



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

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

Διπλωματική Εργασία

**Η φύση του νευρολογικού νοσήματος ως παράγοντας σωματικής και
ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών**

ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΞΕΚΟΥΚΗ

Πάτρα, Μάιος 2026

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

Διπλωματική Εργασία

**Η φύση του νευρολογικού νοσήματος ως παράγοντας σωματικής και
ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών**

Δέσποινα Ξεκούκη

Νοσηλεύτρια MSc

ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Αριθμός Μητρώου: 170319

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Μαρία Σαρίδη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Θεοχάρης Κωνσταντινίδης

Αναπληρωτής Καθηγητής

Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Πάτρα, Μάιος 2026

«Στην οικογένειά μου»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα νευρολογικά νοσήματα αποτελούν σημαντική αιτία μακροχρόνιας αναπηρίας και εξάρτησης, αυξάνοντας την ανάγκη για άτυπη φροντίδα και επιβαρύνοντας σημαντικά τους φροντιστές. **Σκοπός:** Η διερεύνηση της σωματικής και ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών ασθενών με νευρολογικά νοσήματα και η αξιολόγηση της σχέσης της με τη φύση του νοσήματος. **Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε ποσοτική, περιγραφική και αναλυτική μελέτη διατομικού σχεδιασμού (cross-sectional study) σε δείγμα 60 άτυπων φροντιστών ασθενών με άνοια, νόσο Parkinson ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά, καθώς και τις κλίμακες Zarit Burden Interview, Kingston Caregiver Stress Scale, Mini Mental State Examination και Modified Barthel. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS Statistics έκδοση 25.0. **Αποτελέσματα:** Το 68,3% των φροντιστών εμφάνισε σοβαρή επιβάρυνση και το 71,7% σοβαρό στρες. Η αυξημένη επιβάρυνση συσχετίστηκε με περισσότερες ώρες φροντίδας, νυχτερινή επιτήρηση, προβλήματα ύπνου και ψυχοκινητική ανησυχία των ασθενών, καθώς και με την ανάγκη για διάλειμμα φροντίδας ($p < 0,05$). Επιπλέον, η φροντίδα ασθενών με νόσο Parkinson, η κακή ποιότητα ύπνου των ασθενών και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας των φροντιστών συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης ($p < 0,05$). Το αυξημένο στρες συσχετίστηκε με οικονομική δυσχέρεια, αυξημένες ώρες φροντίδας, κατάθλιψη, κόπωση/εξουθένωση, διαταραχές ύπνου και ανάγκη νυχτερινής επιτήρησης ($p < 0,05$). **Συμπεράσματα:** Στην παρούσα μελέτη, η φροντίδα ασθενών με νόσο Parkinson συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών. Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του είδους του νευρολογικού νοσήματος στα επίπεδα στρες των φροντιστών. Η υψηλή επιβάρυνση και το στρες συνδέθηκαν κυρίως με το αυξημένο φορτίο φροντίδας, τις αυξημένες απαιτήσεις επιτήρησης και την έλλειψη υποστηρικτικών δομών, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη ανάπτυξης στοχευμένων παρεμβάσεων για την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών.

Λέξεις-Κλειδιά: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, Άνοια, Άτυπη φροντίδα, Επιβάρυνση φροντιστή, Νευρολογικά νοσήματα, Νόσος Parkinson.

The nature of neurological disease as a factor of physical and psychological burden among informal caregivers

ABSTRACT

Introduction: Neurological disorders constitute a major cause of long-term disability and dependence, increasing the need for informal caregiving and placing a substantial burden on caregivers. **Aim:** To investigate the physical and psychological burden experienced by informal caregivers of patients with neurological disorders and to evaluate its association with the nature of the neurological disease. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and analytical cross-sectional study was conducted among 60 informal caregivers of patients diagnosed with dementia, Parkinson's disease, or stroke. Data were collected using a structured questionnaire including demographic, social, and clinical characteristics of both caregivers and patients, as well as the Zarit Burden Interview, Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10), Mini Mental State Examination, and Modified Barthel Index. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 25.0. **Results:** Severe caregiver burden was reported by 68.3% of caregivers, while 71.7% experienced severe stress. Increased caregiver burden was significantly associated with longer daily caregiving hours, the need for nighttime supervision, patients' sleep disturbances and psychomotor agitation, as well as the need for respite care ($p < 0.05$). Furthermore, caring for patients with Parkinson's disease, poor patient sleep quality, and lack of physical activity among caregivers were associated with higher levels of caregiver burden ($p < 0.05$). High levels of caregiver stress were significantly associated with financial hardship, increased caregiving hours, depression, fatigue/burnout, sleep disturbances, and the need for nighttime supervision of the patient ($p < 0.05$). **Conclusions:** In the present study, caring for patients with Parkinson's disease was associated with higher levels of caregiver burden among informal caregivers. In contrast, no statistically significant association was found between the type of neurological disease and caregivers' stress levels. High levels of burden and stress were primarily related to the overall caregiving load, increased supervision demands, and the lack of supportive resources. These findings highlight the need for targeted interventions and support services aimed at improving the well-being of informal caregivers of patients with neurological disorders.

Keywords: Stroke, Dementia, Informal Caregiving, Caregiver Burden, Neurological Disorders, Parkinson's Disease.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	10
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ	14
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	16
1. Εισαγωγή	16
2. Ορισμός και σημασία της άτυπης φροντίδας	19
3. Τυπική και άτυπη φροντίδα στην Ευρώπη	21
4. Επιβάρυνση άτυπων φροντιστών και ψυχοκοινωνικές συνέπειες	24
5. Ειδικές ομάδες φροντιστών ανά νόσημα	28
5.1 Φροντιστές ασθενών με άνοια	28
5.2 Φροντιστές ασθενών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	29
5.3 Φροντιστές ασθενών με νόσο Parkinson	31
6. Εργαλεία αξιολόγησης της επιβάρυνσης	34
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΑ	38
1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	38
1.1 Σκοπός της μελέτης	38
1.2 Επιμέρους στόχοι	38
1.3 Ερευνητικά ερωτήματα	39
2. Μεθοδολογία	39
2.1 Σχεδιασμός της μελέτης	39
2.2 Δείγμα της μελέτης	40
2.3 Κριτήρια ένταξης	40
2.4 Κριτήρια αποκλεισμού	41
2.5 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	41
2.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	44

2.8 Στατιστική ανάλυση	45
3.1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του φροντιστή	47
3.2. Σύντομη ολιστική αξιολόγηση του ασθενούς: δημογραφικά, κλινική κατάσταση, λειτουργικότητα και περιβάλλον Φροντίδας	59
3.3. Επιβάρυνση του φροντιστή	71
3.4. Γνωστική αξιολόγηση για τους ασθενείς	72
3.5. Συσχέτιση δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών με την επιβάρυνση του φροντιστή κατά ZARIT	74
3.6. Συσχέτιση δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών με τα επίπεδα στρες των φροντιστών	87
4. Συζήτηση αποτελεσμάτων	100
4.1. Παρεμβάσεις υποστήριξης φροντιστών	104
4.2. Ψυχοσωματική επιβάρυνση των φροντιστών	104
4.3. Ενσωμάτωση φροντιστών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	105
4.4. Περιορισμοί της μελέτης	106
5. Συμπεράσματα και προτάσεις	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Ερωτηματολόγιο φροντιστών και ασθενών	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 Ενημέρωση & δήλωση συμμετοχής σε έρευνα	139
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Αίτηση συνεργασίας για διεξαγωγή έρευνας	142

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Συγγενική σχέση με τον ασθενή	49
Γράφημα 2. Επιβάρυνση φροντιστή σύμφωνα με Zarit Burden Interview	71
Γράφημα 3. Αξιολόγηση Στρες φροντιστή σύμφωνα με την Κλίμακα Στρες Kingston (KCSS)	72
Γράφημα 4. Mini Mental State Examination (MMSE) για τους ασθενείς	72
Γράφημα 5. Κλίμακα Μέτρησης Barthel (Modified Barthel Index - MBI) για τους ασθενείς	73

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών	48
Πίνακας 2. Ικανότητα οδήγησης	49
Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά της παρεχόμενης άτυπης φροντίδας	50
Πίνακας 4. Υποστηρικτικό πλαίσιο και συνθήκες παροχής φροντίδας	51
Πίνακας 5. Εκπαίδευση, γνώσεις και δεξιότητες των άτυπων φροντιστών στη διαχείριση της φροντίδας	52
Πίνακας 6. Πολυδιάστατη επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών από τη φροντίδα	54
Πίνακας 7. Οικονομική κάλυψη της φροντίδας και αναγνώριση αναπηρίας των ασθενών	55
Πίνακας 8. Τρόπος ζωής των άτυπων φροντιστών	56
Πίνακας 9. Προσωπικό ιατρικό ιστορικό των άτυπων φροντιστών	57
Πίνακας 10. Χαρακτηριστικά κατοικίας και γεωγραφική εγγύτητα φροντιστή-ασθενή	58
Πίνακας 11. Ανάγκες υποστήριξης και διάλειμμα φροντίδας των άτυπων φροντιστών	59
Πίνακας 12. Δημογραφικά, κοινωνικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών	60
Πίνακας 13. Καπνιστική συνήθεια και κατανάλωση αλκοόλ των ασθενών	61
Πίνακας 14. Πιστοποίηση αναπηρίας ΚΕΠΑ και επιδοματική υποστήριξη ασθενών	62
Πίνακας 15. Νευρολογική πάθηση και συννοσηρότητα των ασθενών	63
Πίνακας 16. Χαρακτηριστικά κατοικίας, προσβασιμότητα και εξοπλισμός υποστήριξης των ασθενών	64
Πίνακας 17. Λειτουργική εξάρτηση, ανάγκη επιτήρησης, πτώσεις και κίνδυνος κατακλίσεων των ασθενών	66
Πίνακας 18. Πόνος, υποστηρικτικές παρεμβάσεις και καθημερινές ανάγκες φροντίδας των ασθενών	68
Πίνακας 19. Χρήση υπηρεσιών υγείας και λειτουργική καθημερινότητα των ασθενών	69
Πίνακας 20. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	74
Πίνακας 21. Συσχέτιση επαγγελματικής κατάστασης και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	74
Πίνακας 22. Συσχέτιση ημερήσιων ωρών φροντίδας και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	75

Πίνακας 23. Συσχέτιση παροχής προσωπικής φροντίδας και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	76
Πίνακας 24. Συσχέτιση παροχής οικιακών εργασιών και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	76
Πίνακας 25. Συσχέτιση υποκειμενικής αντίληψης επιβάρυνσης και επιβάρυνσης κατά ZARIT	77
Πίνακας 26. Συσχέτιση στρες και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	77
Πίνακας 27. Συσχέτιση κατάθλιψης και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	78
Πίνακας 28. Συσχέτιση διαταραχών ύπνου και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	79
Πίνακας 29. Συσχέτιση ποιότητας ύπνου των φροντιστών και επιβάρυνσης κατά ZARIT	79
Πίνακας 30. Συσχέτιση επίδρασης της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις και επιβάρυνσης κατά ZARIT	81
Πίνακας 31. Συσχέτιση αύξησης στρες λόγω φροντίδας και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT	81
Πίνακας 32. Συσχέτιση μείωσης σωματικής αντοχής και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT	82
Πίνακας 33. Συσχέτιση επιπέδου σωματικής δραστηριότητας και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	82
Πίνακας 34. Συσχέτιση ανάγκης για διάλειμμα φροντίδας και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	83
Πίνακας 35. Συσχέτιση νόσου Parkinson και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT	84
Πίνακας 36. Συσχέτιση ανάγκης νυχτερινής επιτήρησης του ασθενή και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT	84
Πίνακας 37. Συσχέτιση πρωινής ψυχοκινητικής ανησυχίας/τάσεων φυγής του ασθενή και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT	85
Πίνακας 38. Συσχέτιση βραδινής ψυχοκινητικής ανησυχίας/τάσεων φυγής του ασθενή και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT	85
Πίνακας 39. Συσχέτιση ποιότητας ύπνου του ασθενή και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT	86
Πίνακας 40. Συσχέτιση οικονομικής κατάστασης και επιπέδου στρες των φροντιστών ...	87

Πίνακας 41. Συσχέτιση ημερήσιων ωρών φροντίδας και επιπέδου στρες των φροντιστών	87
Πίνακας 42. Συσχέτιση παροχής προσωπικής φροντίδας και επιπέδου στρες των φροντιστών	88
Πίνακας 43. Συσχέτιση παροχής οικιακών εργασιών και επιπέδου στρες των φροντιστών	88
Πίνακας 44. Συσχέτιση συμβίωσης με τον ασθενή και επιπέδου στρες των φροντιστών ..	89
Πίνακας 45. Συσχέτιση ύπαρξης έμμισθου φροντιστή και επιπέδου στρες των άτυπων φροντιστών	89
Πίνακας 46. Συσχέτιση υποκειμενικής επιβάρυνσης από τη φροντίδα και επιπέδου στρες	90
Πίνακας 47. Συσχέτιση αναφερόμενου στρες και συνολικού επιπέδου στρες κατά KCSS	90
Πίνακας 48. Συσχέτιση κατάθλιψης και επιπέδου στρες των φροντιστών	91
Πίνακας 49. Συσχέτιση κόπωσης/εξουθένωσης και επιπέδου στρες των φροντιστών	91
Πίνακας 50. Συσχέτιση διαταραχών ύπνου και επιπέδου στρες των φροντιστών	91
Πίνακας 51. Συσχέτιση ποιότητας ύπνου και επιπέδου στρες των φροντιστών	92
Πίνακας 52. Συσχέτιση επιρροής της φροντίδας στην εργασία και επιπέδου στρες	92
Πίνακας 53. Συσχέτιση επίδρασης της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις και επιπέδου στρες	93
Πίνακας 54. Συσχέτιση αύξησης στρες λόγω φροντίδας και συνολικού επιπέδου στρες ..	93
Πίνακας 55. Συσχέτιση μείωσης σωματικής αντοχής και επιπέδου στρες των φροντιστών	94
Πίνακας 56. Συσχέτιση επιδείνωσης υπάρχουσας νόσου και επιπέδου στρες των φροντιστών	94
Πίνακας 57. Συσχέτιση εμφάνισης νέων προβλημάτων υγείας και επιπέδου στρες των φροντιστών	95
Πίνακας 58. Συσχέτιση κατανάλωσης αλκοόλ και επιπέδου στρες των φροντιστών	95
Πίνακας 59. Συσχέτιση αρτηριακής υπέρτασης και επιπέδου στρες των φροντιστών	95
Πίνακας 60. Συσχέτιση σακχαρώδους διαβήτη και επιπέδου στρες των φροντιστών	96
Πίνακας 61. Συσχέτιση δυσλιπιδαιμίας και επιπέδου στρες των φροντιστών	96
Πίνακας 62. Συσχέτιση προσωπικού ιστορικού κατάθλιψης και επιπέδου στρες των φροντιστών	97

Πίνακας 63. Συσχέτιση ανάγκης για εκπαιδευτική υποστήριξη και επιπέδου στρες των φροντιστών	97
Πίνακας 64. Συσχέτιση ανάγκης για διάλειμμα φροντίδας και επιπέδου στρες των φροντιστών	97
Πίνακας 65. Συσχέτιση ανάγκης νυχτερινής επιτήρησης του ασθενή και επιπέδου στρες των φροντιστών	98
Πίνακας 66. Συσχέτιση ποιότητας ύπνου του ασθενή και επιπέδου στρες των φροντιστών	98
Πίνακας 67. Συσχέτιση φροντίδας περισσότερων από έναν ασθενών και επιπέδου στρες των φροντιστών	99

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ADL	Activities of Daily Living / Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής
ALS	Amyotrophic Lateral Sclerosis / Πλάγια Μυατροφική Σκλήρυνση
BMI	Body Mass Index / Δείκτης Μάζας Σώματος
BLS	Basic Life Support / Βασική Υποστήριξη Ζωής
CBS	Caregiver Burden Scale
DASS-21	Depression Anxiety stress Scale-21
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30
GBD	Global Burden of Disease
GDPR	General Data Protection Regulation / Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
KCSS	Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10)
KE	Κλίμακα Επιβάρυνσης
ΚΕΠΑ	Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας
ΚΝΣ	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
LTCI	Long-Term Care Insurance
MBI	Modified Barthel Index
MMSE	Mini-Mental State Examination
MS	Multiple Sclerosis / Σκλήρυνση κατά Πλάκας
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development / ΟΟΣΑ
PEG	Percutaneous Endoscopic Gastrostomy / Διαδερμική Ενδοσκοπική Γαστροστομία
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
SF-36	Short Form Health Survey-36
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization
ZBI	Zarit Burden Interview
ΑΕΕ	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

ΑΦ

Άτυπη φροντίδα

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Εισαγωγή

Τα νευρολογικά νοσήματα αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους λόγους μακροχρόνιας αναπηρίας και εξάρτησης παγκοσμίως. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), οι νευρολογικές παθήσεις, όπως η άνοια, η νόσος Parkinson και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), επηρεάζουν εκατομμύρια ανθρώπους, αυξάνοντας τις ανάγκες για συνεχή φροντίδα και υποστήριξη σε επίπεδο οικογένειας και κοινότητας (WHO, 2021).

Η φροντίδα νευρολογικών ασθενών συνιστά μακροχρόνια, πολυδιάστατη πρόκληση, η οποία επηρεάζει ταυτόχρονα τη σωματική, ψυχική, κοινωνική και οικονομική ευημερία των άτυπων φροντιστών, με το φορτίο φροντίδας (caregiver burden) να αναδεικνύεται ως κεντρικό ψυχοκοινωνικό φαινόμενο στη σύγχρονη έρευνα (Ransmayr, 2021). Η νευρολογική νοσηρότητα έχει πλέον αναδειχθεί σε μείζονα πρόκληση δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τη νεότερη ανάλυση Global Burden of Disease 2021, περισσότεροι από 3 δισεκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ζούσαν με κάποια νευρολογική πάθηση, ενώ οι νευρολογικές καταστάσεις αποτελούν πλέον την κύρια αιτία νοσηρότητας και αναπηρίας διεθνώς. Η αύξηση αυτή συνδέεται με τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και τη συσσώρευση χρόνιων νοσημάτων που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα (GBD 2021; Nervous System Disorders Collaborators, 2024; WHO, 2021).

Η άνοια αποτελεί ένα προοδευτικό νευροεκφυλιστικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έκπτωση της μνήμης, της γλώσσας, της κρίσης, του προσανατολισμού και της ικανότητας εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Η συχνότερη μορφή είναι η νόσος του Alzheimer, η οποία αντιπροσωπεύει το 60-70% των περιπτώσεων άνοιας (Goto et al., 2023).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου 57 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με άνοια το 2021, ενώ καταγράφονται σχεδόν 10 εκατομμύρια νέα περιστατικά ετησίως. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε 78 εκατομμύρια έως το 2030 και σε 139 εκατομμύρια έως το 2050, γεγονός που συνδέεται άμεσα με τη γήρανση του πληθυσμού (GBD 2019;

Dementia Forecasting Collaborators, 2022). Η άνοια αποτελεί την έβδομη αιτία θανάτου διεθνώς και μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας και εξάρτησης στους ηλικιωμένους (WHO, 2025).

