Bennett-Weston, A., Solomon, J., Nockels, K., Bostock, J., & Keshtkar, L. (2024). How does communication affect patient safety? Protocol for a systematic review and logic model. *BMJ open*, 14(5), e085312. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085312>

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186.

Kaçan, H., & Sakız, H. (2025). Impact of a Psychoeducation on Caregiver Burden, Internalized Stigma, Anxiety, and Coping in Caregivers of Children With Epilepsy: A Randomized Pilot Study. *Nursing & health sciences*, 27(2), e70095. <https://doi.org/10.1111/nhs.70095>

Kalaitzaki, A., Koukouli, S., Panagiotakis, S., & Tziraki, C. (2022). Resilience in a Greek Sample of Informal Dementia Caregivers: Familism as a Culture-Specific Factor. *The Journal of frailty & aging*, 11(3), 299–301. <https://doi.org/10.14283/jfa.2022.31>

Kalhovde, A. M., & Kitzmüller, G. (2024). Family Caregivers' Trajectories of Distress While Caring for a Person With Serious Mental Illness. *Qualitative health research*, 34(1-2), 154–165. <https://doi.org/10.1177/10497323231203627>

Kavga, A., Kalemikerakis, I., Faros, A., Milaka, M., Tsekoura, D., Skoulitou, M., Tsatsou, I., & Govina, O. (2021). The Effects of Patients' and Caregivers' Characteristics on the Burden of Families Caring for Stroke Survivors. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7298. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147298>

Kayupova, G., Takuadina, A., Bolatova, Z., Dauletkaliyeva, Z., Yerdessov, N., Nukeshtayeva, K., & Zhamantayev, O. (2024). General, Vaccination, Navigational and Digital Health Literacy of Students Enrolled in Different Medical and Health Educational Programs. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(9), 907. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090907>

Kennedy S. H. (2008). Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(3), 271–277. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/shkennedy>

Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6455. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186455>

Kinchin, I., Edwards, L., Adrion, E., Chen, Y., Ashour, A., Leroi, I., Brugulat-Serrat, A., Phillips, J., Masterson, F., & Kochovska, S. (2022). Care partner needs of people with neurodegenerative disorders: What are the needs, and how well do the current assessment tools capture these needs? A systematic meta-review. *International journal of geriatric psychiatry*, 37(7), 10.1002/gps.5764. <https://doi.org/10.1002/gps.5764>

Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2010). Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *The American journal of psychiatry*, 167(11), 1305–1320. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.10030434>

Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J., & Querido, A. (2023). Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: An Evolutionary Concept Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>

Leocadie, M. C., Morvillers, J. M., Pautex, S., & Rothan-Tondeur, M. (2020). Characteristics of the skills of caregivers of people with dementia: observational study. *BMC family practice*, 21(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01218-6>

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, 8(2), e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*.

Lo R. Y. (2019). Uncertainty and health literacy in dementia care. *Tzu chi medical journal*, 32(1), 14–18. https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_116_19

Lorini, C., Buscemi, P., Mossello, E., et al. (2023). Health literacy of informal caregivers of older adults with dementia: results from a cross-sectional study conducted in Florence (Italy). *Aging clinical and experimental research*, 35(1), 61–71. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02271-0>

Lui, F., & Tsao, J. W. (2024). Alzheimer Disease. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Lyu, X., Li, J., & Li, S. (2024). Approaches to Reach Trustworthy Patient Education: A Narrative Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(23), 2322. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232322>

Mitrakos, T. M., & Simigiannis, G. T. (2009). The determinants of Greek household indebtedness and financial stress. *Economic Bulletin*, (32), 43–64.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Jun. PMID: 30011160

National Health Service. (2025). Overview - Depression in adults. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/depression-in-adults/overview/>

National Institute on Aging. (2025). *How Alzheimer's disease is treated*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-treatment/how-alzheimers-disease-treated>

National Institute of Mental Health. (2024). Bipolar disorder. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder>

Nevill, T., Keeley, J., Hunt, S., Skoss, R., Lindly, O., Downs, J., & Blackmore, A. M. (2025). Efficacy of Health Literacy Interventions for Caregivers of Individuals with

Neurodevelopmental and Chronic Conditions: A Rapid Review. *Children*, 12(1), 9.
<https://doi.org/10.3390/children12010009>

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A., editors. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press (US); (2004). What Is Health Literacy? Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 183-184.