Η αυξανόμενη αυτή επιβάρυνση μεταφέρει σημαντικό μέρος της φροντίδας στις οικογένειες, καθιστώντας τους άτυπους φροντιστές βασικό πυλώνα των συστημάτων υγείας και ενισχύοντας την ανάγκη ανάπτυξης ολοκληρωμένων πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας. Η αναμενόμενη αύξηση της συχνότητας της άνοιας είχε αποτυπωθεί χαρακτηριστικά σε προγενέστερες προβλέψεις για χώρες με έντονη δημογραφική γήρανση, όπως η Ιαπωνία, όπου είχε εκτιμηθεί ότι έως το 2025 περίπου το 20% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα ζούσε με άνοια. Η πρόβλεψη αυτή ανέδειξε τις συνέπειες της ταχείας δημογραφικής γήρανσης και τη συνακόλουθη αύξηση των αναγκών για άτυπη φροντίδα.

Στην Ελλάδα, η εκτεταμένη ανάθεση της μακροχρόνιας φροντίδας στην οικογένεια καθιστά κρίσιμη την αποτίμηση του φορτίου του φροντιστή εντός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Πρόσφατη ελληνική μελέτη σε δύο Κέντρα Υγείας της Πάτρας (n=291) κατέδειξε μέτριο-σοβαρό φορτίο (μέση ZBI≈44) και ισχυρή συσχέτιση με κατάθλιψη και στρες (DASS-21), υπογραμμίζοντας την ανάγκη για έγκαιρο εντοπισμό και υποστήριξη των φροντιστών στην ΠΦΥ (Albani et al., 2024).

Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η αποϊδρυματοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής και κοινωνικής φροντίδας, σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού και την αυξανόμενη επιβίωση των ασθενών, ενισχύουν τη ζήτηση για άτυπη φροντίδα (Sapouna et al., 2013). Πέραν της άνοιας, σημαντική είναι και η επιβάρυνση που προκαλείται από άλλα νευρολογικά νοσήματα, όπως η νόσος Parkinson και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ). Η νόσος Parkinson αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη εκφυλιστική πάθηση του ΚΝΣ μετά τη νόσο Alzheimer, με περισσότερα από 11,7 εκατομμύρια άτομα να ζουν με τη νόσο παγκοσμίως (Li et al., 2025). Οι φροντιστές των ασθενών με νόσο Parkinson αναφέρουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, κυρίως λόγω των μη κινητικών συμπτωμάτων, της συναισθηματικής εξάντλησης και των διαταραχών ύπνου, με ποσοστό 58-65% των φροντιστών να εμφανίζουν μέτρια έως σοβαρά επίπεδα στρες και κατάθλιψης σύμφωνα με τις κλίμακες HADS και ZBI (Damier et al., 2022). Παράγοντες όπως η διάρκεια φροντίδας, η γνωστική έκπτωση του ασθενούς και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέονται με υψηλότερες βαθμολογίες επιβάρυνσης και μειωμένη ποιότητα ζωής των φροντιστών (Corallo et al., 2017).

Αντίστοιχα, τα ΑΕΕ αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες μακροχρόνιας αναπηρίας και εξάρτησης παγκοσμίως, με σημαντικές συνέπειες όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους φροντιστές τους. Μελέτες σε ευρωπαϊκά και ασιατικά δείγματα αναφέρουν ότι 40-70% των φροντιστών παρουσιάζουν μέτρια ή σοβαρή επιβάρυνση, ενώ περίπου το 45% εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών μετά το επεισόδιο (Jaracz et al., 2024). Τα επίπεδα κόπωσης και στρες σχετίζονται άμεσα με τη λειτουργική εξάρτηση του ασθενούς, τη δυσφαγία και τη διάρκεια καθημερινής φροντίδας.

Η επιβάρυνση είναι εντονότερη στους συζύγους-φροντιστές και σε όσους στερούνται θεσμικής ή οικογενειακής υποστήριξης, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για δομημένες παρεμβάσεις υποστήριξης εντός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Kazemi et al., 2021).

Στην παρούσα μελέτη, ο όρος «φύση του νευρολογικού νοσήματος» αναφέρεται στα ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά και στις απαιτήσεις φροντίδας που συνοδεύουν διαφορετικές νευρολογικές παθήσεις, όπως η άνοια, η νόσος Parkinson και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Κάθε νόσημα χαρακτηρίζεται από διαφορετικό συνδυασμό γνωστικών, κινητικών, λειτουργικών και συμπεριφορικών διαταραχών, οι οποίες επηρεάζουν σε διαφορετικό βαθμό τις ανάγκες φροντίδας και, κατ' επέκταση, τη σωματική και ψυχική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών. Η διερεύνηση των διαφορών αυτών κρίνεται σημαντική, καθώς επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που αυξάνουν το φορτίο φροντίδας και συμβάλλει στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης των φροντιστών.

Συνολικά, η αυξανόμενη επιβάρυνση από τα νευρολογικά νοσήματα ενισχύει τη σημασία της άτυπης φροντίδας, αναδεικνύοντας τους φροντιστές ως βασικό πυλώνα υποστήριξης των ασθενών και των συστημάτων υγείας. Παρά την εκτενή διεθνή βιβλιογραφική τεκμηρίωση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών, τα δεδομένα σχετικά με τις πιθανές διαφοροποιήσεις της επιβάρυνσης και του στρες ανάλογα με τη φύση του νευρολογικού νοσήματος παραμένουν περιορισμένα, ιδιαίτερα στον ελληνικό χώρο. Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να διερευνήσει τη σωματική και ψυχική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ασθενών με άνοια, νόσο Parkinson και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και τη σχέση της με το είδος του νευρολογικού νοσήματος.

2. Ορισμός και σημασία της άτυπης φροντίδας

Η άτυπη φροντίδα (ΑΦ) ορίζεται ως η παροχή βοήθειας σε άτομα με χρόνια νόσο ή αναπηρία από μη επαγγελματίες, συνήθως μέλη της οικογένειας. Η έλλειψη θεσμικών δομών μακροχρόνιας φροντίδας οδηγεί σε ενίσχυση του ρόλου των άτυπων φροντιστών (Albani et al., 2024). Η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού και η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας, ενισχύοντας καθοριστικά τον ρόλο των άτυπων φροντιστών στα σύγχρονα συστήματα υγείας. Η περιορισμένη ανάπτυξη θεσμικών δομών μακροχρόνιας και κοινοτικής φροντίδας οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση από την οικογένεια, καθιστώντας την άτυπη φροντίδα βασικό πυλώνα υποστήριξης των ασθενών (Albani et al., 2024; WHO, 2023).

Η σημασία της άτυπης φροντίδας είναι ιδιαίτερα εμφανής στο πεδίο των νευρολογικών νοσημάτων, όπου οι ανάγκες φροντίδας είναι μακροχρόνιες και πολυδιάστατες. Εκτιμάται ότι περίπου το 70-80% των ατόμων με άνοια λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι από άτυπους φροντιστές χωρίς επαγγελματική κατάρτιση (Duplantier & Williamson, 2023; Alzheimer's Disease International, 2025). Η άτυπη φροντίδα συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση των ασθενών στο οικιακό περιβάλλον, μειώνοντας την ανάγκη για ιδρυματική φροντίδα και περιορίζοντας το κόστος για τα συστήματα υγείας.

Σε διεθνές επίπεδο, η οργάνωση της άτυπης φροντίδας διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των χωρών, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας και τις κοινωνικοπολιτισμικές αντιλήψεις για τον ρόλο της οικογένειας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, αποτελεί τον κύριο μηχανισμό παροχής μακροχρόνιας φροντίδας, με περισσότερους από 50 εκατομμύρια φροντιστές να παρέχουν υποστήριξη σε συγγενείς ή φίλους, συχνά χωρίς επαρκή θεσμική κάλυψη (Reinhard et al., 2023; OECD, 2025). Η φροντίδα συνδέεται με σημαντική οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση, ιδιαίτερα για άτομα μέσης ηλικίας που συνδυάζουν εργασία και οικογενειακές υποχρεώσεις.

Στην Ευρώπη, η άτυπη φροντίδα λειτουργεί συμπληρωματικά προς τα δημόσια συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Περίπου το 13% των ατόμων άνω των 50 ετών παρέχουν άτυπη φροντίδα, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό εμπλέκεται σε εντατική καθημερινή φροντίδα (OECD, 2025). Παρά την ύπαρξη θεσμικών δομών, σε χώρες της

Νότιας Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, η ευθύνη της φροντίδας εξακολουθεί να μεταφέρεται κυρίως στην οικογένεια, λόγω περιορισμένης κρατικής υποστήριξης (WHO, 2023).

Στην Κίνα, η άτυπη φροντίδα βασίζεται έντονα στις παραδοσιακές αξίες της οικογενειακής υποχρέωσης και της παιδικής αφοσίωσης προς τους γονείς (filial piety), η οποία επιβάλλει την ανάληψη ευθύνης για τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας, με την οικογένεια να αποτελεί τον κύριο πάροχο φροντίδας. Ωστόσο, οι κοινωνικές και δημογραφικές αλλαγές, όπως η αστικοποίηση και η μείωση του αριθμού των παιδιών, περιορίζουν τη διαθεσιμότητα φροντιστών και αυξάνουν την επιβάρυνση φροντίδας (Fang et al., 2022). Αντίστοιχα, στην Ιαπωνία, παρά την ύπαρξη ανεπτυγμένου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας (LTCI), η οικογένεια εξακολουθεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα στη φροντίδα ατόμων με άνοια, με τους φροντιστές να βιώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης (Tsuyuki et al., 2024).

Στην ελληνική πραγματικότητα, η άτυπη φροντίδα αποτελεί βασικό υποκατάστατο της τυπικής φροντίδας, καθώς η οικογένεια διατηρεί τον κεντρικό ρόλο στην υποστήριξη των ευάλωτων ομάδων. Η πλειονότητα των φροντιστών είναι συγγενείς χωρίς επαγγελματική εκπαίδευση, γεγονός που αυξάνει το αίσθημα ευθύνης και επιβαρύνει σημαντικά τη σωματική και ψυχική τους υγεία (Albani et al., 2024). Παράλληλα, η έλλειψη δομών υποστήριξης και υπηρεσιών ανακούφισης καθιστά τη φροντίδα ιδιαίτερα απαιτητική, οδηγώντας σε αυξημένα επίπεδα στρες, κατάθλιψης και κοινωνικής απομόνωσης. Η κατάσταση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στα νευρολογικά νοσήματα, όπου οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά υψηλό βαθμό λειτουργικής εξάρτησης και ανάγκη συνεχούς επίβλεψης.

Η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές διαστάσεις. Η αντικειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με τον χρόνο και την ένταση της φροντίδας, τις πρακτικές απαιτήσεις και το οικονομικό κόστος, ενώ η υποκειμενική αφορά τη συναισθηματική εμπειρία του φροντιστή, όπως στρες, θλίψη, ενοχή και εξουθένωση (Ransmayr, 2021; Goto et al., 2023). Σύγχρονες μελέτες καταδεικνύουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό φροντιστών εμφανίζει μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση, ενώ τα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας αυξάνονται όταν απουσιάζει υποστηρικτικό περιβάλλον ή επιπλέον βοήθεια (Soh et al., 2025). Η ένταση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών δεν είναι ίδια σε όλες τις περιπτώσεις, αλλά φαίνεται να επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τον βαθμό λειτουργικής

εξάρτησης, τη διάρκεια και τις απαιτήσεις της φροντίδας, καθώς και από τη φύση του υποκείμενου νοσήματος. Στα νευρολογικά νοσήματα, οι διαφοροποιήσεις στις γνωστικές, κινητικές και συμπεριφορικές διαταραχές ενδέχεται να διαφοροποιούν το φορτίο φροντίδας και τα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης των φροντιστών. Η διερεύνηση των παραγόντων αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης.

Συνολικά, η άτυπη φροντίδα αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα των σύγχρονων συστημάτων υγείας και βασικό παράγοντα διατήρησης των ασθενών στο οικιακό τους περιβάλλον. Η συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για φροντίδα, σε συνδυασμό με τις δημογραφικές και κοινωνικές μεταβολές, καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών υποστήριξης των άτυπων φροντιστών. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιβάρυνσή τους, και ιδιαίτερα του ρόλου της φύσης του υποκείμενου νευρολογικού νοσήματος, αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών.

3. Τυπική και άτυπη φροντίδα στην Ευρώπη

Η τυπική και άτυπη φροντίδα στην Ευρώπη παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την οργάνωση, την έκταση και τη διαθεσιμότητα της μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες σχετίζονται με το επίπεδο ανάπτυξης των δημόσιων δομών, τα κοινωνικοπολιτισμικά πρότυπα και τη διαθεσιμότητα επαγγελματιών φροντιστών. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, σημαντικό τμήμα του ευρωπαϊκού πληθυσμού παρέχει κάποια μορφή άμισθης φροντίδας, ενώ περίπου ένας στους δέκα πολίτες αναλαμβάνει πολλαπλούς φροντιστικούς ρόλους ταυτόχρονα. Η άμισθη φροντίδα παρέχεται κυρίως από γυναίκες και συνδέεται συχνά με μειωμένη συμμετοχή στην αγορά εργασίας, οικονομική επιβάρυνση, κοινωνική απομόνωση και επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των φροντιστών (Eurofound, 2025).

Η ανάπτυξη της τυπικής ή επαγγελματικής φροντίδας διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat για το 2024, το 8,5% των κατοίκων της Ευρωπαϊκής Ένωσης ζούσε σε νοικοκυριά όπου τουλάχιστον ένα μέλος είχε ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας λόγω προβλημάτων υγείας. Από αυτούς, μόνο το 28,3% λάμβανε επαγγελματικές υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, ενώ οι υπόλοιποι είτε δεν είχαν επαρκή πρόσβαση σε τέτοιες υπηρεσίες είτε παρουσίαζαν μη καλυπτόμενες

ανάγκες φροντίδας (Eurostat, 2026). Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης επαγγελματικής κατ' οίκον φροντίδας καταγράφονται στη Δανία, την Κύπρο και το Βέλγιο, ενώ τα χαμηλότερα στην Εσθονία, την Ουγγαρία και την Πολωνία (Eurostat, 2026).

Οι χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης, όπως η Δανία, η Σουηδία, η Ολλανδία, το Βέλγιο και η Γερμανία, διαθέτουν περισσότερο ανεπτυγμένα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας, με οργανωμένες υπηρεσίες κατ' οίκον υποστήριξης, κοινωνικής φροντίδας και νοσηλευτικής κάλυψης. Αντίθετα, στις χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης, η φροντίδα βασίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στην οικογένεια, γεγονός που ενισχύει τον ρόλο των άμισθων φροντιστών και περιορίζει τη χρήση επίσημων υπηρεσιών. Η διαφοροποίηση αυτή αντανακλά όχι μόνο διαφορές στην οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας, αλλά και διαφορετικά κοινωνικά πρότυπα που αφορούν την οικογενειακή ευθύνη και τη φροντίδα των ηλικιωμένων (Eurofound, 2025; OECD, 2025).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διάκριση μεταξύ άμισθης και έμμισθης φροντίδας. Οι άμισθοι φροντιστές είναι συνήθως συγγενείς, σύζυγοι, παιδιά ή φίλοι, οι οποίοι παρέχουν καθημερινή υποστήριξη χωρίς οικονομική αποζημίωση. Η υποστήριξη αυτή περιλαμβάνει προσωπική φροντίδα, βοήθεια στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, μετακινήσεις, συναισθηματική υποστήριξη και διοικητικές υποχρεώσεις. Αντίθετα, οι έμμισθοι φροντιστές παρέχουν υπηρεσίες στο πλαίσιο οργανωμένων δημόσιων ή ιδιωτικών συστημάτων φροντίδας. Παρά το γεγονός ότι η επαγγελματική φροντίδα μπορεί να μειώσει σημαντικά την επιβάρυνση της οικογένειας, η πρόσβαση σε αυτή παραμένει άνιση μεταξύ των κρατών-μελών. Στην πράξη, τα δύο αυτά μοντέλα συχνά συνυπάρχουν, με την άτυπη φροντίδα να συμπληρώνει τις υπηρεσίες του επίσημου συστήματος υγείας (Eurostat, 2026; OECD, 2025).

Στις σκανδιναβικές χώρες, η μακροχρόνια φροντίδα αντιμετωπίζεται ως κοινωνικό δικαίωμα και οργανώνεται μέσω ισχυρών δημόσιων δομών. Η Δανία, για παράδειγμα, εμφανίζει από τα υψηλότερα ποσοστά λήψης επαγγελματικής κατ' οίκον φροντίδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με το 63,5% των ατόμων που έχουν ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας να λαμβάνουν σχετικές υπηρεσίες στο σπίτι (Eurostat, 2026). Παρόμοια, χώρες όπως το Βέλγιο και η Ολλανδία διαθέτουν ανεπτυγμένα συστήματα φροντίδας, στα οποία η οικογένεια διατηρεί συμπληρωματικό ρόλο και όχι τον κύριο πάροχο φροντίδας.

Αντίθετα, στη Νότια Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, της Ιταλίας, της Ισπανίας και της Πορτογαλίας, η οικογένεια παραμένει ο κύριος πάροχος φροντίδας. Η άτυπη φροντίδα συνδέεται στενά με πολιτισμικές αντιλήψεις περί οικογενειακής

ευθύνης, ενώ η περιορισμένη ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση από άμισθους φροντιστές. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα παρέχεται κυρίως από γυναίκες μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίες συχνά συνδυάζουν πολλαπλούς ρόλους (Eurofound, 2025; WHO, 2023). Η αυξημένη εξάρτηση από την άτυπη φροντίδα στις χώρες της Νότιας Ευρώπης έχει συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης των φροντιστών, ιδιαίτερα όταν απουσιάζουν οργανωμένες υπηρεσίες υποστήριξης και ανακούφισης. Η ανάληψη μακροχρόνιων φροντιστικών καθηκόντων από μέλη της οικογένειας χωρίς επαρκή εκπαίδευση ή επαγγελματική βοήθεια ενδέχεται να αυξάνει τον κίνδυνο σωματικής και ψυχολογικής εξουθένωσης (Eurofound, 2025; WHO, 2023).

Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, όπως η Πολωνία, η Ουγγαρία, η Ρουμανία, η Βουλγαρία και η Εσθονία, η χρήση επαγγελματικών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας είναι χαμηλότερη σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Σε αρκετές περιπτώσεις, τα ποσοστά δεν υπερβαίνουν το 10% των νοικοκυριών με ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας (Eurostat, 2026). Η περιορισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και οι χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες ενισχύουν την εξάρτηση από την οικογένεια. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί σημαντικές ανισότητες ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Ελλάδα εντάσσεται στο νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο φροντίδας, όπου η οικογένεια καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών υποστήριξης. Η περιορισμένη ανάπτυξη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας μεταφέρει σημαντικό μέρος της ευθύνης στους συγγενείς, οι οποίοι παρέχουν φροντίδα χωρίς ειδική εκπαίδευση και χωρίς συστηματική θεσμική υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, η φροντίδα παραμένει σε μεγάλο βαθμό «αόρατη» οικονομικά και κοινωνικά, παρότι υποκαθιστά σημαντικό μέρος των υπηρεσιών του επίσημου συστήματος υγείας (Albani et al., 2024; Eurofound, 2025). Η πραγματικότητα αυτή αναδεικνύει την ανάγκη διερεύνησης της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών και των παραγόντων που την επηρεάζουν, ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνια νευρολογικά νοσήματα.

Συνολικά, τα ευρωπαϊκά δεδομένα δείχνουν ότι η άμισθη φροντίδα εξακολουθεί να αποτελεί τον βασικό μηχανισμό κάλυψης των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας, ενώ η επαγγελματική φροντίδα λειτουργεί συμπληρωματικά και με άνιση κατανομή μεταξύ των χωρών. Η δημογραφική γήρανση, η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και η περιορισμένη διαθεσιμότητα οικογενειακών φροντιστών καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας. Παράλληλα, η

διερεύνηση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών και των παραγόντων που τη διαμορφώνουν αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων υποστήριξης, ιδιαίτερα στον χώρο των νευρολογικών νοσημάτων, όπου οι απαιτήσεις φροντίδας είναι συνήθως μακροχρόνιες και ιδιαίτερα αυξημένες (Eurofound, 2025; OECD, 2025; Eurostat, 2026).

4. Επιβάρυνση άτυπων φροντιστών και ψυχοκοινωνικές συνέπειες

Η μακροχρόνια φροντίδα ατόμων με νευρολογικά νοσήματα παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε σύγκριση με άλλα χρόνια νοσήματα, καθώς συχνά συνδυάζει κινητικές, γνωστικές, συμπεριφορικές και λειτουργικές διαταραχές. Οι απαιτήσεις φροντίδας διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος και το στάδιο της νόσου, με αποτέλεσμα η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών να μην είναι ομοιόμορφη. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η φύση του νευρολογικού νοσήματος φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τόσο την ένταση όσο και το είδος της σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης που βιώνουν οι φροντιστές, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη μελέτη των ιδιαιτεροτήτων κάθε νοσολογικής οντότητας.

Η φροντίδα ατόμων με νευρολογικά νοσήματα, όπως η άνοια, η νόσος Parkinson και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, συνδέεται με σημαντική σωματική, ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση για τους άτυπους φροντιστές. Σύμφωνα με τη μελέτη των Tramonti et al. (2018), η επιβάρυνση των φροντιστών και η συνολική λειτουργικότητα της οικογένειας διαφέρουν ουσιαστικά ανάλογα με τη φύση της νευρολογικής νόσου. Οι φροντιστές ασθενών με πλάγια μυατροφική σκλήρυνση (ALS) παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα σωματικής και συναισθηματικής κόπωσης, ενώ εκείνοι που φρόντιζαν άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση (MS) τα χαμηλότερα. Η μελέτη κατέδειξε επίσης ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιβάρυνσης φροντιστή και μειωμένης οικογενειακής συνοχής, αναδεικνύοντας την ανάγκη ολιστικών παρεμβάσεων που να λαμβάνουν υπόψη τη δυναμική του οικογενειακού συστήματος.

Σύμφωνα με τον Ransmayr (2021), η επιβάρυνση διακρίνεται σε δύο άξονες: (α) αντικειμενική επιβάρυνση (επιτήρηση, πρακτικές μετακινήσεις/ανύψωση, κόστος) και (β) υποκειμενική επιβάρυνση (στρες, καταθλιπτικό συναίσθημα, αίσθημα ανεπάρκειας), με τη δεύτερη να αποτελεί ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα εξουθένωσης. Πέραν της διάκρισης μεταξύ αντικειμενικής και υποκειμενικής επιβάρυνσης, η βιβλιογραφία

αναδεικνύει ότι η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τον ασθενή όσο και με τον ίδιο τον φροντιστή. Μεταξύ των σημαντικότερων παραγόντων περιλαμβάνονται ο βαθμός λειτουργικής εξάρτησης του ασθενούς, η παρουσία γνωστικών και συμπεριφορικών διαταραχών, η διάρκεια και η ένταση της φροντίδας, καθώς και η διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης. Παράλληλα, χαρακτηριστικά όπως το γυναικείο φύλο, η συζυγική σχέση με τον ασθενή και η περιορισμένη πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης και ψυχολογικής δυσφορίας (Damier et al., 2022; Albani et al., 2024; Ransmayr, 2021). Οι μελέτες καταδεικνύουν ότι περισσότεροι από τους μισούς φροντιστές βιώνουν μέτρια έως σοβαρά επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, που συχνά εκδηλώνεται με κατάθλιψη, άγχος, εξουθένωση και διαταραχές ύπνου, ενώ η ένταση της επιβάρυνσης φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το στάδιο της νόσου Alzheimer (Albani et al., 2024; Koca et al., 2017). Το συναισθηματικό φορτίο σχετίζεται κυρίως με τις συμπεριφορικές διαταραχές των ασθενών, όπως επιθετικότητα, ευερεθιστότητα ή απώλεια επικοινωνίας, περισσότερο παρά με τη βαρύτητα της γνωστικής έκπτωσης (Papastavrou et al., 2006). Στους φροντιστές ασθενών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η επιβάρυνση φαίνεται να αυξάνεται κατά τους πρώτους μήνες φροντίδας, όταν οι απαιτήσεις αποκατάστασης είναι υψηλές και η κοινωνική υποστήριξη περιορισμένη (Jaracz et al., 2024). Αντίστοιχα, οι φροντιστές ασθενών με νόσο Parkinson αναφέρουν σωματική κόπωση, επιβάρυνση του ύπνου και μείωση της ποιότητας ζωής, με τις γυναίκες και τους συζύγους να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα στρες (Damier et al., 2022). Η χρόνια έκθεση σε υψηλό φορτίο συσχετίζεται με σωματικά συμπτώματα και επιδείνωση δεικτών υγείας, εντείνοντας τον φαύλο κύκλο, σύμφωνα με τον οποίο η επιβάρυνση του φροντιστή μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας (Ransmayr, 2021). Η πολυδιάστατη φύση της επιβάρυνσης οδήγησε στην ανάπτυξη αξιόπιστων εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην ερευνητική δραστηριότητα για την ποσοτικοποίηση του φορτίου φροντίδας και των ψυχοκοινωνικών συνεπειών του.

Η κλίμακα Zarit Burden Interview (ZBI), η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα διεθνώς και στην Ελλάδα, έχει δείξει ότι οι περισσότεροι φροντιστές βαθμολογούνται στις κατηγορίες μέτριας ή σοβαρής επιβάρυνσης, με μέσους όρους άνω των 40 βαθμών, ενώ οι υψηλότερες επιδόσεις καταγράφονται στην υποκλίμακα «Προσωπικής πίεσης» (Albani et

al., 2024). Παράλληλα, η χρήση εργαλείων όπως η DASS-21 και η SF-36 έχει αποδείξει ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους και στρες συνδέονται με χαμηλότερη ψυχοκοινωνική ευεξία και ποιότητα ζωής (Goto et al., 2023). Οι συνέπειες της επιβάρυνσης δεν περιορίζονται στην ψυχική σφαίρα, αλλά επεκτείνονται και στη σωματική υγεία, καθώς οι μακροχρόνιοι φροντιστές εμφανίζουν συχνότερα υπέρταση, διαταραχές ύπνου, χρόνια κόπωση και μειωμένη σωματική ευεξία (Goto et al., 2023; Ransmayr, 2021). Κοινωνικά, πολλοί βιώνουν απομόνωση, απώλεια εργασιακού ρόλου και οικονομική πίεση, καθώς η φροντίδα συχνά απαιτεί εγκατάλειψη επαγγελματικών ή κοινωνικών δραστηριοτήτων (Papastavrou et al., 2020). Η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών δεν επηρεάζει μόνο τη δική τους υγεία και ποιότητα ζωής, αλλά ενδέχεται να έχει επιπτώσεις και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η αυξημένη σωματική και ψυχική εξουθένωση μπορεί να περιορίσει την ικανότητα του φροντιστή να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις καθημερινές ανάγκες του ασθενούς, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο όπου η επιβάρυνση επηρεάζει αρνητικά τη φροντίδα και οι αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας ενισχύουν περαιτέρω την επιβάρυνση (Ransmayr, 2021).

Πέρα από τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, η βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η μακροχρόνια φροντίδα νευρολογικών ασθενών επηρεάζει σημαντικά και τη σωματική υγεία των φροντιστών. Οι αυξημένες απαιτήσεις μετακίνησης, ανύψωσης, υποβοήθησης στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και συνεχούς επιτήρησης συνδέονται με μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνια κόπωση, διαταραχές ύπνου, υπέρταση και γενικότερη επιδείνωση της φυσικής κατάστασης. Παράλληλα, η συνεχής ενασχόληση με τις ανάγκες του ασθενούς συχνά περιορίζει τον χρόνο που αφιερώνουν οι φροντιστές στη δική τους αυτοφροντίδα, στην άσκηση και στην πρόληψη προβλημάτων υγείας (Goto et al., 2023; Ransmayr, 2021).

Επιπλέον, η επιβάρυνση επεκτείνεται στην επαγγελματική και οικονομική ζωή των φροντιστών, καθώς πολλοί αναγκάζονται να μειώσουν τις ώρες εργασίας τους, να αλλάξουν επαγγελματικό προσανατολισμό ή ακόμη και να εγκαταλείψουν την εργασία τους προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας. Η συσσώρευση σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων αναδεικνύει ότι η φροντίδα ατόμων με νευρολογικά νοσήματα αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο απαιτεί ολιστική προσέγγιση τόσο στην κλινική πράξη όσο και στον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας (Papastavrou et al., 2020; Goto et al., 2023).

Συνολικά, η βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι η φροντίδα ενός νευρολογικού ασθενούς αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου για ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία, με συνέπειες που επηρεάζουν όχι μόνο τον φροντιστή, αλλά και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας του ασθενούς, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για δομημένες παρεμβάσεις υποστήριξης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Hu et al., 2018). Σε ελληνικό δείγμα ΠΦΥ (n=291), 67,3% των φροντιστών εμφάνισαν μέτριο-σοβαρό φορτίο και 5,8% πολύ σοβαρό (ZBI), ενώ σχεδόν οι μισοί είχαν μέτρια-σοβαρή κατάθλιψη και περίπου 43% μέτριο-σοβαρό στρες (DASS-21). Η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η μη συγκατοίκηση και η ηλικία προέβλεπαν υψηλότερη ZBI, ενώ μεγαλύτερη διάρκεια φροντίδας συσχετίστηκε με μικρότερη επιβάρυνση, πιθανό φαινόμενο προσαρμογής του φροντιστή (Albani et al., 2024).

Επιπρόσθετα, ειδικές συνθήκες κρίσης, όπως η πανδημία COVID-19, ανέδειξαν ακόμη περισσότερο την ευαλωτότητα των άτυπων φροντιστών και την εξάρτησή τους από υποστηρικτικές δομές. Η μελέτη των Tsuyuki et al. (2024) ανέδειξε τις πολυδιάστατες προκλήσεις που αντιμετώπισαν οι οικογενειακοί φροντιστές ατόμων με άνοια στην Ιαπωνία κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι φροντιστές βρέθηκαν αντιμέτωποι με την απώλεια υποστηρικτικών δομών, την αυξημένη ευθύνη φροντίδας και τον φόβο μόλυνσης, γεγονός που οδήγησε σε σημαντική ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση. Παράλληλα, ανέπτυξαν μηχανισμούς ανθεκτικότητας, αξιοποιώντας την τεχνολογία και την οικογενειακή συνοχή. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη ανάπτυξης ευέλικτων και πολιτισμικά ευαίσθητων συστημάτων υποστήριξης, ικανών να διασφαλίσουν τη συνέχεια της φροντίδας ακόμη και σε περιόδους κρίσης δημόσιας υγείας (Tsuyuki et al., 2024).

Συνολικά, η διαθέσιμη βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών αποτελεί πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται τόσο από τα χαρακτηριστικά του φροντιστή όσο και από τη φύση του υποκείμενου νευρολογικού νοσήματος. Η διερεύνηση της σχέσης αυτής αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των φροντιστών όσο και των ασθενών.

5. Ειδικές ομάδες φροντιστών ανά νόσημα

Τα νευρολογικά νοσήματα αποτελούν μία ευρεία και ετερογενή ομάδα παθήσεων που επηρεάζουν το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τις άνοιες, τη νόσο Parkinson, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, την πολλαπλή σκλήρυνση, την πλάγια μυατροφική σκλήρυνση και άλλες νευροεκφυλιστικές ή νευρολογικές διαταραχές. Παρότι τα νοσήματα αυτά παρουσιάζουν διαφορετική παθοφυσιολογία και κλινική εικόνα, συχνά οδηγούν σε λειτουργική εξάρτηση, αυξημένες ανάγκες φροντίδας και σημαντική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών. Στην παρούσα μελέτη, η διερεύνηση της επιβάρυνσης των φροντιστών επικεντρώνεται σε τρεις συχνές κατηγορίες νευρολογικών νοσημάτων, την άνοια, τη νόσο Parkinson και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, λόγω της υψηλής συχνότητάς τους και των ιδιαίτερων απαιτήσεων φροντίδας που τα χαρακτηρίζουν. Οι διαφορές αυτές αφορούν τόσο το είδος των συμπτωμάτων όσο και τον βαθμό λειτουργικής εξάρτησης, τη διάρκεια της φροντίδας και τις ανάγκες συνεχούς επιτήρησης, παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την εμπειρία και την επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών.

5.1 Φροντιστές ασθενών με άνοια

Οι φροντιστές ατόμων με άνοια αποτελούν μία από τις πλέον επιβαρυνμένες ομάδες άτυπων φροντιστών, καθώς η φύση της νόσου απαιτεί συνεχή, μακροχρόνια και πολυδιάστατη φροντίδα. Η επιβάρυνση περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις, με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, την εργασία και την ποιότητα ζωής των φροντιστών (Goto et al., 2023; Ransmayr, 2021). Η φροντίδα ατόμων με άνοια συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, στρες, διαταραχών ύπνου, καρδιαγγειακής επιβάρυνσης, κόπωσης και κοινωνικής απομόνωσης (Goto et al., 2023).

Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-ανάλυσεων η ψυχική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών είναι ιδιαίτερα συχνή, με διάμεση επικράτηση κατάθλιψης 33,35%, στρες 35,25% και συνολικού φορτίου φροντίδας 49,26% (Soh et al., 2025). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι η άτυπη φροντίδα δεν αποτελεί μόνο πρακτική υποχρέωση, αλλά και παράγοντα κινδύνου για την ψυχική υγεία των φροντιστών.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η έκταση του φαινομένου είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περισσότεροι από 11 εκατομμύρια οικογενειακοί και άλλοι άμισθοι

φροντιστές παρείχαν περίπου 18,4 δισεκατομμύρια ώρες φροντίδας σε άτομα με Alzheimer ή άλλες μορφές άνοιας το 2023 (Alzheimer's Association, 2024). Νεότερα στοιχεία της Alzheimer's Association αναφέρουν ότι σχεδόν 13 εκατομμύρια Αμερικανοί παρέχουν άμισθη φροντίδα σε συγγενή ή φίλο με άνοια, ενώ περίπου τα δύο τρίτα των φροντιστών είναι γυναίκες (Alzheimer's Association, 2024).

Η επιβάρυνση των φροντιστών σχετίζεται άμεσα με τα χαρακτηριστικά της νόσου. Η άνοια χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, απώλεια αυτονομίας και συχνά συμπεριφορικά και ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως διέγερση, επιθετικότητα, σύγχυση, διαταραχές ύπνου και αλλαγές προσωπικότητας. Τα συμπτώματα αυτά αυξάνουν την ανάγκη συνεχούς επιτήρησης και υποστήριξης στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, επιβαρύνοντας ιδιαίτερα τους φροντιστές. Η συνεχής ανάγκη επίβλεψης και η σταδιακή απώλεια της αυτονομίας του ασθενούς συχνά μεταβάλλουν τη σχέση μεταξύ ασθενούς και φροντιστή, αυξάνοντας το συναισθηματικό φορτίο και περιορίζοντας τον προσωπικό χρόνο του φροντιστή (Goto et al., 2023; Ransmayr, 2021).

Παράλληλα, η φροντίδα ατόμων με άνοια έχει συνδεθεί με βιολογικές και σωματικές επιπτώσεις στους φροντιστές, όπως αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, μειωμένη ανοσολογική λειτουργία και αυξημένος κίνδυνος επιδείνωσης της γενικής υγείας (Goto et al., 2023). Η οικονομική διάσταση είναι επίσης σημαντική, καθώς η φροντίδα συνεπάγεται άμεσες δαπάνες, απώλεια εισοδήματος, μείωση επαγγελματικής δραστηριότητας και αυξημένη εξάρτηση από οικογενειακούς πόρους (Alzheimer's Association, 2024; Goto et al., 2023).

Συνολικά, τα σύγχρονα δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η φροντίδα ατόμων με άνοια αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες σωματικής και ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών διεθνώς. Η υψηλή συχνότητα ψυχολογικής δυσφορίας, η ανάγκη συνεχούς επίβλεψης και η κοινωνικοοικονομική πίεση καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων, όπως εκπαίδευση φροντιστών, ψυχολογική υποστήριξη, υπηρεσίες ανακούφισης και ενίσχυση των κοινοτικών δομών φροντίδας (Ransmayr, 2021; Goto et al., 2023; Soh et al., 2025).