O'Connor, R., Bonham, M., Magnuson, G., Opsasnick, L., Hurtado, J., Yoshino Benavente, J., Curtis, L. M., & Wolf, M. S. (2023). Caregiver health literacy and health task performance: Findings from the LitCog caregiver cohort study. *PEC innovation*, 3, 100240.
<https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100240>

Oh, K. M., Hong, S. R., Beran, K., Song, Y., & Lee, J. A. (2025). Digital Health Literacy and Self-Efficacy in Using Digital Health Resources Among Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Sage open aging*, 11, 30495334251398089. <https://doi.org/10.1177/30495334251398089>

Oliva, V., Fico, G., De Prisco, M., Gonda, X., Rosa, A. R., & Vieta, E. (2024). Bipolar disorders: an update on critical aspects. *The Lancet regional health. Europe*, 48, 101135. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101135>

Otis-Green, S., & Juarez, G. (2012). Enhancing the social well-being of family caregivers. *Seminars in oncology nursing*, 28(4), 246–255.
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2012.09.007>

Parker, M., Barlow, S., Hoe, J., & Aitken, L. (2020). Persistent barriers and facilitators to seeking help for a dementia diagnosis: a systematic review of 30 years of the perspectives of carers and people with dementia. *International psychogeriatrics*, 32(5), 611-634.

Parnell, T. A. (2014). *Health literacy in nursing: Providing person-centered care*. Springer Publishing Company. https://www.springerpub.com/health-literacy-in-nursing-9780826161727.html?srsId=AfmBOorVHOt5JJU14ddVqW2oZTt4pBqFFQxCMwQgt4I4km_sx1_vdHCPq

Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, 39(9), 638–645.

Pelikan, J.M.; Link, T.; Straßmayr, C.; Waldherr, K.; Alferts, T.; Bøggild, H.; Griebler, R.; Lopatina, M.; Mikšová, D.; Nielsen, M.G.; et al. Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 14129. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129>

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., et al. (200). Family burden and functioning in bipolar affective disorder: a cluster analytic approach. *J Nerv Ment Dis* 196(6):484-91. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181773927

Poreddi, V., BIrudu, R., Thimmaiah, R., & Math, S. B. (2015). Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: A descriptive survey. *Journal of neurosciences in rural practice*, 6(3), 355–360. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.154571>

Poureslami, I., Nimmon, L., Rootman, I., & Fitzgerald, M. J. (2017). Health literacy and chronic disease management: drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health promotion international*, 32(4), 743–754. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw003>

Reinhard, S.C., Given, B., Petlick, N.H., et al. Supporting Family Caregivers in Providing Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>

Rees, J., Burton, A., Walters, K., & Cooper, C. (2023). Exploring the provision and support of care for long-term conditions in dementia: A qualitative study combining interviews and document analysis. *Dementia (London, England)*, 22(4), 820–837. <https://doi.org/10.1177/14713012231161854>

Rowlands G. (2014). Health literacy. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 10(7), 2130–2135. <https://doi.org/10.4161/hv.29603>

Roxburgh, E., Taylor, B. L., Rammou, A., & Hodgekins, J. (2025). Experiences of informal caregivers supporting individuals diagnosed with bipolar disorder: a systematic review and thematic synthesis. *International journal of bipolar disorders*, 13(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40345-025-00391-w>

Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2022). Mental Health Literacy: It Is Now Time to Put Knowledge into Practice. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7030. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127030>

Schlacher, A., Nowak, P., Straßmayr, C., Bonaccorsi, G., De Gani, S. M., Dietscher, C., ... & Kosakowski, R (2023). WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)Health literacy policies – how can they be developed and implemented? A guide for policy and decision makers. International Coordination Center of M-POHL at the Austrian National Public Health Institute, Vienna. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/2024-03/Guide_health-literacy-policies.pdf

Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family Caregiving for Older Adults. Annual review of psychology, 71, 635–659. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>

Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. BMC health services research, 22(1), 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>

Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Bashirian, S. (2015). Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. Iranian journal of psychiatry, 10(4), 239–245.

Sheehan, J., Laver, K., Bhojti, A., Rahja, M., Usherwood, T., Clemson, L., & Lannin, N. A. (2021). Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. Journal of multidisciplinary healthcare, 14, 493–511. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S295549>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80.

Stathopoulou, A., & Fragkiadakis, G. F. (2023). Assessment of psychological distress and quality of life of family caregivers caring for patients with chronic diseases at home. AIMS public health, 10(2), 456–468. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2023032>

Stratakis, E., Mantzorou, M., Kalemikerakis, I., Kavga, A., & Plakas, S. (2020). Newer Guidelines For Caregivers Of Patients With Dementia: A Systematic Review. Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA, 9(4 October-December 2020), 233-245.