5.2 Φροντιστές ασθενών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) αποτελεί πολυδιάστατο φαινόμενο που περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Η αιφνίδια εμφάνιση του ΑΕΕ και οι

συχνές επιπτώσεις του στη λειτουργικότητα, την επικοινωνία και την αυτοεξυπηρέτηση των ασθενών μεταβάλλουν σημαντικά την καθημερινότητα των φροντιστών, οι οποίοι καλούνται να αναλάβουν αυξημένες ευθύνες φροντίδας και επίβλεψης. Ως αποτέλεσμα, συχνά βιώνουν αυξημένα επίπεδα στρες, κόπωσης και ψυχολογικής επιβάρυνσης, ιδιαίτερα κατά τους πρώτους μήνες μετά το επεισόδιο. Οι φροντιστές συχνά εμφανίζουν κατάθλιψη, στρες, μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένο κίνδυνο σωματικών νοσημάτων, όπως καρδιαγγειακές διαταραχές, ενώ η ψυχική επιβάρυνση έχει συσχετιστεί με αυξημένη θνησιμότητα (Goto et al., 2023; Ransmayr, 2021). Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, περίπου το 30-50% των φροντιστών ασθενών με ΑΕΕ εμφανίζει κλινικά σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης, ενώ έως και το 40% παρουσιάζει υψηλά επίπεδα στρες, ιδιαίτερα κατά τους πρώτους 6-12 μήνες μετά το επεισόδιο (Deli et al., 2025; Kazemi et al., 2021).

Ειδικότερα, στη μελέτη των Giray et al. (2023), τα επίπεδα επιβάρυνσης ήταν σημαντικά υψηλότερα σε φροντιστές ασθενών με δυσφαγία, αναδεικνύοντας τη στενή σχέση μεταξύ της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς και της ψυχολογικής επιβάρυνσης του φροντιστή. Παράγοντες όπως η ανεξαρτησία του ασθενούς στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, η παρουσία κινητικών ή γνωστικών ελλειμμάτων, καθώς και η ανάγκη συνεχούς επίβλεψης, αυξάνουν σημαντικά την επιβάρυνση φροντίδας (Giray et al., 2023; Jaracz et al., 2024). Νεότερες μελέτες καταδεικνύουν ότι η λειτουργική ανικανότητα και η γνωστική έκπτωση αποτελούν τους ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών, καθώς αυξάνουν την εξάρτηση του ασθενούς από τρίτους για την εκτέλεση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και ενισχύουν την ανάγκη συνεχούς επίβλεψης. Αντίθετα, η ύπαρξη επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης, τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, συμβάλλοντας στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φροντιστών (Jaracz et al., 2024). Η μελέτη των Jaracz et al. (2022) σε 366 φροντιστές ανέδειξε ότι η πλειονότητα ανέλαβε τη φροντίδα χωρίς επαγγελματική εκπαίδευση και με περιορισμένη θεσμική υποστήριξη, γεγονός που οδήγησε σε σημαντική ψυχοσωματική επιβάρυνση και μείωση της ποιότητας ζωής. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών ήταν γυναίκες σύζυγοι ή μέλη της οικογένειας, στοιχείο που επιβεβαιώνεται και από διεθνή δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία πάνω από το 60-70% των φροντιστών ασθενών με ΑΕΕ είναι γυναίκες (OECD, 2025; Jaracz et al., 2022). Η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή συχνά συνοδεύεται από διακοπή εργασίας ή μείωση της επαγγελματικής δραστηριότητας, οδηγώντας

σε σημαντική οικονομική επιβάρυνση του ίδιου και της οικογένειάς του (Kazemi et al., 2021). Η απώλεια εισοδήματος, σε συνδυασμό με τις αυξημένες δαπάνες που σχετίζονται με τη φροντίδα και την αποκατάσταση του ασθενούς, μπορεί να επιδεινώσει το οικονομικό φορτίο και να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των φροντιστών. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η επιβάρυνση της φροντίδας μετά από ΑΕΕ είναι ιδιαίτερα υψηλή, καθώς εκτιμάται ότι περισσότεροι από 101 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με τις συνέπειες εγκεφαλικού επεισοδίου, με μεγάλο ποσοστό να χρειάζεται μακροχρόνια φροντίδα (GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators, 2024). Η αιφνίδια εμφάνιση της νόσου και η απότομη απώλεια λειτουργικότητας δημιουργούν έντονο πρακτικό και συναισθηματικό φορτίο για τους φροντιστές, ιδιαίτερα κατά την πρώιμη μετανοσοκομειακή περίοδο. Έχει αποδειχθεί ότι η πρώιμη εκπαίδευση των φροντιστών και η κατ' οίκον υποστήριξη συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της επιβάρυνσης και στη βελτίωση της έκβασης τόσο για τον ασθενή όσο και για τον φροντιστή (Ransmayr, 2021; Giray et al., 2023).

Επιπλέον, η μακροχρόνια επιβάρυνση των φροντιστών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο σωματικών προβλημάτων, όπως υπέρταση, μυοσκελετικές διαταραχές και εξάντληση, καθώς και με κοινωνική απομόνωση και περιορισμό κοινωνικών δραστηριοτήτων (Tramonti et al., 2019; Kazemi et al., 2021). Μελέτες δείχνουν ότι η επιβάρυνση παραμένει υψηλή ακόμη και χρόνια μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, γεγονός που υπογραμμίζει τη χρόνια φύση της επιβάρυνσης φροντίδας (Jaracz et al., 2024).

Συνολικά, τα σύγχρονα δεδομένα αναδεικνύουν ότι η φροντίδα ασθενών μετά από ΑΕΕ αποτελεί μία από τις πλέον απαιτητικές μορφές άτυπης φροντίδας. Η πολυπλοκότητα των αναγκών του ασθενούς, η απουσία επαρκούς εκπαίδευσης και υποστήριξης των φροντιστών και η μακροχρόνια διάρκεια της φροντίδας καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη ολοκληρωμένων παρεμβάσεων. Η ενίσχυση των υπηρεσιών αποκατάστασης, η εκπαίδευση των φροντιστών και η ενσωμάτωση οικογενειοκεντρικών μοντέλων φροντίδας αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών (OECD, 2025; Ransmayr, 2021).

5.3 Φροντιστές ασθενών με νόσο Parkinson

Η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ασθενών με νόσο Parkinson αποτελεί πολυδιάστατο φαινόμενο με σοβαρές ψυχοκοινωνικές συνέπειες (Lesley et al., 2025). Η νόσος Parkinson αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη νευροεκφυλιστική νόσο μετά τη νόσο

Alzheimer και η επιδημιολογική της επιβάρυνση αυξάνεται διεθνώς λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Σύμφωνα με την ανάλυση του Global Burden of Disease 2021, περίπου 11,77 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με νόσο Parkinson παγκοσμίως το 2021, αριθμός σημαντικά αυξημένος σε σχέση με το 1990 (Li et al., 2025). Παράλληλα, προβολές εκτιμούν ότι ο αριθμός των ασθενών μπορεί να υπερδιπλασιαστεί έως το 2050, ενισχύοντας τη ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα και υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών (Bloem et al., 2021; Donzuso et al., 2025; Li et al., 2025). Η μελέτη των Corallo et al. (2017) ανέδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με νόσο Parkinson και των οικογενειακών φροντιστών τους είναι άμεσα αλληλεξαρτώμενη. Όσο περισσότερο επιδεινώνεται η κατάσταση του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει γνωστική έκπτωση, τόσο αυξάνεται η σωματική και ψυχική επιβάρυνση των φροντιστών, οδηγώντας σε μείωση της δικής τους ευεξίας. Η μελέτη κατέδειξε ότι η νόσος Parkinson δεν αποτελεί μόνο ιατρικό πρόβλημα, αλλά και οικογενειακή και κοινωνική πρόκληση, η οποία απαιτεί ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση (Corallo et al., 2017).

Η μελέτη των Damier et al. (2022) ανέδειξε ότι τα επεισόδια off-time στη νόσο Parkinson έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών. Ως «off-time» ορίζονται οι περίοδοι κατά τις οποίες η δράση της φαρμακευτικής αγωγής μειώνεται ή παύει προσωρινά, με αποτέλεσμα την επανεμφάνιση ή επιδείνωση των κινητικών και μη κινητικών συμπτωμάτων της νόσου, όπως η δυσκαμψία, η βραδυκινησία, ο τρόμος και οι διαταραχές της διάθεσης. Τα επεισόδια αυτά σχετίζονται με αυξημένο στρες, αίσθημα απώλειας ελέγχου και κοινωνική απομόνωση, ενώ αναδεικνύουν την ανάγκη καλύτερης επικοινωνίας με τις υπηρεσίες υγείας και εξατομικευμένης φροντίδας (Damier et al., 2022). Επιπλέον, η σταδιακή εξέλιξη της νόσου Parkinson σημαίνει ότι οι φροντιστές καλούνται να προσαρμόζονται συνεχώς σε νέες απαιτήσεις φροντίδας, γεγονός που ενδέχεται να εντείνει το αίσθημα αβεβαιότητας και να αυξάνει τη μακροχρόνια ψυχολογική επιβάρυνση. Η διαρκής ανάγκη προσαρμογής στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής και την ψυχική ευεξία των φροντιστών.

Οι φροντιστές στη μελέτη των Corallo et al. (2017) βίωναν αυξημένα επίπεδα στρες, κατάθλιψη και κοινωνικής απομόνωσης, καθώς καλούνταν να διαχειριστούν τόσο τα κινητικά όσο και τα μη κινητικά συμπτώματα των ασθενών, όπως κατάθλιψη, απάθεια, διαταραχές ύπνου και γνωστική έκπτωση. Η γνωστική επιδείνωση του ασθενούς σχετίστηκε με σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής του φροντιστή (Corallo et al., 2017).

Παρόμοια ευρήματα παρατηρούνται και σε φροντιστές ασθενών με άνοια και εγκεφαλικά επεισόδια, όπου η εξάρτηση του ασθενούς και η έλλειψη υποστήριξης αυξάνουν την επιβάρυνση φροντίδας (Papastavrou et al., 2007; Albani et al., 2024; Giray et al., 2023).

Νεότερες συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν ότι η επιβάρυνση των φροντιστών στη νόσο Parkinson επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες, όπως η βαρύτητα της νόσου, η λειτουργική εξάρτηση, τα μη κινητικά συμπτώματα, η διάρκεια της φροντίδας και η κοινωνική υποστήριξη (Mosley et al., 2017). Ιδιαίτερα, τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα και η γνωστική έκπτωση έχουν αναδειχθεί ως οι σημαντικότεροι παράγοντες αύξησης του φορτίου φροντίδας. Επιπλέον, η παρουσία διαταραχών ύπνου, ψευδαισθήσεων και διακυμάνσεων της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών έχει συσχετιστεί με αυξημένες απαιτήσεις επίβλεψης και μεγαλύτερο φορτίο φροντίδας. Τα συμπτώματα αυτά συχνά διαταράσσουν την καθημερινότητα των φροντιστών, περιορίζουν τον χρόνο ανάπαυσης και αυξάνουν τον κίνδυνο σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης (Schrag et al., 2019). Συνεπώς, στο Parkinson το φορτίο είναι «μικτό», καθώς περιλαμβάνει κινητικές, γνωστικές και ψυχολογικές απαιτήσεις και είναι χρονικά παρατεταμένο, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη συνεχή υποστήριξη των φροντιστών (Ransmayr, 2021).

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι οι φροντιστές ασθενών με νόσο Parkinson εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης, ιδιαίτερα στα προχωρημένα στάδια της νόσου, όταν αυξάνονται οι ανάγκες για επίβλεψη και υποστήριξη στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Επιπλέον, εκτιμάται ότι έως και το 40-50% των φροντιστών εμφανίζει σημαντικά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, ενώ η ποιότητα ζωής τους επηρεάζεται άμεσα από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων του ασθενούς (Mosley et al., 2017; Schrag et al., 2019).

Συνολικά, η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η έλλειψη εκπαίδευσης, η μακροχρόνια διάρκεια της φροντίδας και οι αυξημένες απαιτήσεις οδηγούν σε σύνδρομο φροντιστή (caregiver burnout), με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στον φροντιστή όσο και στον ασθενή. Η ανάπτυξη παρεμβάσεων εκπαίδευσης, ψυχολογικής υποστήριξης και ενίσχυσης των κοινοτικών υπηρεσιών αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα της φροντίδας. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου Parkinson, όπως οι κινητικές διακυμάνσεις, τα μη κινητικά συμπτώματα και η προοδευτική λειτουργική έκπτωση, διαφοροποιούν το φορτίο φροντίδας σε σχέση με άλλα νευρολογικά νοσήματα, γεγονός

που δικαιολογεί τη διερεύνηση της επίδρασης της φύσης του νοσήματος στην επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών. (Ransmayr, 2021; Bloem et al., 2021).

6. Εργαλεία αξιολόγησης της επιβάρυνσης

Η αξιολόγηση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών αποτελεί σύνθετη διαδικασία, καθώς περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές, σωματικές και λειτουργικές διαστάσεις. Για τον λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένα ψυχομετρικά εργαλεία που επιτρέπουν την αντικειμενική αποτίμηση του φορτίου φροντίδας, του στρες, της γνωστικής κατάστασης των ασθενών, της λειτουργικής τους ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής. Η χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην ερευνητική διαδικασία, καθώς συμβάλλει στην ακριβέστερη κατανόηση των αναγκών των ασθενών και των φροντιστών τους. Τα κυριότερα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αποτίμηση της επιβάρυνσης και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης των άτυπων φροντιστών έχουν επικυρωθεί και σταθμιστεί στο ελληνικό πλαίσιο, παρουσιάζοντας υψηλούς δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Η κλίμακα **Zarit Burden Interview (ZBI)** αποτελεί το πλέον διαδεδομένο εργαλείο διεθνώς για την εκτίμηση του συνολικού ψυχοκοινωνικού φορτίου των φροντιστών. Η ελληνική προσαρμογή της κλίμακας, όπως αναπτύχθηκε από την Papastavrou et al. (2007), τεκμηρίωσε άριστη εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha = 0,93$) και εννοιολογική εγκυρότητα, αναδεικνύοντας τέσσερις διαστάσεις της επιβάρυνσης: προσωπική ένταση, περιορισμό ρόλων, αποστέρηση κοινωνικών σχέσεων και δυσκολίες διαχείρισης της φροντίδας. Νεότερη μελέτη επικύρωσης της ελληνικής εκδοχής σε φροντιστές ενηλίκων με νοητική αναπηρία επιβεβαίωσε τη σταθερότητα της ψυχομετρικής δομής και την υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου (Cronbach's $\alpha = 0,89$), ενισχύοντας τη γενικευσιμότητά του σε διαφορετικούς πληθυσμούς φροντιστών (Parpa et al., 2017).

Η κλίμακα **Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10)** αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο σχεδιασμένο για τη μέτρηση του στρες που βιώνουν οι άτυποι φροντιστές απόρων με άνοια. Η ελληνική επικύρωση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε από τους Pitsikali et al. στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διαχείριση του Στρες και Προαγωγή της Υγείας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ. Η

μελέτη περιέλαβε 100 άτυπους φροντιστές ατόμων με διάφορους τύπους άνοιας, οι οποίοι παρείχαν συστηματική φροντίδα τουλάχιστον μία ώρα εβδομαδιαίως. Η ελληνική εκδοχή της KCSS διατήρησε την αρχική της δομή, αποτελούμενη από 10 ερωτήματα καταναμεμημένα σε τρεις υποκλίμακες: «ζητήματα φροντίδας» (*caregiving issues*), «οικογενειακά ζητήματα» (*family issues*) και «οικονομικά ζητήματα» (*financial issues*). Η ανάλυση αξιοπιστίας ανέδειξε πολύ ικανοποιητική εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0,85$), ενώ η ανάλυση εγκυρότητας επιβεβαίωσε ισχυρή κριτηριακή εγκυρότητα μέσω θετικών συσχετίσεων με την Zarit Burden Interview ($r = 0,802$, $p < 0,001$) και την Perceived Stress Scale (PSS) ($r = 0,573$, $p < 0,05$), καθώς και αρνητικών συσχετίσεων με τον OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire ($r = -0,355$, $p < 0,05$). Αν και η θεωρητική δομή της κλίμακας περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες, η παραγοντική ανάλυση της ελληνικής επικύρωσης ανέδειξε δύο κύριους παράγοντες ($KMO = 0,827$, $p < 0,001$) οδήγησε σε δύο κύριους παράγοντες που εξηγούν το 63,1% της διακύμανσης, με τον πρώτο να αποτυπώνει τα ζητήματα φροντίδας και τον δεύτερο τα οικογενειακά ζητήματα. Τα ευρήματα αυτά τεκμηριώνουν ότι η KCSS αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση του στρες των φροντιστών στο ελληνικό πλαίσιο, κατάλληλο για ερευνητική και κλινική χρήση (Pitsikali et al., 2015).

Η κλίμακα **Mini-Mental State Examination (MMSE)** αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία διεθνώς για την αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών, η οποία χρησιμοποιείται τόσο σε ερευνητικά όσο και σε κλινικά περιβάλλοντα για τη διάγνωση και την παρακολούθηση ασθενών με άνοια. Η ελληνική στάθμιση και μελέτη εγκυρότητας της κλίμακας πραγματοποιήθηκε από τους Fountoulakis et al. σε δείγμα 354 συμμετεχόντων (202 υγιείς και 152 ασθενείς με άνοια). Η ανάλυση έδειξε υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0,82$), ευαισθησία 90,8% και ειδικότητα 90,6% στο όριο αποκοπής των 23/24 βαθμών. Η ελληνική εκδοχή παρουσίασε ισχυρή συσχέτιση με άλλα εργαλεία γνωστικής αξιολόγησης (π.χ. CAMCOG, DSM-IV) και αποδείχθηκε κατάλληλη για χρήση τόσο σε κλινικούς όσο και σε κοινοτικούς πληθυσμούς. Η MMSE εξετάζει επιμέρους τομείς όπως τον προσανατολισμό, τη μνήμη, την προσοχή, τη γλώσσα και τις οπτικοχωρικές δεξιότητες, προσφέροντας μια γρήγορη αλλά αξιόπιστη εκτίμηση της γνωστικής λειτουργίας. Στην ελληνική κλινική πρακτική, η MMSE χρησιμοποιείται ευρέως για τον αρχικό εντοπισμό γνωστικής έκπτωσης και τη διαχρονική παρακολούθηση της πορείας ασθενών με άνοια, νόσο Alzheimer και άλλες νευροεκφυλιστικές παθήσεις (Fountoulakis et al., 2000).

Η κλίμακα SF-36 (Short Form Health Survey-36) αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα διεθνώς εργαλεία για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (health-related quality of life (HRQoL)). Η ελληνική έκδοσή του ερωτηματολογίου έχει μεταφραστεί, σταθμιστεί και επικυρωθεί με εξαιρετικά αποτελέσματα ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της. Σύμφωνα με τη μελέτη των Anagnostopoulos, Niakas και Pappa (2005), η ελληνική προσαρμογή του SF-36 παρουσίασε υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha > 0,80$) σε όλες τις διαστάσεις, καθώς και ισχυρή συσχέτιση με δείκτες φυσικής και ψυχικής υγείας, επιβεβαιώνοντας την κατασκευαστική εγκυρότητα του εργαλείου. Η κλίμακα αξιολογεί οκτώ τομείς: σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία, που συγκροτούν δύο βασικές διαστάσεις: τη σωματική και την ψυχική συνιστώσα της ποιότητας ζωής. Η ελληνική εφαρμογή του SF-36, όπως τεκμηριώθηκε και στη μελέτη της Παπαρούπα (2018) σε δείγμα Ελλήνων φροντιστών ατόμων με χρόνια νοσήματα, ανέδειξε την ευαισθησία του εργαλείου στην ανίχνευση διαφορών ανάμεσα σε ομάδες με διαφορετικά επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης, επιβεβαιώνοντας τη χρησιμότητά του για την αποτίμηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών στο ελληνικό πλαίσιο. Το SF-36 αποτελεί, συνεπώς, έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των άτυπων φροντιστών, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη συνολική αξιολόγηση του φορτίου φροντίδας (Anagnostopoulos et al., 2005).

Ο Δείκτης Modified Barthel Index (MBI) αποτελεί ένα από τα πλέον αξιόπιστα και ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την εκτίμηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής (Activities of Daily Living, ADL) σε ασθενείς με νευρολογικές παθήσεις. Η πρόσφατη ελληνική προσαρμογή και επικύρωση της κλίμακας (Ferfeli et al., 2024) πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 100 ασθενών αποκατάστασης (50 με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και 50 με κάκωση νωτιαίου μυελού) και κατέδειξε εξαιρετικά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Η ανάλυση παραγόντων ανέδειξε δύο διαστάσεις: «Μετακινήσεις και Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής» και «Κινητικότητα» με Cronbach's $\alpha = 0.920$ και 0.860 αντίστοιχα και τελική συνολική αξιοπιστία 0.923 . Η συσχέτιση με το Katz Index ($r = 0.873$) και την υποκλίμακα φυσικής λειτουργικότητας του SF-36 ($r = 0.580$) επιβεβαίωσε την εγκυρότητα συγκλίσεως, ενώ η δοκιμασία επαναληψιμότητας (ICC = 0.994) απέδειξε εξαιρετική σταθερότητα. Συνολικά, η ελληνική έκδοση της MBI αποδείχθηκε πολιτισμικά κατάλληλη, έγκυρη και αξιόπιστη,

καθιστώντας την πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας και της αποκατάστασης σε Έλληνες ασθενείς νευρολογικής αποκατάστασης (Ferfeli et al., 2024).

Συνολικά, η συνδυασμένη χρήση των παραπάνω εργαλείων επιτρέπει την πολυδιάστατη αξιολόγηση τόσο των ασθενών όσο και των άτυπων φροντιστών τους. Η εκτίμηση της επιβάρυνσης, του στρες, της γνωστικής λειτουργίας, της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία της φροντίδας και συμβάλλει στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης. Η πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση επιτρέπει την πληρέστερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών του ασθενούς και της επιβάρυνσης του άτυπου φροντιστή, στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας μελέτης.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΑ

1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

1.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής και οικονομικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών ασθενών με νευρολογικά νοσήματα, καθώς και η αξιολόγηση του επιπέδου επιβάρυνσης και του αντιλαμβανόμενου στρες των άτυπων φροντιστών μέσω έγκυρων και αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων και η διερεύνηση της σχέσης τους με τη φύση του νευρολογικού νοσήματος.

1.2 Επιμέρους στόχοι

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

1. Η καταγραφή των δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών χαρακτηριστικών των άτυπων φροντιστών και των ασθενών με νευρολογικά νοσήματα.
2. Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών της παρεχόμενης άτυπης φροντίδας και των συνθηκών υπό τις οποίες αυτή παρέχεται.
3. Η αξιολόγηση της πολυδιάστατης επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών (σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής και οικονομικής).
4. Η εκτίμηση του επιπέδου στρες και του συνολικού φορτίου φροντίδας των άτυπων φροντιστών.
5. Η αξιολόγηση της γνωστικής κατάστασης και της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών με νευρολογικά νοσήματα.
6. Η διερεύνηση πιθανών διαφορών στην επιβάρυνση των φροντιστών ανάλογα με το είδος του νευρολογικού νοσήματος (άνοια, νόσος Parkinson και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο).
7. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών, των συνθηκών φροντίδας και της επιβάρυνσης των φροντιστών.
8. Η καταγραφή των αναγκών υποστήριξης, εκπαίδευσης και ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης των άτυπων φροντιστών.

9. Η ανάδειξη παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο φορτίο φροντίδας και ψυχολογική επιβάρυνση, με στόχο τη διαμόρφωση προτάσεων για παρεμβάσεις στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι τα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών και των ασθενών με νευρολογικά νοσήματα;
2. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της παρεχόμενης άτυπης φροντίδας και του υποστηρικτικού πλαισίου των φροντιστών;
3. Ποιος είναι ο βαθμός επιβάρυνσης και στρες των άτυπων φροντιστών ασθενών με νευρολογικά νοσήματα;
4. Ποια είναι η σωματική, ψυχική, κοινωνική και οικονομική επίδραση της παροχής φροντίδας στους άτυπους φροντιστές;
5. Ποιοι παράγοντες που σχετίζονται με τον φροντιστή, τον ασθενή και τις συνθήκες παροχής φροντίδας συσχετίζονται με αυξημένη επιβάρυνση των φροντιστών;
6. Ποιοι παράγοντες που σχετίζονται με τον φροντιστή, τον ασθενή και τις συνθήκες παροχής φροντίδας συσχετίζονται με αυξημένα επίπεδα στρες των φροντιστών;
7. Υπάρχουν διαφορές στην επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ανάλογα με τη φύση του νευρολογικού νοσήματος (άνοια, νόσος Parkinson και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο);
8. Υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα στρες των άτυπων φροντιστών ανάλογα με τη φύση του νευρολογικού νοσήματος;

Ποιες είναι οι ανάγκες υποστήριξης, εκπαίδευσης και υπηρεσιών ανακούφισης (respite care) των άτυπων φροντιστών και πώς σχετίζονται με το φορτίο φροντίδας;

2. Μεθοδολογία

2.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα έρευνα αποτελεί ποσοτική, αναλυτική, παρατηρητική μελέτη διατομικού χαρακτήρα (cross-sectional study). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό εξειδικευμένο νευρολογικό ιατρείο στο Αιγάλεω Αττικής, το οποίο παρέχει υπηρεσίες διάγνωσης, παρακολούθησης και υποστήριξης ασθενών με νευρολογικά νοσήματα, όπως

άνοια, νόσο Parkinson και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από άτυπους φροντιστές ασθενών με νευρολογικά νοσήματα που παρακολουθούνταν στο συγκεκριμένο ιατρείο. Η επιλογή της ποσοτικής μεθοδολογίας κρίθηκε κατάλληλη, καθώς επιτρέπει τη συστηματική καταγραφή, ποσοτικοποίηση και στατιστική ανάλυση των χαρακτηριστικών των φροντιστών, καθώς και της επιβάρυνσης και του στρες που βιώνουν (Polit & Beck, 2021).

2.2 Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 άτυποι φροντιστές ασθενών με νευρολογικά νοσήματα. Οι συμμετέχοντες ήταν οι κύριοι άτυποι φροντιστές ατόμων με άνοια, νόσο Parkinson ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και παρείχαν συστηματική φροντίδα στους ασθενείς. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν επίσης ασθενείς με συνύπαρξη περισσότερων του ενός νευρολογικών νοσημάτων, υπό την προϋπόθεση ότι μία από τις κύριες διαγνώσεις τους ήταν η άνοια, η νόσος Parkinson ή το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η δειγματοληψία ήταν μη πιθανολογική και συγκεκριμένα δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), καθώς οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και την προθυμία συμμετοχής τους στη μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικό εξειδικευμένο νευρολογικό ιατρείο στο Αιγάλεω Αττικής κατά το χρονικό διάστημα από 28 Οκτωβρίου 2025 έως και 28 Φεβρουαρίου 2026. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας και, μετά την παροχή γραπτής ενημερωμένης συγκατάθεσης, συμπλήρωναν το ερευνητικό ερωτηματολόγιο.

2.3 Κριτήρια ένταξης

Στη μελέτη εντάχθηκαν άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω, τα οποία παρείχαν άτυπη φροντίδα σε ασθενή με διαγνωσμένη άνοια, νόσο Parkinson ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να αποτελούν τον κύριο άτυπο φροντιστή του ασθενούς και να παρέχουν συστηματική φροντίδα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο μηνών. Επιπλέον, προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους ήταν η επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας, η δυνατότητα κατανόησης και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, η εθελοντική αποδοχή συμμετοχής στη μελέτη και η υπογραφή του εντύπου ενημερωμένης συγκατάθεσης.

2.4 Κριτήρια αποκλεισμού

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν επαγγελματίες ή έμμισθοι φροντιστές, άτομα με γνωστή σοβαρή ψυχική νόσο ή γνωστική διαταραχή που θα μπορούσε να επηρεάσει την αξιοπιστία συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την παροχή έγκυρης ενημερωμένης συγκατάθεσης, φροντιστές που παρείχαν περιστασιακή και όχι συστηματική φροντίδα, καθώς και συμμετέχοντες που δεν ολοκλήρωσαν πλήρως τη διαδικασία συλλογής δεδομένων ή τα ερευνητικά εργαλεία. Εξαιρέθηκαν επίσης φροντιστές που δεν ήταν σε θέση να παράσχουν αξιοπίστες πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή ή τη διαδικασία φροντίδας.

2.5 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, καθώς και σταθμισμένα εργαλεία αξιολόγησης της επιβάρυνσης, του στρες, της γνωστικής κατάστασης και της λειτουργικότητας των ασθενών.

A) Ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών

Χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, το οποίο κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης με βάση τη σχετική διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία αναφορικά με την άτυπη φροντίδα και την επιβάρυνση των φροντιστών. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική και οικονομική κατάσταση των φροντιστών, καθώς και στοιχεία που αφορούσαν τη φροντίδα του ασθενούς, όπως η συγγενική σχέση με τον ασθενή, η διάρκεια και οι ημερήσιες ώρες φροντίδας, η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, οι συνθήκες παροχής φροντίδας και οι ανάγκες υποστήριξης των φροντιστών.

B) Zarit Burden Interview (ZBI-22)

Η κλίμακα Zarit Burden Interview (ZBI-22) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του του συνολικού φορτίου φροντίδας (caregiver burden) των άτυπων φροντιστών. Η κλίμακα αναπτύχθηκε αρχικά από τους Zarit, Reever και Bach-Peterson (1980) για την

εκτίμηση του ψυχοκοινωνικού φορτίου που βιώνουν οι φροντιστές ατόμων με χρόνια νοσήματα και άνοια. Αποτελεί ένα από τα πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της επιβάρυνσης φροντιστών διεθνώς.

Η ZBI-22 περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις που αξιολογούν τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και συναισθηματική επιβάρυνση του φροντιστή. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert από 0 («ποτέ») έως 4 («σχεδόν πάντα»), με συνολικό εύρος βαθμολογίας από 0 έως 88. Υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερο επίπεδο επιβάρυνσης. Αθροίζοντας τις βαθμολογίες και των 22 ερωτήσεων προκύπτει το συνολικό σκορ της κλίμακας, το οποίο ερμηνεύεται ως εξής: 0-20 βαθμοί υποδηλώνουν ελάχιστη έως καθόλου επιβάρυνση, 21-40 βαθμοί ήπια έως μέτρια επιβάρυνση, 41-60 βαθμοί μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση και 61-88 βαθμοί σοβαρή επιβάρυνση.

Η ελληνική προσαρμογή και στάθμιση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε από τους Papastavrou et al. (2007), παρουσιάζοντας υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, με πολύ καλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0,93$). Η ελληνική εκδοχή της κλίμακας έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πληθυσμούς φροντιστών ασθενών με χρόνια και νευρολογικά νοσήματα.

Γ) Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10)

Η κλίμακα Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του επιπέδου στρες των φροντιστών. Η κλίμακα αναπτύχθηκε από τους Sadak et al. για την εκτίμηση του ψυχολογικού φορτίου και της έντασης που βιώνουν οι άτυποι φροντιστές ατόμων με άνοια και χρόνια νοσήματα.

Η KCSS αποτελείται από 10 ερωτήσεις που αφορούν ζητήματα φροντίδας, οικογενειακά ζητήματα και οικονομικά προβλήματα που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, ενώ υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες του φροντιστή. Το συνολικό σκορ της κλίμακας κυμαίνεται από 10 έως 50 βαθμούς και ερμηνεύεται ως εξής: βαθμολογία 10-14 αντιστοιχεί σε ήπιο στρες, 15-23 σε μέτριο στρες και 24-50 σε σοβαρό στρες.

Η ελληνική επικύρωση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε από τους Pitsikali et al. (2015) σε δείγμα Ελλήνων άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια. Η ελληνική εκδοχή παρουσίασε υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, με πολύ ικανοποιητική εσωτερική συνοχή

(Cronbach's $\alpha = 0,85$), γεγονός που την καθιστά κατάλληλη για χρήση τόσο στην κλινική πράξη όσο και στην ερευνητική διαδικασία.

Δ) Mini Mental State Examination (MMSE)

Για την εκτίμηση της γνωστικής κατάστασης των ασθενών χορηγήθηκε το Mini Mental State Examination (MMSE), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Folstein, Folstein και McHugh (1975) και αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης γνωστικών λειτουργιών διεθνώς.

Η κλίμακα αξιολογεί επιμέρους γνωστικές λειτουργίες όπως ο προσανατολισμός, η μνήμη, η προσοχή, η γλώσσα, η ικανότητα κατανόησης και οι οπτικοχωρικές δεξιότητες. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 30, με χαμηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερη γνωστική έκπτωση. Βαθμολογίες 24-30 θεωρούνται εντός φυσιολογικών ορίων, 18-23 υποδηλώνουν ήπια έως μέτρια γνωστική έκπτωση, ενώ βαθμολογίες κάτω από 18 συνδέονται με σοβαρότερη γνωστική δυσλειτουργία.

Η ελληνική στάθμιση και επικύρωση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε από τους Fountoulakis et al. (2000), παρουσιάζοντας υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, με πολύ καλή ευαισθησία και ειδικότητα για την ανίχνευση γνωστικής έκπτωσης και άνοιας στον ελληνικό πληθυσμό.

Ε) Modified Barthel Index (MBI)

Η λειτουργικότητα των ασθενών αξιολογήθηκε με τον Modified Barthel Index (MBI), ο οποίος αποτελεί τροποποιημένη μορφή του αρχικού Barthel Index των Mahoney και Barthel (1965) και χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ικανότητας εκτέλεσης δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής.

Η κλίμακα περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η σίτιση, η προσωπική υγιεινή, η ένδυση, η κινητικότητα, οι μετακινήσεις και η αυτοεξυπηρέτηση. Υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερο επίπεδο λειτουργικής ανεξαρτησίας του ασθενούς. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 100, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό λειτουργικής ανεξαρτησίας και χαμηλότερες βαθμολογίες αυξημένη εξάρτηση από τρίτους για τις δραστηριότητες καθημερινής ζωής (Activities of Daily Living - ADL).

Η ελληνική προσαρμογή και επικύρωση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε από τους Ferfeli et al. (2024), παρουσιάζοντας υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα σε ασθενείς νευρολογικής αποκατάστασης, γεγονός που καθιστά την κλίμακα κατάλληλη για χρήση στον ελληνικό πληθυσμό ασθενών με νευρολογικά νοσήματα.

2.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με τον σκοπό, τη διαδικασία και τους στόχους της έρευνας. Πριν από τη συμμετοχή τους, οι υποψήφιοι συμμετέχοντες ενημερώνονταν αναλυτικά για τη μελέτη και υπέγραφαν έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε παρουσία της ερευνήτριας, η οποία ήταν διαθέσιμη για την παροχή διευκρινίσεων χωρίς να επηρεάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε χώρο που διασφάλιζε την ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων. Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς καμία επίπτωση ή συνέπεια. Το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης παρατίθεται στο Παράρτημα της εργασίας.

2.7 Ηθική και δεοντολογία

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι, καθώς και με τις βασικές αρχές της βιοηθικής και της ερευνητικής δεοντολογίας. Η μελέτη εκπονήθηκε στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, σύμφωνα με τον κανονισμό εκπόνησης διπλωματικών εργασιών του ιδρύματος. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη σύμφωνη γνώμη της επιβλέπουσας της διπλωματικής εργασίας και κατόπιν έγγραφης άδειας του επιστημονικά υπεύθυνου του ιδιωτικού νευρολογικού ιατρείου, όπου διεξήχθη η έρευνα. Η σχετική άδεια παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας. Διασφαλίστηκαν η εθελοντική συμμετοχή των ατόμων στην έρευνα, η δυνατότητα αποχώρησης από τη μελέτη οποιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς καμία επίπτωση, η ανωνυμία των συμμετεχόντων, η εμπιστευτικότητα των δεδομένων και η προστασία των προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (General Data Protection Regulation – GDPR, Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679).

Πριν από τη συμμετοχή τους, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως σχετικά με τον σκοπό, τη διαδικασία και τους στόχους της έρευνας, καθώς και για τη χρήση των δεδομένων που συλλέχθηκαν και τα δικαιώματά τους ως συμμετέχοντες στη μελέτη. Η συμμετοχή πραγματοποιήθηκε μόνο μετά την υπογραφή εντύπου ενημερωμένης συγκατάθεσης. Για λόγους προστασίας των συμμετεχόντων και διασφάλισης της εγκυρότητας της ενημερωμένης συγκατάθεσης, δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη άτομα με γνωστή σοβαρή ψυχική νόσο ή σημαντική γνωστική διαταραχή.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν και αποθηκεύτηκαν με τρόπο που διασφάλιζε την προστασία της ιδιωτικότητας των συμμετεχόντων και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

2.8 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics, έκδοση 25.0. Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για την παρουσίαση των δημογραφικών, κοινωνικών, κλινικών και φροντιστικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν ως απόλυτες συχνότητες και ποσοστά, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν ως μέση τιμή $\pm$ τυπική απόκλιση (Mean $\pm$ SD).