Syed, M. A., Alnuaimi, A. S., & Syed, M. A. (2025). Exploring health literacy pertaining to general wellbeing and chronic disease management among population registered within Primary Healthcare System: A Study protocol. PloS one, 20(10), e0333194. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0333194>

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2025, August 6). *The HLS19-Q12 instrument to measure general health literacy* (Factsheet). Austrian National

Public Health Institute. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/Factsheet_p%20HLS19-Q12_20250806.pdf

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2024). *The HLS19-DIGI instruments for measuring digital health literacy* (Updated version May 2025, Factsheet). Austrian National Public Health Institute, Vienna. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/Factsheet_p%20HLS19-DIGI_updated%20May%202025_2.pdf

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2023). The HLS19-COM-P instrument for measuring communicative health literacy with physicians in health care services (Factsheet). Austrian National Public Health Institute, Vienna. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/Factsheet_p%20HLS19-COM-P_1_2.pdf

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2023, August). The HLS19-VAC instrument for measuring vaccination literacy (Factsheet). Austrian National Public Health Institute. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/Factsheet_p%20HLS19-VAC_1.pdf

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2023, August). The HLS19-NAV instrument for measuring navigational health literacy (Factsheet). Austrian National Public Health Institute, Vienna. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/Factsheet_p%20HLS19-NAV_1.pdf

Truong, M., & Fenton, S. H. (2022). Understanding the Current Landscape of Health Literacy Interventions within Health Systems. Perspectives in health information management, 19(Spring):1h. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9123532/>

Turcu, S., Glavce, C. S., & Tatomirescu, L. F. (2026). Psychological Profiles and Resilience in Family Caregivers of People with Dementia: A Latent Profile Analysis. Psychiatry International, 7(1), 23. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint7010023>

van Kessel, R., Wong, B. L. H., Clemens, T., & Brand, H. (2022). Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. Internet interventions, 27, 100500. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100500>

van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. Lancet (London, England), 374(9690), 635–645. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8)

Verbakel, E., Metzelthin, S. F., & Kempen, G. I. (2018). Caregiving to older adults: Determinants of informal caregivers' subjective well-being and formal and informal support as alleviating conditions. The Journals of Gerontology: Series B, 73(6), 1099-1111.

Vervoort, I., Delger, C., & Soubry, A. (2022). A multifactorial model for the etiology of neuropsychiatric disorders: the role of advanced paternal age. *Pediatric research*, 91(4), 757–770. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01435-4>

Vu, M., Mangal, R., Stead, T., Lopez-Ortiz, C., & Ganti, L. (2022). Impact of Alzheimer's Disease on Caregivers in the United States. *Health psychology research*, 10(3), 37454. <https://doi.org/10.52965/001c.37454>

Wang, S., Shan, Q., Cheung, D. S. K., Xu, X., Leung, I. S. H., & Leung, A. Y. M. (2022). Influence of dementia literacy and caregiving appraisal on the psychological wellbeing of informal caregivers of people with dementia: A cross-sectional study. *Frontiers in medicine*, 9, 971481. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.971481>

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

World Health Organization (2026). Health literacy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

World Health Organization (2025). WHO Updates Fact sheet on Dementia fact. <https://communitymedicine4asses.wordpress.com/2025/04/04/who-updates-fact-sheet-on-dementia-31-march-2025/>

World Health Organization (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

World Health Organization (2025). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization (2023). Depression fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization (2021). Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9e8aab50-ca34-45e0-9fb0-26e675746f65/content>

Yang Y. (2022). Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. *BMC health services research*, 22(1), 1172. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08550-w>

Yarns, B. C., Holiday, K. A., Carlson, D. M., Cosgrove, C. K., & Melrose, R. J. (2022). Pathophysiology of Alzheimer's Disease. *The Psychiatric clinics of North America*, 45(4), 663–676. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.07.003>

Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.