Η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών αξιολογήθηκε με βάση την κλίμακα Zarit Burden Interview (ZBI-22), ενώ το στρες των φροντιστών αξιολογήθηκε με βάση τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10). Οι βαθμολογίες των κλιμάκων κατηγοριοποιήθηκαν σε επίπεδα επιβάρυνσης ή στρες, αντίστοιχα, και στη συνέχεια διερευνήθηκε η συσχέτισή τους με επιμέρους χαρακτηριστικά των φροντιστών, των ασθενών και της παρεχόμενης φροντίδας.

Για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson's Chi-square test (χ^2). Οι αναλύσεις εφαρμόστηκαν για την εκτίμηση της σχέσης της επιβάρυνσης και του στρες των φροντιστών με δημογραφικούς παράγοντες, χαρακτηριστικά της φροντίδας, ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις, καθώς και κλινικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$. Σε περιπτώσεις όπου οι αναμενόμενες συχνότητες ήταν μικρές, τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης

ερμηνεύθηκαν με προσοχή, λόγω του περιορισμένου μεγέθους ορισμένων υποομάδων.
Όλες οι αναλύσεις ήταν αμφίπλευρες.

3. Αποτελέσματα

3.1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του φροντιστή

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των φροντιστών. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες με ποσοστό 80,0% του δείγματος, ενώ οι άνδρες αποτέλεσαν το 20,0%. Η μέση ηλικία των φροντιστών ήταν 57,3 έτη με τυπική απόκλιση 12 έτη, γεγονός που δείχνει ότι οι περισσότεροι φροντιστές βρίσκονταν σε μέση ή μεγαλύτερη ηλικία. Ως προς την υπηκοότητα, η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν ελληνικής υπηκοότητας, με ποσοστό 96,7%, ενώ μόνο το 3,3% είχε αλβανική υπηκοότητα. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι φροντιστές ήταν έγγαμοι, σε ποσοστό 80,0%, ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στους άγαμους/ες, διαζευγμένους/ες και χήρους/ες.

Σε σχέση με τον αριθμό των τέκνων, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν δύο παιδιά, σε ποσοστό 55,0%, ενώ το 21,7% είχε ένα παιδί και το 16,7% δεν είχε παιδιά. Η μέση ηλικία των τέκνων ήταν 23,1 έτη με τυπική απόκλιση 13,6 έτη. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι αρκετοί φροντιστές ενδέχεται να έχουν παράλληλα οικογενειακές υποχρεώσεις, οι οποίες μπορεί να συνυπάρχουν με τις απαιτήσεις της άτυπης φροντίδας.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών ήταν απόφοιτοι Λυκείου, σε ποσοστό 58,3%. Μικρότερα ποσοστά είχαν ολοκληρώσει Δημοτικό ή Γυμνάσιο, ενώ το 19,9% περίπου είχε ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο. Ως προς την επαγγελματική κατάσταση, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες εργάζονταν με πλήρη απασχόληση, σε ποσοστό 53,3%, ενώ το 26,7% ασχολούνταν με τα οικιακά. Επιπλέον, ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό, 6,7%, δήλωσε ότι ήταν άνεργο λόγω της παροχής άτυπης φροντίδας. Τέλος, ως προς την οικονομική κατάσταση, το 41,7% των φροντιστών δήλωσε ότι είχε επαρκές εισόδημα αλλά αντιμετώπιζε μικρές δυσκολίες, ενώ το 33,3% ανέφερε επαρκές εισόδημα χωρίς δυσκολίες. Ωστόσο, το 25,0% του δείγματος ανέφερε συχνές ή σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, γεγονός που υποδηλώνει ότι ένα σημαντικό μέρος των φροντιστών βιώνει οικονομική επιβάρυνση.

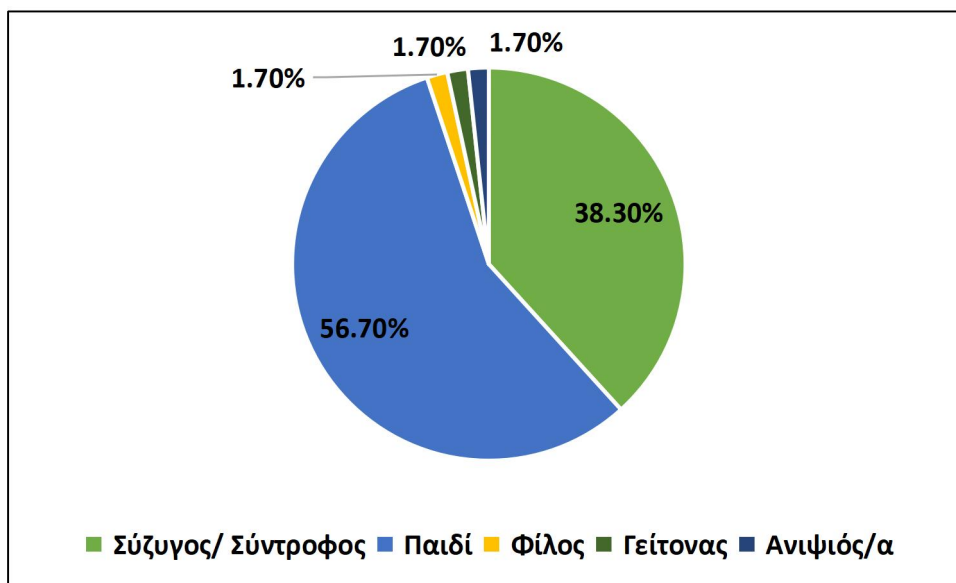
Πίνακας 1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών

	Αριθμός	Ποσοστό
Φύλο		
Άνδρας	12	20,0
Γυναίκα	48	80,0
Ηλικία μέση τιμή ($\pm$)	57,3 $\pm$ 12	
Υπηκοότητα		
Αλβανική	2	3,3
Ελληνική	58	96,7
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	9	15,0
Έγγαμος/η	48	80,0
Χήρος/α	1	1,7
Διαζευγμένος/η	2	3,3
Αριθμός τέκνων		
κανένα	10	16,7
1 παιδί	13	21,7
2 παιδιά	33	55,0
3 παιδιά	4	6,7
Ηλικία τέκνων μέση τιμή ($\pm$)	23,1 $\pm$ 13,6	
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό	5	8,3
Γυμνάσιο	8	13,3
Λύκειο	35	58,3
Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση	5	8,3
Μεταπτυχιακό	5	8,3
Διδακτορικό	2	3,3
Επαγγελματική κατάσταση		
Πλήρης απασχόληση	32	53,3
Συνταξιούχος	7	11,7
Οικιακά	16	26,7
Ανεργος/η λόγω άτυπης φροντίδας	4	6,7
Συνταξιούχος -εργαζόμενος	1	1,7
Έτη εργασίας μέση τιμή ($\pm$)	18,5 $\pm$ 12,4	
Οικονομική κατάσταση		
Επαρκές εισόδημα χωρίς δυσκολίες	20	33,3

Επαρκές εισόδημα αλλά με μικρές δυσκολίες	25	41,7
Συχνές οικονομικές δυσκολίες	9	15,0
Σοβαρές οικονομικές δυσκολίες	6	10,0

Στο **Γράφημα 1** παρουσιάζεται η συγγενική σχέση με τον ασθενή. Το 56,7% των φροντιστών ήταν παιδί του ασθενή και το 38,3% σύζυγος/ σύντροφος με τον ασθενή. Τα υπόλοιπα χαμηλά ποσοστά ήταν φίλος, γείτονας ή ανιψιός.

Γράφημα 1. Συγγενική σχέση με τον ασθενή



Σχετικά με την ικανότητα οδήγησης το 71,7% των φροντιστών δήλωσε ότι οδηγεί, ενώ το 28,4% απάντησε ότι δεν έχει αυτή την ικανότητα (**Πίνακας 2**).

Πίνακας 2. Ικανότητα οδήγησης

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	43	71,7
Όχι	17	28,4

Στον **Πίνακα 3** παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της παρεχόμενης άτυπης φροντίδας. Η μέση διάρκεια παροχής φροντίδας ήταν $5,2 \pm 2,7$ έτη, γεγονός που δείχνει ότι οι φροντιστές είχαν πολυετή εμπλοκή στη φροντίδα του ασθενή. Ως προς τις ώρες φροντίδας ημερησίως, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, δηλαδή το 56,7%, παρείχε φροντίδα για περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα. Ακολουθούσαν οι φροντιστές

που παρείχαν φροντίδα για 2-4 ώρες ημερησίως, σε ποσοστό 20,0%, ενώ μικρότερα ποσοστά ανέφεραν φροντίδα διάρκειας 2 ωρών ή 4-8 ωρών ημερησίως.

Αναφορικά με το είδος της βοήθειας που παρείχαν, σχεδόν όλοι οι φροντιστές ανέφεραν ότι συνόδευαν τον ασθενή σε ιατρικές επισκέψεις και παρείχαν συναισθηματική υποστήριξη, με ποσοστό 98,3% αντίστοιχα. Επιπλέον, πολύ υψηλό ποσοστό συμμετείχε στη διαχείριση οικονομικών ή διαδικαστικών ζητημάτων, σε ποσοστό 90,0%, ενώ το 71,7% ανέφερε φαρμακευτική παρακολούθηση. Παράλληλα, το 60,0% των φροντιστών παρείχε προσωπική φροντίδα, όπως σίτιση, μπάνιο και ένδυση, ενώ το 55,0% αναλάμβανε οικιακές εργασίες.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα είναι ότι το 100,0% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι παρέχει φροντίδα καθημερινά, στοιχείο που υποδηλώνει τη συνεχή και εντατική φύση της φροντίδας.

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά της παρεχόμενης άτυπης φροντίδας

	Αριθμός	Ποσοστό
Διάρκεια φροντίδας μέση τιμή ($\pm$)	5,2 $\pm$ 2,7	
Ωρες φροντίδας ημερησίως		
2 ώρες	7	11,7
2-4 ώρες	12	20,0
4-8 ώρες	7	11,7
>8 ώρες	34	56,7
Είδος βοήθειας που παρέχετε		
Προσωπική φροντίδα (σίτιση, μπάνιο, ένδυση)	36	60,0
Φαρμακευτική παρακολούθηση	43	71,7
Συνοδεία σε ιατρικές επισκέψεις	59	98,3
Οικιακές εργασίες	33	55,0
Διαχείριση οικονομικών / διαδικαστικών	54	90,0
Συναισθηματική υποστήριξη	59	98,3
Ωράριο φροντίδας		
Καθημερινά	60	100,0

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει υποστηρικτικό πλαίσιο και συνθήκες παροχής φροντίδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 63,3% των φροντιστών δήλωσε ότι

συμβιώνει με τον ασθενή, γεγονός που υποδηλώνει ότι για μεγάλο μέρος του δείγματος η φροντίδα αποτελεί καθημερινή και άμεσα ενταγμένη υποχρέωση στην οικογενειακή ζωή.

Όσον αφορά την ύπαρξη έμμισθου φροντιστή, το 56,7% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δεν υπάρχει έμμισθος φροντιστής. Αντίθετα, το 36,7% δήλωσε ότι υπάρχει έμμισθος φροντιστής σε 24ωρη βάση, ενώ μικρότερα ποσοστά ανέφεραν έμμισθη φροντίδα για λιγότερο από 3 ώρες ή για 8 ώρες ημερησίως, με ποσοστό 3,3% αντίστοιχα.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα είναι ότι σχεδόν όλοι οι φροντιστές, σε ποσοστό 98,3%, δήλωσαν ότι δεν λαμβάνουν καμία υποστήριξη από υπηρεσίες υγείας ή κοινωνικές δομές, ενώ μόνο το 1,7% ανέφερε μερική υποστήριξη. Επιπλέον, μόνο το 33,3% των συμμετεχόντων ανέφερε την ύπαρξη δευτερευόντων άμισθων φροντιστών, γεγονός που δείχνει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η ευθύνη της φροντίδας συγκεντρώνεται κυρίως σε έναν βασικό φροντιστή.

Πίνακας 4. Υποστηρικτικό πλαίσιο και συνθήκες παροχής φροντίδας

	Αριθμός	Ποσοστό
Συμβιώνετε με τον ασθενή		
Ναι	38	63,3
Όχι	22	36,7
Ύπαρξη έμμισθου φροντιστή		
Ναι- 24ώρες	22	36,7
Όχι	34	56,7
Ναι <3 ώρες	2	3,3
Ναι 8 ώρες	2	3,3
Υποστήριξη από υπηρεσίες υγείας / κοινωνικές δομές		
Καμία	59	98,3
Μερική	1	1,7
Ύπαρξη δευτερευόντων άμισθων φροντιστών		
Ναι	20	33,3
Όχι	40	66,7

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η συντριπτική πλειονότητα των φροντιστών δεν είχε λάβει εκπαίδευση στη φροντίδα, καθώς μόνο 1 άτομο, δηλαδή το 1,7% του δείγματος,

δήλωσε ότι έχει εκπαιδευτεί, ενώ το 98,3% ανέφερε ότι δεν έχει λάβει σχετική εκπαίδευση (Πίνακας 5).

Αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης επειγόντων περιστατικών ή/και γνώσεων βασικής υποστήριξης ζωής, το 20,0% των φροντιστών δήλωσε ότι διαθέτει σχετική ικανότητα, ενώ το 80,0% απάντησε αρνητικά. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς οι φροντιστές ατόμων με νευρολογικά νοσήματα ενδέχεται να βρεθούν αντιμέτωποι με έκτακτες καταστάσεις, όπως πτώσεις, επεισόδια δυσφαγίας, αναπνευστική δυσχέρεια, επιληπτικές κρίσεις ή αιφνίδια επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή.

Ως προς τη γνώση των φαρμακευτικών οδηγιών, η πλειονότητα των φροντιστών χαρακτήρισε τη γνώση της ως επαρκή, σε ποσοστό 86,7%, ενώ το 10,0% τη χαρακτήρισε άριστη και το 3,3% περιορισμένη. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι, παρά την απουσία επίσημης εκπαίδευσης στη φροντίδα, οι περισσότεροι φροντιστές φαίνεται να έχουν αναπτύξει λειτουργική γνώση σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή και τις οδηγίες χορήγησης, πιθανώς λόγω της καθημερινής εμπλοκής τους στη φροντίδα του ασθενή.

Όσον αφορά την ικανότητα χειρισμού εξοπλισμού, όπως αμαξίδιο, γερανάκι, καθετήρας ή PEG, μόνο το 26,7% των φροντιστών δήλωσε ότι μπορεί να χειριστεί τον σχετικό εξοπλισμό, ενώ το 71,7% απάντησε αρνητικά και το 1,7% ανέφερε ότι μπορεί να τον χειριστεί με δυσκολία. Το αποτέλεσμα αυτό αναδεικνύει πιθανό έλλειμμα πρακτικής εκπαίδευσης και υποστήριξης των άτυπων φροντιστών.

Πίνακας 5. Εκπαίδευση, γνώσεις και δεξιότητες των άτυπων φροντιστών στη διαχείριση της φροντίδας

	Αριθμός	Ποσοστό
Έχετε εκπαιδευτεί στη φροντίδα		
Ναι	1	1,7
Όχι	59	98,3
Ικανότητα διαχείρισης επειγόντων περιστατικών- bls		
Ναι	12	20,0
Όχι	48	80,0
Γνώση φαρμακευτικών οδηγιών:		
Άριστη	6	10,0
Επαρκής	52	86,7
Περιορισμένη	2	3,3
Ικανότητα χειρισμού εξοπλισμού		

(αμαξιτίδιο, γερανάκι, καθετήρας, PEG κ.λπ.):		
Ναι	16	26,7
Όχι	43	71,7
Με δυσκολία	1	1,7

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει την πολυδιάστατη επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών από τη φροντίδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πλειονότητα των φροντιστών ανέφερε σημαντική υποκειμενική επιβάρυνση από τη φροντίδα. Συγκεκριμένα, το 53,3% δήλωσε ότι επιβαρύνεται «αρκετά», το 18,3% «πολύ» και το 15,0% «πάρα πολύ». Συνολικά, δηλαδή, το 86,6% των συμμετεχόντων ανέφερε από αρκετή έως πάρα πολύ μεγάλη επιβάρυνση.

Ως προς την ψυχολογική κατάσταση των φροντιστών, τα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα ήταν το στρες (78,3%), η κόπωση/εξουθένωση (68,3%) και η κατάθλιψη (56,7%). Επιπλέον, το 43,3% ανέφερε διαταραχές ύπνου. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν έντονη ψυχική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών, η οποία φαίνεται να συνδέεται με τη συνεχή ευθύνη και τις αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας.

Αναφορικά με την ποιότητα ύπνου, το 35,0% των φροντιστών τη χαρακτήρισε κακή, ενώ το 30,0% μέτρια. Μόνο το 3,3% ανέφερε πολύ καλή ποιότητα ύπνου. Επομένως, η πλειονότητα των συμμετεχόντων φαίνεται να αντιμετωπίζει μέτρια έως κακή ποιότητα ύπνου.

Σε σχέση με την εργασία, το 40,0% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν εργάζεται, ενώ το 20,0% ανέφερε συχνές απουσίες από την εργασία λόγω της φροντίδας. Επιπλέον, το 6,7% ανέφερε παραίτηση ή απόλυση από την εργασία λόγω των φροντιστικών υποχρεώσεων. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν ότι η φροντίδα μπορεί να επηρεάζει ουσιαστικά την επαγγελματική ζωή των φροντιστών.

Ως προς την οικονομική επιβάρυνση, το 33,3% ανέφερε μέτρια επιβάρυνση, το 26,7% μεγάλη και το 16,7% πάρα πολύ μεγάλη. Συνολικά, το 76,7% των φροντιστών δήλωσε από μέτρια έως πάρα πολύ μεγάλη οικονομική επιβάρυνση, γεγονός που δείχνει ότι η φροντίδα συνοδεύεται από σημαντικές οικονομικές συνέπειες.

Η επίδραση της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις ήταν επίσης αξιοσημείωτη. Το 33,3% δήλωσε πάρα πολύ μεγάλη επίδραση, το 15,0% μεγάλη και το 21,7% μέτρια.

Επομένως, το 70,0% των φροντιστών ανέφερε από μέτρια έως πάρα πολύ μεγάλη επίδραση στις κοινωνικές του σχέσεις.

Όσον αφορά τον βαθμό ικανοποίησης από τον ρόλο του φροντιστή, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ουδέτερη στάση, σε ποσοστό 66,7%. Το 21,7% δήλωσε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο, ενώ το 11,7% δήλωσε μη ικανοποιημένο ή πολύ μη ικανοποιημένο.

Ως προς την επίδραση της φροντίδας στην υγεία των ίδιων των φροντιστών, το συχνότερο πρόβλημα ήταν η αύξηση του στρες, που αναφέρθηκε από το 80,0% των συμμετεχόντων. Επιπλέον, το 43,3% ανέφερε μείωση της σωματικής αντοχής, το 38,3% επιδείνωση υπάρχουσας νόσου και το 15,0% εμφάνιση νέων προβλημάτων υγείας.

Πίνακας 6. Πολυδιάστατη επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών από τη φροντίδα

	Αριθμός	Ποσοστό
Επιβάρυνση από τη φροντίδα (υποκειμενική αντίληψη):		
Καθόλου	1	1,7
Λίγο	7	11,7
Αρκετά	32	53,3
Πολύ	11	18,3
Πάρα πολύ	9	15,0
Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή		
στρες	47	78,3
Κατάθλιψη	34	56,7
Κόπωση / εξουθένωση	41	68,3
Διαταραχές ύπνου	26	43,3
Ποιότητα ύπνου		
Πολύ καλή	2	3,3
Καλή	19	31,7
Μέτρια	18	30,0
Κακή	21	35,0
Επιρροή της φροντίδας στην εργασία		
Καμία	19	31,7
Μειωμένες ώρες εργασίας	1	1,7
Συχνές απουσίες	12	20,0
Παραίτηση/απόλυση από την εργασία λόγω φροντίδας	4	6,7
δεν εργάζομαι	24	40,0
Οικονομική επιβάρυνση από τη φροντίδα		

Καθόλου	3	5,0
Μικρή	11	18,3
Μέτρια	20	33,3
Μεγάλη	16	26,7
Πάρα πολύ μεγάλη	10	16,7
Επίδραση της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις		
Καθόλου	6	10,0
Μικρή	12	20,0
Μέτρια	13	21,7
Μεγάλη	9	15,0
Πάρα πολύ μεγάλη	20	33,3
Βαθμός ικανοποίησης από τον ρόλο του φροντιστή		
Πολύ ικανοποιημένος	3	5,0
Ικανοποιημένος	10	16,7
Ουδέτερος	40	66,7
Μη ικανοποιημένος	6	10,0
Πολύ μη ικανοποιημένος	1	1,7
Επίδραση της φροντίδας στη δική σας υγεία		
Καμία	6	10,0
Αύξηση στρες	48	80,0
Μείωση σωματικής αντοχής	26	43,3
Επιδείνωση υπάρχουσας νόσου	23	38,3
Νέα προβλήματα υγείας	9	15,0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι οι ιατρικές δαπάνες καλύπτονται κυρίως από ιδιωτικά έξοδα σε συνδυασμό με το ασφαλιστικό ταμείο, σε ποσοστό 96,7%. Αντίθετα, μόνο το 1,7% δήλωσε ότι οι δαπάνες καλύπτονται αποκλειστικά από δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο και επίσης μόνο το 1,7% από ιδιωτική ασφάλιση (Πίνακας 7). Αναφορικά με την ύπαρξη αναγνωρισμένου ποσοστού αναπηρίας ΚΕΠΑ άνω του 67%, μόνο το 5,0% των περιπτώσεων δήλωσε ότι διαθέτει σχετική πιστοποίηση και λαμβάνει επίδομα, ενώ το 95,0% δεν λαμβάνει τέτοιο επίδομα.

Πίνακας 7. Οικονομική κάλυψη της φροντίδας και αναγνώριση αναπηρίας των ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
Κάλυψη ιατρικών δαπανών		

Δημόσιο ασφαλιστικό Ταμείο	1	1,7
Ιδιωτική Ασφάλιση	1	1,7
Ιδιωτικά έξοδα κυρίως και Ασφαλιστικό ταμείο	58	96,7
Ποσοστό αναπηρίας ΚΕΠΑ >67%		
Όχι	57	95,0
Ναι, λαμβάνω επίδομα	3	5,0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του **Πίνακα 8** σχετικά με τον τρόπο ζωής των άτυπων φροντιστών, η συντριπτική πλειονότητα των φροντιστών δεν πραγματοποιούσε σωματική δραστηριότητα ή γυμναστική, καθώς το 90,0% δήλωσε ότι δεν ασκείται καθόλου. Μόνο το 5,0% ανέφερε άσκηση 1-2 φορές την εβδομάδα, το 3,3% 3-5 φορές την εβδομάδα και το 1,7% καθημερινή άσκηση. Αναφορικά με τον δείκτη μάζας σώματος, το 38,3% των συμμετεχόντων είχε φυσιολογικό BMI, ενώ το 25,0% ήταν υπέρβαροι και το 28,3% παχύσαρκοι. Επιπλέον, το 5,0% ταξινομήθηκε ως κλινικά παχύσαρκο και το 3,3% ως άτομο με παθολογική παχυσαρκία. Συνολικά, το 61,6% των φροντιστών είχε BMI πάνω από το φυσιολογικό εύρος. Ως προς την καπνιστική συνήθεια, το 58,3% δήλωσε ότι δεν έχει καπνίσει ποτέ, το 5,0% ήταν πρώην καπνιστές και το 36,7% νυν καπνιστές. Αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ, οι περισσότεροι φροντιστές, σε ποσοστό 68,3%, δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ, ενώ το 16,7% ανέφερε κατανάλωση 1-2 φορές την εβδομάδα και το 10,0% καθημερινή κατανάλωση.

Πίνακας 8. Τρόπος ζωής των άτυπων φροντιστών

	Αριθμός	Ποσοστό
Επίπεδο σωματικής δραστηριότητας- γυμναστική		
Καθόλου	54	90,0
1-2 φορές/εβδομάδα	3	5,0
3-5 φορές/εβδομάδα	2	3,3
Καθημερινά	1	1,7
Δείκτης μάζας σώματος		
Φυσιολογικός	23	38,3
Υπέρβαρος	15	25,0
Παχύσαρκος	17	28,3
Κλινικά Παχύσαρκος	3	5,0
Παθολογική Παχυσαρκία	2	3,3
Καπνιστική συνήθεια		
Ποτέ	35	58,3

Πρώην καπνιστής	3	5,0
Νυν καπνιστής	22	36,7
Κατανάλωση αλκοόλ		
Καθόλου	41	68,3
Σπάνια	3	5,0
1-2 φορές/εβδομάδα	10	16,7
Καθημερινά	6	10,0

Όσον αφορά το προσωπικό ιατρικό ιστορικό, τα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα ήταν η αρτηριακή υπέρταση σε ποσοστό 45,0%, η δυσλιπιδαιμία σε ποσοστό 38,3%, η αγχώδης διαταραχή ή διαταραχές πανικού σε ποσοστό 36,7%, η κατάθλιψη σε ποσοστό 28,3% και ο σακχαρώδης διαβήτης σε ποσοστό 26,7%. Επιπλέον, το 23,3% ανέφερε ημικρανία, το 21,7% στεφανιαία νόσο, αρρυθμίες ή βηματοδότη και το 20,0% μυοσκελετικά προβλήματα (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Προσωπικό ιατρικό ιστορικό των άτυπων φροντιστών

Προσωπικό ιατρικό ιστορικό	Αριθμός	Ποσοστό
Στεφανιαία νόσος, αρρυθμίες, βηματοδότης	13	21,7
Αρτηριακή Υπέρταση	27	45,0
Σακχαρώδης Διαβήτης	16	26,7
Δυσλιπιδαιμία	23	38,3
Κατάθλιψη,	17	28,3
Αγχώδης διαταραχή /διαταραχές πανικού,	22	36,7
Μυοσκελετικά προβλήματα,	12	20,0
Κακοήθεια	6	10,0
Χρόνιος νευροπαθητικός πόνος	3	5,0
Ημικρανία	14	23,3
Αυτοάνοσο νόσημα	8	13,3

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά κατοικίας και τη γεωγραφική εγγύτητα μεταξύ φροντιστή και ασθενή. Η συντριπτική πλειονότητα των φροντιστών διέμενε σε αστική περιοχή, σε ποσοστό 96,7%, ενώ μόνο το 3,3% διέμενε σε ημιαστική περιοχή. Ως προς τη μόνιμη κατοικία, το 66,7% των φροντιστών ανέφερε ότι διαμένει σε ιδιόκτητη κατοικία, το 31,7% σε μισθωμένη κατοικία και το 1,7% σε καθεστώς φιλοξενίας. Αναφορικά με την απόσταση μεταξύ κατοικίας φροντιστή και ασθενή, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, δηλαδή το 61,7%, δήλωσε ότι διαμένει στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή. Επιπλέον, το 25,0% ανέφερε ότι διαμένει στην ίδια πολυκατοικία.

Επομένως, συνολικά το 86,7% των φροντιστών κατοικεί είτε στο ίδιο σπίτι είτε στην ίδια πολυκατοικία με τον ασθενή, γεγονός που δείχνει υψηλή γεωγραφική εγγύτητα και άμεση διαθεσιμότητα για την παροχή φροντίδας. Ως προς τον τρόπο μετακίνησης προς τον ασθενή, το 83,3% δήλωσε ότι δεν απαιτείται ουσιαστική μετακίνηση, καθώς ο ασθενής βρίσκεται στο ίδιο σπίτι ή στην ίδια πολυκατοικία. Το 13,3% μετακινείται με αυτοκίνητο, ενώ το 3,3% μετακινείται με τα πόδια.

Πίνακας 10. Χαρακτηριστικά κατοικίας και γεωγραφική εγγύτητα φροντιστή-ασθενή

	Αριθμός	Ποσοστό
Περιοχή κατοικίας		
Αστική περιοχή	58	96,7
Ημιαστική	2	3,3
Μόνιμη κατοικία του φροντιστή		
Ιδιόκτητη κατοικία	40	66,7
Μισθωμένη	19	31,7
Φιλοξενία	1	1,7
Απόσταση κατοικίας φροντιστή - ασθενούς		
Στο ίδιο σπίτι	37	61,7
0-5 χλμ	4	6,7
5-20 χλμ	3	5,0
>20 χλμ	1	1,7
Ίδια πολυκατοικία	15	25,0
Τρόπος μετακίνησης προς τον ασθενή		
Με αυτοκίνητο	8	13,3
Με τα πόδια	2	3,3
Στο ίδιο σπίτι/στην ίδια πολυκατοικία	50	83,3

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του **Πίνακα 11**, οι συχνότερα αναφερόμενες ανάγκες των φροντιστών ήταν η ψυχολογική υποστήριξη και η οικονομική υποστήριξη, καθώς δηλώθηκαν από το 73,3% των συμμετεχόντων αντίστοιχα. Επιπλέον, το 43,3% ανέφερε ανάγκη για πρακτική υποστήριξη, όπως βοηθητικό προσωπικό ή έμμισθο φροντιστή, ενώ το 20,0% δήλωσε ανάγκη για εκπαιδευτική υποστήριξη. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα είναι ότι το 78,3% των φροντιστών δήλωσε ότι χρειάζεται διάλειμμα

φροντίδας, γεγονός που υποδηλώνει υψηλό επίπεδο κόπωσης και ανάγκη για ανάπαυλα από τις συνεχείς φροντιστικές υποχρεώσεις.

Παρά την υψηλή επιβάρυνση, μόνο το 16,7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι σκέφτεται τη μεταφορά του ασθενή σε δομή. Οι συχνότεροι λόγοι μη μεταφοράς ήταν η δυσκολία αποχωρισμού, η ανησυχία για την ποιότητα φροντίδας στη δομή, οι πολιτιστικοί λόγοι/η αντίληψη ότι η φροντίδα αποτελεί υποχρέωση της οικογένειας, καθώς και η επιθυμία ή προηγούμενη επιθυμία του ασθενή να μη μεταφερθεί σε δομή, με ποσοστό 36,7% για κάθε λόγο. Επιπλέον, το 30,0% ανέφερε οικονομικούς λόγους, ενώ το 21,7% δήλωσε ότι επιθυμεί να φροντίζει τον ασθενή ο ίδιος/η ίδια.

Πίνακας 11. Ανάγκες υποστήριξης και διάλειμμα φροντίδας των άτυπων φροντιστών

	Αριθμός	Ποσοστό
Ανάγκη για υποστήριξη		
Ψυχολογική	44	73,3
Εκπαιδευτική	12	20,0
Πρακτική (βοηθητικό προσωπικό- έμμισθο φροντιστή)	26	43,3
Οικονομική	44	73,3
Ανάγκη για διάλειμμα φροντίδας	47	78,3
Σκέψη μεταφοράς του ασθενή σε δομή	10	16,7
Εάν όχι, ποιοι είναι οι λόγοι;		
οικονομικοί	18	30,0
θέλω να τον φροντίζω εγώ	13	21,7
δυσκολία αποχωρισμού	22	36,7
ανησυχία για τη ποιότητα φροντίδας στη δομή	22	36,7
πολιτιστικοί λόγοι/υποχρέωση της οικογένειας	22	36,7
δεν το θέλει ή δεν το επιθυμούσε ο ασθενής	22	36,7

3.2. Σύντομη ολιστική αξιολόγηση του ασθενούς: δημογραφικά, κλινική κατάσταση, λειτουργικότητα και περιβάλλον Φροντίδας

Ο Πίνακας 12 παρουσιάζει τα δημογραφικά, κοινωνικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το δείγμα των ασθενών αποτελούνταν από 29 άνδρες και 31 γυναίκες, με ποσοστά 48,3% και 51,7% αντίστοιχα. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $79,1 \pm 11$ έτη, γεγονός που δείχνει ότι το δείγμα αφορά κυρίως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η πλειονότητα των ασθενών είχε ελληνική υπηκοότητα, σε ποσοστό 96,7%, ενώ το 3,3% είχε αλβανική υπηκοότητα. Αναφορικά με

την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι ασθενείς ήταν έγγαμοι/ες (53,3%), ενώ σημαντικό ποσοστό ήταν χήροι/ες (41,7%). Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, οι μισοί ασθενείς ήταν απόφοιτοι Δημοτικού (50,0%), ενώ μικρότερα ποσοστά είχαν ολοκληρώσει Γυμνάσιο (15,0%), Λύκειο (11,7%), Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση (13,3%) ή Μεταπτυχιακό (10,0%). Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση, η πλειονότητα των ασθενών ήταν συνταξιούχοι (56,7%), ενώ το 26,7% ασχολούνταν με τα οικιακά. Τέλος, ως προς την οικονομική κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών τη χαρακτήρισε ως μέτρια (38,3%), ενώ το 20,0% την αξιολόγησε ως κακή. Ως προς τον δείκτη μάζας σώματος, το 41,7% των ασθενών είχε φυσιολογικό BMI, ενώ το 36,7% ήταν υπέρβαροι, το 18,3% παχύσαρκοι και το 3,3% κλινικά παχύσαρκοι. Συνολικά, το 58,3% των ασθενών είχε BMI πάνω από το φυσιολογικό εύρος.

Πίνακας 12. Δημογραφικά, κοινωνικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
Φύλο		
Ανδρας	29	48,3
Γυναίκα	31	51,7
Ηλικία μέση τιμή ($\pm$)	79,1 $\pm$ 11	
Υπηκοότητα		
Αλβανική	2	3,3
Ελληνική	58	96,7
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	2	3,3
Έγγαμος/η	32	53,3
Χήρος/α	25	41,7
Διαζευγμένος/η	1	1,7
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό	30	50,0
Γυμνάσιο	9	15,0
Λύκειο	7	11,7
Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση	8	13,3
Μεταπτυχιακό	6	10,0
Επαγγελματική κατάσταση		
Πλήρης απασχόληση	3	5,0
Μερική απασχόληση	1	1,7

Άνεργος/η	3	5,0
Συνταξιούχος	34	56,7
Οικιακά	16	26,7
Άνεργος/η για λόγους υγείας- ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΕΠΙΔΟΜΑ	2	3,3
Πλήρης απασχόληση σε αναρρωτική άδεια	1	1,7
Οικονομική κατάσταση		
Πολύ καλή	14	23,3
Καλή	11	18,3
Μέτρια	23	38,3
Κακή	12	20,0
Δείκτης μάζας σώματος		
Φυσιολογικός	25	41,7
Υπέρβαρος	22	36,7
Παχύσαρκος	11	18,3
Κλινικά Παχύσαρκος	2	3,3

Η πλειονότητα των ασθενών δεν είχε καπνίσει ποτέ, σε ποσοστό 63,3%, ενώ το 25,0% ήταν πρώην καπνιστές και το 11,7% νυν καπνιστές. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η ενεργή καπνιστική συνήθεια ήταν σχετικά περιορισμένη στο συγκεκριμένο δείγμα. Αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ, οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ, σε ποσοστό 73,3%. Μικρότερα ποσοστά ανέφεραν σπάνια κατανάλωση ή κατανάλωση 1-2 φορές την εβδομάδα, με ποσοστό 3,3% αντίστοιχα, ενώ το 5,0% ανέφερε καθημερινή κατανάλωση. Επιπλέον, το 15,0% δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοόλ καθημερινά στο παρελθόν (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Καπνιστική συνήθεια και κατανάλωση αλκοόλ των ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
Καπνιστική συνήθεια		
Ποτέ	38	63,3
Πρώην καπνιστής	15	25,0
Νυν καπνιστής	7	11,7
Κατανάλωση αλκοόλ		
Καθόλου	44	73,3
Σπάνια	2	3,3
1-2 φορές/εβδομάδα	2	3,3

Καθημερινά	3	5,0
Καθημερινά στο παρελθόν	9	15,0

Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς είχαν αναγνωρισμένο ποσοστό αναπηρίας ΚΕΠΑ άνω του 67%, σε ποσοστό 55,0%. Το 16,7% δεν είχε ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, ενώ στο 28,3% των περιπτώσεων το αποτέλεσμα της αξιολόγησης βρισκόταν σε εκκρεμότητα. Αναφορικά με τη λήψη επιδόματος ή παροχής, το 43,3% των ασθενών λάμβανε παροχή βοήθειας ετέρου ατόμου, ενώ το 21,7% λάμβανε εξωιδρυματικό επίδομα ή επίδομα απόλυτης αναπηρίας. Αντίθετα, το 35,0% των ασθενών δεν λάμβανε κάποιο επίδομα ή παροχή (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Πιστοποίηση αναπηρίας ΚΕΠΑ και επιδοματική υποστήριξη ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
Ποσοστό αναπηρίας ΚΕΠΑ >67%		
Ναι	33	55,0
Όχι	10	16,7
Εκκρεμεί αποτέλεσμα	17	28,3
Λαμβάνει κάποιο επίδομα ή παροχή από ΚΕΠΑ ή άλλο φορέα;		
Ναι εξωιδρυματικό- απόλυτης αναπηρίας	13	21,7
Βοήθειας ετέρου ατόμου	26	43,3
Όχι	21	35,0

Σημειώνεται ότι ορισμένοι ασθενείς παρουσίαζαν ταυτόχρονη συνύπαρξη περισσότερων του ενός νευρολογικών νοσημάτων (π.χ. άνοια και νόσο Parkinson ή άνοια μετά από ΑΕΕ), με αποτέλεσμα τα ποσοστά των νευρολογικών παθήσεων να μην αθροίζουν στο 100%. Η συχνότερη νευρολογική πάθηση ήταν η άνοια, η οποία καταγράφηκε στο 66,7% των ασθενών. Ακολουθούσε η νόσος Parkinson με ποσοστό 38,3% και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) με ποσοστό 25,0%. Η μέση διάρκεια του νευρολογικού νοσήματος ήταν $4,5 \pm 3,2$ έτη (Πίνακας 15). Αναφορικά με τις συνυπάρχουσες χρόνιες παθήσεις, τα συχνότερα προβλήματα ήταν η υπέρταση στο 78,3% των ασθενών, η στεφανιαία νόσος/καρδιακή ανεπάρκεια/βηματοδότης στο 70,0%, η υπερλιπιδαιμία στο 63,3% και η ακράτεια ούρων ή παθήσεις του ουροποιητικού στο 50,0%. Επιπλέον, το 43,3% των ασθενών είχε σακχαρώδη διαβήτη, ενώ σημαντικά ποσοστά παρουσίαζαν κατάθλιψη (36,7%), αγχώδη διαταραχή ή διαταραχές πανικού

(23,3%) και ψυχωσικό σύνδρομο ή διπολική διαταραχή (23,3%). Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι οι ασθενείς δεν αντιμετώπιζαν μόνο ένα νευρολογικό νόσημα, αλλά παρουσίαζαν εκτεταμένη συννοσηρότητα, κυρίως καρδιαγγειακή, μεταβολική, ουρολογική και ψυχιατρική. Η πολυνοσηρότητα αυτή μπορεί να αυξάνει την πολυπλοκότητα της φροντίδας και, κατά συνέπεια, τη σωματική και ψυχική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών.