Zavras D. (2022). Determining the Cut-Off Points of the Self-Rated Health Visual Analogue Scale for Patients with Depression in Greece. Hellenic Journal of Nursing Science 15(2): 33-39, <https://doi.org/10.24283/hjns.202223>

Zhai, S., Chu, F., Tan, M., Chi, N. C., Ward, T., & Yuwen, W. (2023). Digital health interventions to support family caregivers: An updated systematic review. Digital health, 9, 20552076231171967. <https://doi.org/10.1177/20552076231171967>

Zwaanswijk, M., Peeters, J. M., van Beek, A. P., Meerveld, J. H., & Francke, A. L. (2013). Informal caregivers of people with dementia: problems, needs and support in the initial stage and in subsequent stages of dementia: a questionnaire survey. The open nursing journal, 7, 6–13. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010006>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

“Διερεύνηση της Υγειονομικής Παιδείας των φροντιστών ασθενών με άνοια, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα”

Εισαγωγικό κείμενο

Προσκαλείστε να αφιερώσετε λίγα λεπτά από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρακάτω ανώνυμου ερωτηματολογίου. Η αναζήτηση κατανοητών, έγκυρων και χρήσιμων πληροφοριών για θέματα υγείας δεν είναι πάντα εύκολη υπόθεση. Με τις παρακάτω ερωτήσεις θα θέλαμε να μάθουμε ποιες δραστηριότητες που σχετίζονται με την διαχείριση πληροφοριών για την υγεία σας είναι πιο εύκολες ή πιο δύσκολες.

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις λαμβάνοντας υπόψη ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και αυστηρά εμπιστευτικές στο πλαίσιο της τήρησης των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν τις κοινωνικές έρευνες. Η συμπλήρωση του

ερωτηματολογίου πληροί τους κανόνες GDPR και η συναίνεση για τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα είναι απαραίτητη.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο σας και την εθελοντική συμμετοχή σας. Για οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση παραμένουμε στη διάθεσή σας.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Φοιτητής / τρια: email (& τηλ. επικ.)

{Επιβλέπον / Επιβλέπουσα: Παναγιώτης Θεοδώρου, panostheodor@yahoo.gr

Φόρμα συγκατάθεσης & συναίνεσης:

- Επιβεβαιώνω ότι είμαι ενήλικος/η (άνω των 18 ετών), κατοικώ μόνιμα στην Ελλάδα και κατανοώ πολύ καλά την Ελληνική γλώσσα.
- Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις παραπάνω πληροφορίες για την παρούσα έρευνα.
- Καταλαβαίνω ότι τα δεδομένα μου θα είναι ανώνυμα και η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική.
- Συμφωνώ και επιτρέπω τα δεδομένα που συλλέγονται να χρησιμοποιηθούν για ερευνητικές δημοσιεύσεις.

Συμφωνώ με τις παραπάνω δηλώσεις και επιθυμώ να λάβω μέρος στην έρευνα με τίτλο «Διερεύνηση της Υγειονομικής Παιδείας των φροντιστών ασθενών με άνοια, με ή χωρίς ψυχιατρική συννοσηρότητα» (σημειώστε με x το αντίστοιχο τετραγωνάκι):

Ναι, συμφωνώ

Όχι, δεν

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

A.1. Φύλο

α. Άνδρας

β. Γυναίκα

γ. Άλλο Εάν θέλετε, προσδιορίστε

A.2. Ηλικία (συμπληρωμένα έτη)

α. 18-25 έτη

β. 26-35 έτη

γ. 36-45 έτη

δ. 46-55 έτη

ε. 56-65 έτη

στ. 66-75 έτη

ζ. 76 έτη και άνω

A.3. Οικογενειακή κατάσταση:

A. Άγαμος\η

B. Έγγαμος\η-Σύμφωνο συμβίωσης

Γ. Διαζευγμένος\η

Δ. Χήρος/α

A.4. Αριθμός παιδιών:

A.5. Περιφερειακή ενότητα (Νομός) μόνιμης κατοικίας:

.....

A.6. Ποιο είναι το υψηλότερο ολοκληρωμένο επίπεδο εκπαίδευσης;

α. Απολυτήριο Δημοτικού/ Απολυτήριο Γυμνασίου/ Πτυχίο Επαγγελματικής Σχολής
1

β. Απολυτήριο Λυκείου/Πτυχίο Μεταδευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Ι.Ε.Κ., κτλ.)

γ. Πτυχίο ΤΕΙ, ΑΤΕΙ, ΑΕΙ και ισότιμοι τίτλοι σπουδών

δ. Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

ε. Κανένα (δεν έχει ολοκληρωθεί το Δημοτικό)

A.7. Αισθάνεστε οικονομική στενότητα για την κάλυψη βασικών αναγκών;

α. Καμία οικονομική στενότητα

β. Περιορισμένη οικονομική στενότητα

γ. Μεγάλη οικονομική στενότητα

δ. Πολύ μεγάλη οικονομική στενότητα

A.8. Έτη απασχόλησης συνολικά ως φροντιστής:

A. 0-5

B. 6-10

Γ. 11-15

Δ. 16-20

E. 20+

A.9. Αυτοαντιλαμβανόμενο κοινωνικό επίπεδο:

1 (χαμηλό επίπεδο), 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 (υψηλό επίπεδο)

A.10. Ποια είναι η χώρα καταγωγής σας;

.....

B. ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

B.1. Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας, πόσο συχνά γυμνάζεστε συνεχόμενα για τουλάχιστον 30 λεπτά (περπάτημα, ποδήλατο, γυμναστήριο κτλ.);

α. Από 4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα

β. Από 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα

γ. Λιγότερο από 1 ημέρα την εβδομάδα ή 1 ημέρα την εβδομάδα

δ. Ποτέ/καθόλου

B.2. Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας, πόσο συχνά καταναλώνετε τουλάχιστον μία μερίδα λαχανικών ή σαλάτας;

α. Από 4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα

β. Από 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα

γ. Λιγότερο από 1 ημέρα την εβδομάδα ή 1 ημέρα την εβδομάδα

δ. Ποτέ/καθόλου

B.3. Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας, πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά (κρασί, μύρα, ούζο κ.ό.κ.);

α. Από 4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα

β. Από 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα

γ. Λιγότερο από 1 ημέρα την εβδομάδα ή 1 ημέρα την εβδομάδα

δ. Ποτέ/καθόλου

B.4. Καπνίζετε;

α. Από 4 έως 7 ημέρες την εβδομάδα

β. Από 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα

γ. Λιγότερο από 1 ημέρα την εβδομάδα ή 1 ημέρα την εβδομάδα

δ. Ποτέ/καθόλου

ε. Κάπνιζα στο παρελθόν αλλά έχω διακόψει για περισσότερο από 6 μήνες

στ. Κάνω αποκλειστική χρήση ηλεκτρονικού τύπου τσιγάρου

Γ. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Γ.1. Σε γενικές γραμμές, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;

- α. Πολύ καλή
- β. Καλή
- γ. Μέτρια
- δ. Κακή
- ε. Πολύ κακή

Γ.2. Έχετε χρόνια πρόβλημα υγείας / πάθηση / αναπηρία; (Χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση θεωρείται το πρόβλημα υγείας που διαρκεί περισσότερους από 6 μήνες, με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή):

- α. Κανένα
- β. Ένα χρόνια πρόβλημα / πάθηση / αναπηρία
- γ. Περισσότερα από ένα χρόνια προβλήματα / παθήσεις / αναπηρίες

Γ.3. Έχετε περιορίσει, λόγω προβλήματος υγείας, κάποιες συνηθισμένες δραστηριότητες (περπάτημα, καθημερινές ασχολίες κτλ.) που συνηθίζατε για διάστημα 6 μηνών ή και περισσότερο;

- α. Όχι, καθόλου
- β. Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ
- γ. Ναι, πάρα πολύ

Γ.4. Κατά τους τελευταίους 6 μήνες, πόσες φορές χρειάστηκε να....:

Γ.4.1. ...λάβετε φάρμακα με συνταγή ιατρού;

- α. Καμία φορά
- β. 1 – 3 φορές
- γ. 4 + φορές

Γ.4.2. ...επισκεφθείτε άλλον επαγγελματία υγείας, όπως Φυσικοθεραπευτή, Λογοθεραπευτή κτλ.;

- α. Καμία φορά
- β. 1 – 3 φορές
- γ. 4 + φορές

Γ.4.3. ...επισκεφθείτε κάποιον γενικό/οικογενειακό ιατρό για δικό σας θέμα υγείας;

α. Καμία φορά

β. 1 – 3 φορές

γ. 4 + φορές

Γ.4.4. ...επισκεφθείτε κάποιον ειδικευμένο ιατρό (Χειρουργό, Ορθοπαιδικό, Οφθαλμίατρο, κτλ.) για δικό σας θέμα υγείας;

α. Καμία φορά

β. 1 – 3 φορές

γ. 4 + φορές

Γ.4.5. ...απευθυνθείτε/μεταφερθείτε σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών;

α. Καμία φορά

β. 1 – 3 φορές

γ. 4 + φορές

Γ.4.6. ...κάνετε εισαγωγή σε νοσοκομείο ως ασθενής για νοσηλεία;

α. Καμία φορά

β. 1 – 3 φορές

γ. 4 + φορές

Γ.5. Ακολουθείτε το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών για την ηλικιακή ομάδα που ανήκετε;

α. Ναι

β. Σε κάποιο βαθμό

γ. Όχι

Δ. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΕ ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η εμπιστοσύνη στις πηγές πληροφόρησης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αναζήτηση, κατανόηση και αξιοποίηση πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία.

Σε μία κλίμακα από «υψηλή εμπιστοσύνη» έως «υψηλή δυσπιστία», πόση εμπιστοσύνη θα λέγατε ότι έχετε στις παρακάτω πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας;

1 = Υψηλή εμπιστοσύνη

2 = Εμπιστοσύνη

3 = Ούτε εμπιστοσύνη ούτε δυσπιστία

4 = Δυσπιστία

5 = Υψηλή δυσπιστία

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Δ.1 Στους ιατρούς

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Δ.2 Στους νοσηλευτές

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Δ.3 Στους φαρμακοποιούς

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Δ.4 Στους ψυχολόγους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Δ.5 Στις διαδικτυακές πηγές πληροφόρησης για θέματα υγείας

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Δ.6 Στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Instagram, TikTok κ.ά.)

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Δ.7 Ποια είναι η ιδιότητά σας ως φροντιστής;

- ☐ Μέλος οικογένειας (άτυπος φροντιστής)
- ☐ Επαγγελματίας φροντιστής
- ☐ Οικιακός βοηθός / εσωτερικός φροντιστής
- ☐ Άλλο _____

Δ.8 Ποια είναι η σχέση σας με τον ασθενή;

- ☐ Σύζυγος
- ☐ Γιος/Κόρη
- ☐ Αδελφός/Αδελφή
- ☐ Γονέας
- ☐ Άλλος συγγενής
- ☐ Μη συγγενικό πρόσωπο
- ☐ Επαγγελματίας φροντιστής

Δ.9 Πόσα χρόνια παρέχετε φροντίδα στον συγκεκριμένο ασθενή;

- ☐ Λιγότερο από 1 έτος
- ☐ 1–3 έτη
- ☐ 4–6 έτη
- ☐ 7–10 έτη
- ☐ Πάνω από 10 έτη

Δ.10 Πόσες ώρες ημερησίως παρέχετε φροντίδα;

- ☐ Λιγότερο από 2 ώρες
- ☐ 2–4 ώρες

- ☐ 5–8 ώρες
- ☐ Πάνω από 8 ώρες

Δ.11 Διαμένετε μόνιμα στο σπίτι του ασθενούς;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Δ.12 Είστε ο αποκλειστικός φροντιστής του ασθενούς;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Σε συνεργασία με άλλα άτομα

Δ.13 Υπάρχουν άλλα μέλη της οικογένειας που συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα;

- ☐ Ναι, καθημερινά
- ☐ Ναι, περιστασιακά
- ☐ Όχι

Δ.14 Ποια είναι η κύρια διάγνωση του ασθενούς;

- ☐ Νόσος Alzheimer
- ☐ Αγγειακή άνοια
- ☐ Άνοια με σωμάτια Lewy
- ☐ Μετωποκροταφική άνοια
- ☐ Άλλη μορφή άνοιας
- ☐ Δεν γνωρίζω

Δ.15 Ο ασθενής παρουσιάζει ψυχιατρική συννοσηρότητα;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν γνωρίζω

Αν ναι, ποια;

- ☐ Κατάθλιψη
- ☐ Αγχώδης διαταραχή
- ☐ Διπολική διαταραχή.
- ☐ Σχιζοφρένεια
- ☐ Άλλη

Δ.16 Έχετε συμμετάσχει ποτέ σε οργανωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης ή ψυχοεκπαίδευσης για φροντιστές;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν θυμάμαι

Δ.17 Αν ναι, μέσω ποιου φορέα συμμετείχατε; Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων

- ☐ Κέντρο Ημέρας Άνοιας
- ☐ Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών
- ☐ Νέστορ ψυχογηριατρική εταιρεία
- ☐ Κέντρο Ψυχικής Υγείας.
- ☐ Νοσοκομείο ή Μονάδα Υγείας.
- ☐ Δήμος ή Κοινωνική Υπηρεσία.
- ☐ Ευρωπαϊκό ή συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα.
- ☐ Διαδικτυακό πρόγραμμα. ☐ Άλλο

Δ.18 Πόσο χρήσιμη θεωρείτε ότι ήταν η εκπαίδευση που λάβατε;

- ☐ Καθόλου χρήσιμη
- ☐ Λίγο χρήσιμη
- ☐ Μέτρια χρήσιμη.
- ☐ Πολύ χρήσιμη.
- ☐ Πάρα πολύ χρήσιμη

Δ.19 Θεωρείτε ότι η εκπαίδευση βελτίωσε τις γνώσεις και τις δεξιότητές σας ως φροντιστή;

- ☐ Καθόλου
- ☐ Λίγο
- ☐ Μέτρια
- ☐ Πολύ
- ☐ Πάρα πολύ

Δ.20 Πόσο καλά κατανοείτε την ελληνική γλώσσα;

- ☐ Καθόλου
- ☐ Λίγο
- ☐ Μέτρια
- ☐ Καλά
- ☐ Πολύ καλά / Άριστα

Δ.21 Πόσο εύκολο είναι να κατανοείτε ιατρικές ή νοσηλευτικές οδηγίες στην ελληνική γλώσσα;

- ☐ Πολύ εύκολο
- ☐ Εύκολο
- ☐ Ούτε εύκολο ούτε δύσκολο
- ☐ Δύσκολο
- ☐ Πολύ δύσκολο

Ε. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ

Η υγειονομική παιδεία περιλαμβάνει τις γνώσεις, τα κίνητρα και τις ικανότητες των ατόμων να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν πληροφορίες για να λαμβάνουν αποφάσεις όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι:

Ε.1. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να μάθετε από πού να ζητήσετε επαγγελματική βοήθεια όταν είστε άρρωστος;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Ε.2. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κατανοήσετε πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε σε μια επείγουσα ιατρική κατάσταση;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Ε.3. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κρίνετε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών επιλογών θεραπείας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.4. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να ενεργήσετε σύμφωνα με τις συμβουλές του ιατρού ή του φαρμακοποιού σας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.5. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να βρείτε πληροφορίες για το πώς να διαχειριστείτε προβλήματα ψυχικής υγείας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.6. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κατανοήσετε πληροφορίες σχετικά με συνιστώμενους ιατρικούς ελέγχους ή ιατρικές εξετάσεις;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.7. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κρίνετε εάν πληροφορίες για ανθυγιεινές συνήθειες, όπως το κάπνισμα, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα ή η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, είναι αξιόπιστες;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.8. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να αποφασίσετε πώς μπορείτε να προστατευθείτε από μία ασθένεια χρησιμοποιώντας πληροφορίες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή τα κοινωνικά δίκτυα;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.9. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να βρείτε πληροφορίες για υγιεινούς τρόπους ζωής, όπως σωματική άσκηση, κατανάλωση υγιεινών τροφών ή σωστή διατροφή;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.10. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κατανοήσετε συμβουλές σχετικά με την υγεία σας από την οικογένεια ή τους φίλους σας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.11. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κρίνετε πώς οι συνθήκες στέγασης και διαμονής σας μπορεί να επηρεάσουν την υγεία και την ευημερία σας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

E.12. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να λάβετε αποφάσεις για να βελτιώσετε την υγεία και την ευημερία σας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΥ

Αναφέρεται στις επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων, οι οποίες τους επιτρέπουν να συμμετέχουν ενεργά στις συναντήσεις με τους ιατρούς, να δίνουν και να αναζητούν πληροφορίες, να τις κατανοούν και να τις χρησιμοποιούν στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα της υγείας τους.

ΣΤ.1. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να περιγράψετε στον ιατρό σας τους λόγους για τους οποίους προσήλθατε στην εξέταση;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.2. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κάνετε το ιατρό σας να σας ακούσει χωρίς να σας διακόψει;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.3. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να εξηγήσετε στον ιατρό σας τις ανησυχίες που έχετε για την υγεία σας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.4. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να έχετε αρκετό χρόνο κατά την εξέταση από τον ιατρό σας;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.5. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να εκφράσετε τις προσωπικές σας απόψεις και προτιμήσεις στον ιατρό σας;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

.... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.6. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να λάβετε τις πληροφορίες που χρειάζεστε από τον ιατρό σας;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

.... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.7. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κατανοήσετε το λεξιλόγιο που χρησιμοποιεί ο ιατρός σας;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

.... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.8. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κάνετε ερωτήσεις στον ιατρό σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο
.... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.9. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να συμμετέχετε στις αποφάσεις για την υγεία σας σε συνεργασία με τον ιατρό σας;

4 Πολύ εύκολο
3 Εύκολο
2 Δύσκολο
1 Πολύ δύσκολο
.... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.10. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να ανακαλείτε τις πληροφορίες που λάβατε από τον ιατρό σας;

4 Πολύ εύκολο
3 Εύκολο
2 Δύσκολο
1 Πολύ δύσκολο
.... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

ΣΤ.11. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να χρησιμοποιείτε τις πληροφορίες που λάβατε από τον ιατρό σας έτσι ώστε να φροντίζετε την υγεία σας;

4 Πολύ εύκολο
3 Εύκολο
2 Δύσκολο
1 Πολύ δύσκολο
.... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΟΗΓΗΣΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Αναφέρεται στο πόσο εύκολα μπορείτε να αποκτήσετε τις απαραίτητες πληροφορίες για να προσανατολιστείτε αποτελεσματικά στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Δεν έχει σημασία αν χρησιμοποιείτε τις πληροφορίες για εσάς ή για κάποιον άλλον. Με τον όρο «υπηρεσία υγείας» εννοούμε συνήθως έναν ιατρό, νοσοκομείο, κέντρο φροντίδας ηλικιωμένων, κέντρο αποκατάστασης, ψυχιατρική μονάδα κ.ό.κ.

Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι:

Z.1. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κατανοήσετε τις πληροφορίες για τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας; (π.χ. ποιοι τύποι υπηρεσιών υγείας είναι διαθέσιμοι)

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.2. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κρίνετε ποιον τύπο υπηρεσιών υγείας χρειάζεστε σε περίπτωση προβλήματος υγείας; (π.χ. γενικό ιατρό, ειδικό ιατρό, νοσοκομείο, κέντρο υγείας)

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.3. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να εκτιμήσετε σε ποιο βαθμό η ασφάλεια υγείας σας, καλύπτει μια συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας; (π.χ. εάν υπάρχει συμμετοχή σε πληρωμές)

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.4. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κατανοήσετε τις πληροφορίες για τις μεταρρυθμίσεις που βρίσκονται σε εξέλιξη στον τομέα υγείας, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν την υγειονομική σας φροντίδα;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.5. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να ενημερωθείτε για τα δικαιώματά σας ως ασθενής ή χρήστης του συστήματος υγείας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.6. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να αποφασίσετε για μια συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας; (π.χ. να επιλέξετε μεταξύ διαφορετικών νοσοκομείων)

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.7. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να βρείτε πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.8. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κρίνετε εάν μια συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας καλύπτει τις προσδοκίες και τις επιθυμίες σας σχετικά με τη φροντίδα υγείας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.9. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κατανοήσετε πώς να κλείσετε ραντεβού για μια συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.10. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να ενημερωθείτε για τις υπηρεσίες υποστήριξης που ενδέχεται να σας βοηθήσουν να προσανατολιστείτε στο σύστημα υγείας;

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.11. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να εντοπίσετε το κατάλληλο άτομο επικοινωνίας για το πρόβλημά σας εντός ενός φορέα υγειονομικής φροντίδας; (π.χ. σε ένα νοσοκομείο)

- 4 Πολύ εύκολο
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο
- ... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Z.12. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να υπερασπιστείτε τα δικαιώματά σας εάν οι υπηρεσίες υγείας δεν ικανοποιούν τις ανάγκες σας

- 4 Πολύ εύκολο 1
- 3 Εύκολο
- 2 Δύσκολο
- 1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Η. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ

Αναφέρεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες των ατόμων να εντοπίζουν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με τον εμβολιασμό, προκειμένου να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για τον εμβολιασμό.

Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι:

Η.1. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να βρείτε πληροφορίες σχετικά με τους συνιστώμενους εμβολιασμούς για εσάς ή την οικογένειά σας;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Η.2. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να καταλάβετε γιατί εσείς ή η οικογένειά σας ενδέχεται να χρειάζεστε εμβολιασμούς;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Η.3. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κρίνετε ποιους εμβολιασμούς μπορεί να χρειάζεστε εσείς ή η οικογένειά σας;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

.... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Η.4. Σε μία κλίμακα από «πολύ εύκολο» έως «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να αποφασίσετε αν πρέπει να κάνετε εμβολιασμό κατά της γρίπης;

4 Πολύ εύκολο

3 Εύκολο

2 Δύσκολο

1 Πολύ δύσκολο

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Θ. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ

Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος/η από την συνολική τρέχουσα πληροφόρησή σας για τα θέματα Υγείας που απασχολούν εσάς ή/και δικούς σας ανθρώπους;

5 Πάρα πολύ

4 Πολύ

3 Αρκετά

2 Λίγο

1 Καθόλου

... Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

Ανοικτή Ερώτηση

Παρακαλούμε όπως αναφέρετε ότι επιπλέον θεωρείτε σημαντικό σχετικά με τον ρόλο και τη σημασία της υγειονομικής πληροφορίας σε θέματα υγείας:

.....

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας στην έρευνα!