Πίνακας 15. Νευρολογική πάθηση και συννοσηρότητα των ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
Είδος νευρολογικής πάθησης		
Άνοια	40	66,7
Parkinson	23	38,3
ΑΕΕ	15	25,0
Χρόνια νευρολογικού νοσήματος	4,5±3,2	
Άλλες χρόνιες παθήσεις		
Στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια, βηματοδότης	42	70,0
Υπέρταση	47	78,3
Διαβήτης	26	43,3
Κατάθλιψη	22	36,7
Αγχώδης διαταραχής/διαταραχές πανικού	14	23,3
Χρόνιος νευροπαθητικός πόνος	9	15,0
Μυοσκελετικά προβλήματα	6	10,0
Επιληψία	7	11,7
Κακοήθεια	6	10,0
Ημικρανίες	1	1,7
Αυτοάνοσα νοσήματα	3	5,0
Ακράτεια ούρων - παθήσεις ουροποιητικού	30	50,0
Υπερλιπιδαιμία	38	63,3
ΧΝΑ - αιμοκάθαρση	4	6,7
Ψύχωσικό σύνδρομο- διπολική διαταραχή	14	23,3
Θυρεοειδοπάθεια	5	8,3
ΧΑΠ	11	18,3
ΙΦΝΕ - κολοστομία- ειλεοστομία	6	10,0

Η πλειονότητα των ασθενών διέμενε σε αστική περιοχή σε ποσοστό 90,0%, ενώ το 10,0% διέμενε σε ημιαστική περιοχή. Ως προς τον τύπο κατοικίας, οι περισσότεροι

ασθενείς κατοικούσαν σε διαμέρισμα (75,0%), ενώ το 25,0% διέμενε σε μονοκατοικία (Πίνακας 16).

Αναφορικά με την προσβασιμότητα στην είσοδο της κατοικίας, ο μέσος αριθμός σκαλιών πριν από την είσοδο ήταν $3,9 \pm 3,5$. Μόνο το 8,3% των κατοικιών διέθετε ράμπα και αντίστοιχα μόνο το 8,3% είχε ανελκυστήρα πρακτικό για χρήση με αμαξίδιο. Αντίθετα, στο 83,3% των περιπτώσεων καταγράφηκε ελλιπής προσβασιμότητα στην είσοδο.

Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε και στην εσωτερική προσβασιμότητα της οικίας. Μόνο το 6,7% των κατοικιών διέθετε πλατύτερες πόρτες για αμαξίδιο, το 10,0% προσβάσιμο μπάνιο και το 16,7% αναπηρικό μπάνιο ή ειδικό κάθισμα μπάνιου. Συνολικά, ελλιπής εσωτερική προσβασιμότητα καταγράφηκε στο 88,3% των κατοικιών. Παράλληλα, το 61,7% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι υπάρχει διαμορφωμένος χώρος για ασφαλή μετακίνηση μέσα στο σπίτι, ενώ στο 38,3% ο χώρος ήταν περιορισμένος ή μη κατάλληλα διαμορφωμένος.

Ως προς τη χρήση βοηθήματος βάδισης ή κινητικότητας, το 33,3% των ασθενών ήταν κλινήρεις, το 26,7% χρησιμοποιούσε περιπατητήρα, το 15,0% μονόπλευρη στήριξη, το 10,0% απλό αμαξίδιο και το 5,0% βακτηρίες. Μόνο το 10,0% δεν χρησιμοποιούσε κάποιο βοήθημα. Σχετικά με τον εξοπλισμό κατακεκλιμένου ασθενούς, το 48,3% χρησιμοποιούσε οικιακό κρεβάτι, το 23,3% ηλεκτρικό νοσοκομειακό κρεβάτι και το 13,3% χειροκίνητο νοσοκομειακό κρεβάτι. Επιπλέον, το 31,7% διέθετε αερόστρωμα, το 23,3% υλικοτεχνικό εξοπλισμό για λουτρό επί κλίνης ή λουτήρα μαλλιών, το 21,7% προστατευτικά κάγκελα, ενώ μόνο το 6,7% διέθετε ανυψωτή ή γερανάκι.

Πίνακας 16. Χαρακτηριστικά κατοικίας, προσβασιμότητα και εξοπλισμός υποστήριξης των ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
Κατοικία		
Αστική περιοχή	54	90,0
Ημιαστική	6	10,0
Τύπος κατοικίας		
Μονοκατοικία	15	25,0
Διαμέρισμα	45	75,0
Προσβασιμότητα στην είσοδο		
Σκαλιά πριν την είσοδο (αριθμός:)	3,9±3,5	
Ράμπα διαθέσιμη	5	8,3

Ανελκυστήρας πρακτικός για αμαξίδιο	5	8,3
Ελλιπής προσβασιμότητα	50	83,3
Εσωτερική προσβασιμότητα οικίας:		
Πλατύτερες πόρτες για αμαξίδιο	4	6,7
Μπάνιο προσβάσιμο (μπάρα στήριξης, καμπίνα χωρίς σκαλοπάτι)	6	10,0
Αναπηρικό μπάνιο / ειδικό κάθισμα μπάνιου	10	16,7
Ελλιπής προσβασιμότητα	53	88,3
Διαθέσιμος χώρος διαμορφωμένος με ασφάλεια για μετακίνηση στο σπίτι (χαλιά κλπ) :		
Ναι	37	61,7
Όχι/ Περιορισμένος χώρος	23	38,3
Χρήση βοηθήματος βάδισης		
Μονόπλευρη στήριξη	9	15,0
Περιπατητήρας	16	26,7
Απλό αμαξίδιο	6	10,0
Όχι	6	10,0
Κλινήρης	20	33,3
Βακτηρίες	3	5,0
Εξοπλισμός κατακεκλιμένου ασθενούς		
οικιακό κρεβάτι	29	48,3
χειροκίνητο νοσοκομειακό	8	13,3
ηλεκτρικό νοσοκομειακό	14	23,3
προστατευτικά κάγκελα	13	21,7
ανυψωτής - γερανάκι	4	6,7
αμαξίδιο μπάνιου- τουαλέτας	7	11,7
τραπεζάκι φαγητού επι κλίνης,	10	16,7
αερόστρωμα	19	31,7
υλικοτεχνικός εξοπλισμό για λουτρό επι κλίνης- λουτήρα μαλλιών	14	23,3

Η πλειονότητα των ασθενών παρουσίαζε υψηλό βαθμό λειτουργικής εξάρτησης. Συγκεκριμένα, το 63,3% ήταν πλήρως εξαρτώμενο στην αυτοεξυπηρέτηση, το 31,7% χρειαζόταν μερική βοήθεια, ενώ μόνο το 5,0% ήταν αυτόνομο. Ως προς τον έλεγχο των σφιγκτήρων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, δηλαδή το 56,7%, παρουσίαζε ακράτεια ούρων και κοπράνων με χρήση πάνας ενηλίκων. Επιπλέον, το 16,7% είχε συχνή ακράτεια ούρων, ενώ μόνο το 13,3% είχε πλήρη έλεγχο σφιγκτήρων. Τα ευρήματα αυτά

δείχνουν σημαντικές ανάγκες καθημερινής σωματικής φροντίδας και υγιεινής. Αναφορικά με τη νυχτερινή επιτήρηση, το 43,3% των ασθενών χρειαζόταν καθημερινή νυχτερινή επιτήρηση, ενώ το 21,7% χρειαζόταν περιστασιακή επιτήρηση. Συνολικά, δηλαδή, το 65,0% των ασθενών απαιτούσε κάποια μορφή νυχτερινής παρακολούθησης (**Πίνακας 17**).

Σε σχέση με τις πτώσεις κατά το τελευταίο έτος, το 55,0% δεν είχε αναφέρει πτώση, ενώ το 20,0% είχε 1-2 πτώσεις και το 25,0% περισσότερες από 2 πτώσεις. Επομένως, το 45,0% των ασθενών είχε τουλάχιστον μία πτώση το τελευταίο έτος. Όσον αφορά τον κίνδυνο κατάκλισης, το 33,3% είχε χαμηλό κίνδυνο, το 18,3% μέτριο και το 23,3% υψηλό κίνδυνο. Επιπλέον, στο 25,0% των ασθενών υπήρχαν ήδη κατακλίσεις 3ου σταδίου, εύρημα που υποδηλώνει αυξημένες ανάγκες εξειδικευμένης φροντίδας. Τα συχνότερα μέτρα προστασίας για την αποφυγή ή αντιμετώπιση κατακλίσεων ήταν η καθαριότητα σώματος/αλλαγή πάνας (58,3%), η ενυδάτωση (48,3%), η χρήση αεροστρώματος (36,7%) και η χρήση επιθεμάτων (30,0%). Μικρότερα ποσοστά ανέφεραν συχνές αλλαγές θέσης (23,3%) και διατροφή πλούσια σε λευκώματα (13,3%).

Πίνακας 17. Λειτουργική εξάρτηση, ανάγκη επιτήρησης, πτώσεις και κίνδυνος κατακλίσεων των ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
Βαθμός αυτοεξυπηρέτησης		
Αυτόνομος	3	5,0
Μερική βοήθεια	19	31,7
Πλήρης εξάρτηση	38	63,3
Έλεγχος σφιγκτήρων / ακράτεια		
Πλήρης	8	13,3
Μερικός Ούρων	1	1,7
Συχνή Ακράτεια Ούρων	10	16,7
Πλήρης Ακράτεια Ούρων, Χρήση Πάνας Ενηλίκων	5	8,3
Ακράτεια Ούρων- Κοπράνων - Χρήση Πάνας Ενηλίκων	34	56,7
δυσκοιλιότητα- υποκλυσμός	2	3,3
Νυχτερινή επιτήρηση		
Όχι	21	35,0
Ναι, περιστασιακά	13	21,7
Ναι, καθημερινά	26	43,3
Πτώσεις τελευταίου έτους		

0	33	55,0
1-2	12	20,0
>2	15	25,0
Κίνδυνος κατάκλισης		
Χαμηλός	20	33,3
Μέτριος	11	18,3
Υψηλός	14	23,3
Ήδη παρούσες κατακλίσεις 3 σταδίου	15	25,0
Μέτρα προστασίας για αποφυγή κατάκλισης:		
Αερόστρωμα	22	36,7
Συχνές Αλλαγές Θέσης	14	23,3
Ενυδάτωση	29	48,3
Διατροφή Πλούσια Σε Λευκώματα	8	13,3
Επιθέματα	18	30,0
Καθαριότητα Σώματος/ Αλλαγή Πάνας	35	58,3

Ο Πίνακας 18 παρουσιάζει τα αποτελέσματα για τον πόνο τις υποστηρικτικές παρεμβάσεις και καθημερινές ανάγκες φροντίδας των ασθενών. Η μέση ένταση πόνου των ασθενών, σε κλίμακα 0-10, ήταν $4,3 \pm 3,3$, ενώ στο 20,0% των περιπτώσεων ο πόνος δεν ήταν αξιολογήσιμος λόγω άνοιας. Ως προς τον τύπο του πόνου, το 33,3% των ασθενών παρουσίαζε μυοσκελετικό πόνο και το 30,0% νευροπαθητικό πόνο. Απουσία πόνου αναφέρθηκε στο 11,7%, ενώ στο 21,7% ο τύπος πόνου δεν ήταν αξιολογήσιμος λόγω άνοιας. Η επίδραση του πόνου στον ύπνο ήταν σημαντική, καθώς το 53,3% των ασθενών ανέφερε ότι ο πόνος επηρεάζει τον ύπνο, ενώ το 28,3% δεν ανέφερε σχετική επίδραση. Στο 18,3% των περιπτώσεων η αξιολόγηση δεν ήταν δυνατή λόγω άνοιας.

Αναφορικά με τη χρήση οξυγόνου, το 68,3% των ασθενών δεν έκανε χρήση οξυγόνου, ενώ το 13,3% το χρησιμοποιούσε περιοδικά, το 16,7% μόνιμα και το 1,7% μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η χρήση καθετήρα ουροδόχου κύστης ήταν περιορισμένη, καθώς το 91,7% δεν είχε καθετήρα, ενώ το 5,0% έκανε περιστασιακή χρήση και το 3,3% είχε μόνιμο καθετήρα. Γαστροστομία PEG έφερε το 5,0% των ασθενών. Ως προς τη σίτιση, το 51,7% των ασθενών σιτιζόταν φυσιολογικά από το στόμα, ενώ το 38,3% σιτιζόταν από το στόμα με πολτοποιημένο γεύμα. Μικρότερα ποσοστά λάμβαναν σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, είτε πλήρως με φόρμουλα (6,7%) είτε με πολτοποιημένο γεύμα (3,3%). Το 70,0% των ασθενών δεν έμενε καθόλου μόνο του, ενώ

το 11,7% έμενε μόνο για λιγότερο από 3 ώρες και το 18,4% για περισσότερες από 3 ώρες ημερησίως.

Πίνακας 18. Πόνος, υποστηρικτικές παρεμβάσεις και καθημερινές ανάγκες φροντίδας των ασθενών

	Αριθμός	Ποσοστό
Επίπεδο πόνου		
Σκάλας 0-10 (μέση τιμή ±)	4,3±3,3	
Μη αξιολογήσιμος λόγω άνοιας	12	20,0
Τύπος πόνου		
Νευροπαθητικός	18	30,0
Μυοσκελετικός	20	33,3
Απουσία Πόνου	7	11,7
Μη αξιολογήσιμος λόγω άνοιας	13	21,7
Ουροποιητικό	1	1,7
Τραυματισμός ή χ/ο	1	1,7
Επιρροή πόνου στον ύπνο		
Ναι	32	53,3
Όχι	17	28,3
Μη αξιολογήσιμος λόγω άνοιας	11	18,3
Χρήση οξυγόνου		
Όχι	41	68,3
Περιοδικά	8	13,3
Μόνιμα	10	16,7
Μόνο το βράδυ	1	1,7
Καθετήρας ουροδόχου κύστης		
Όχι	55	91,7
Περιστασιακά	3	5,0
Μόνιμος	2	3,3
Γαστροστομία (PEG)	3	5,0
Τεχνητή σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα		
Όχι, σιτίζεται per os φυσιολογικά	31	51,7
Πλήρης σίτιση με φόρμουλα μέσω Levin	4	6,7
Πολτοποιημένο γεύμα μέσω Levin	2	3,3
Σίτιση από το στόμα με πολτοποιημένο γεύμα	23	38,3
Ώρες που μένει μόνος		
0 ώρες	42	70,0
<3 ώρες	7	11,7

>3 ώρες/ημέρα	11	18,3
---------------	----	------

Ο Πίνακας 19 παρουσιάζει χρήση υπηρεσιών υγείας και λειτουργική καθημερινότητα των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η συχνότερη μορφή υποστήριξης από υπηρεσίες υγείας ήταν η κατ' οίκον φυσικοθεραπεία, η οποία αναφέρθηκε από το 51,7% των ασθενών. Επισκέψεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ή προληπτικές εξετάσεις, καθώς και κατ' οίκον νοσηλεία ή εργαστηριακός προληπτικός έλεγχος, αναφέρθηκαν από το 25,0% των ασθενών αντίστοιχα. Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία, με ποσοστό 13,3% αντίστοιχα, ενώ το 16,7% είχε πρόσβαση σε ψυχολόγο, ψυχοθεραπεία ή νοητική ενδυνάμωση.

Ως προς την κοινωνική συμμετοχή, η πλειονότητα των ασθενών δεν είχε καμία κοινωνική συμμετοχή, σε ποσοστό 80,0%, ενώ μόνο το 1,7% ανέφερε συχνή κοινωνική συμμετοχή. Αντίστοιχα, το 68,3% των ασθενών δεν μετακινούνταν ποτέ εκτός σπιτιού, ενώ το 11,7% μετακινούνταν σπάνια και το 11,7% τακτικά. Επιπλέον, το 8,3% μετακινούνταν μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

Ο μέσος αριθμός πρόσφατων νοσηλειών ήταν $2,0 \pm 1,3$. Τα συχνότερα αίτια εισαγωγής ή κλινικής επιδείνωσης ήταν τα παθολογικά επείγοντα/ηλεκτρολυτικές διαταραχές (43,3%), οι πτώσεις ή κατάγματα (35,0%), οι λοιμώξεις αναπνευστικού ή εισρόφηση (28,3%) και η ουρολοίμωξη (18,3%).

Επιπλέον, καταγράφηκαν συμπεριφορικά και νευροψυχιατρικά συμπτώματα, όπως ψυχοκινητική ανησυχία το βράδυ με τάσεις φυγής στο 53,3% των ασθενών, ανήσυχια άκρα/RBD στο 36,7% και ψυχοκινητική ανησυχία το πρωί με τάσεις φυγής στο 33,3%. Η ποιότητα ύπνου ήταν συχνά επιβαρυνμένη, καθώς το 50,0% των ασθενών είχε κακή ποιότητα ύπνου και το 33,3% μέτρια. Τέλος, στο 20,0% των περιπτώσεων ο φροντιστής παρείχε άτυπη φροντίδα σε περισσότερους από έναν ασθενείς.

Πίνακας 19. Χρήση υπηρεσιών υγείας και λειτουργική καθημερινότητα των ασθενών

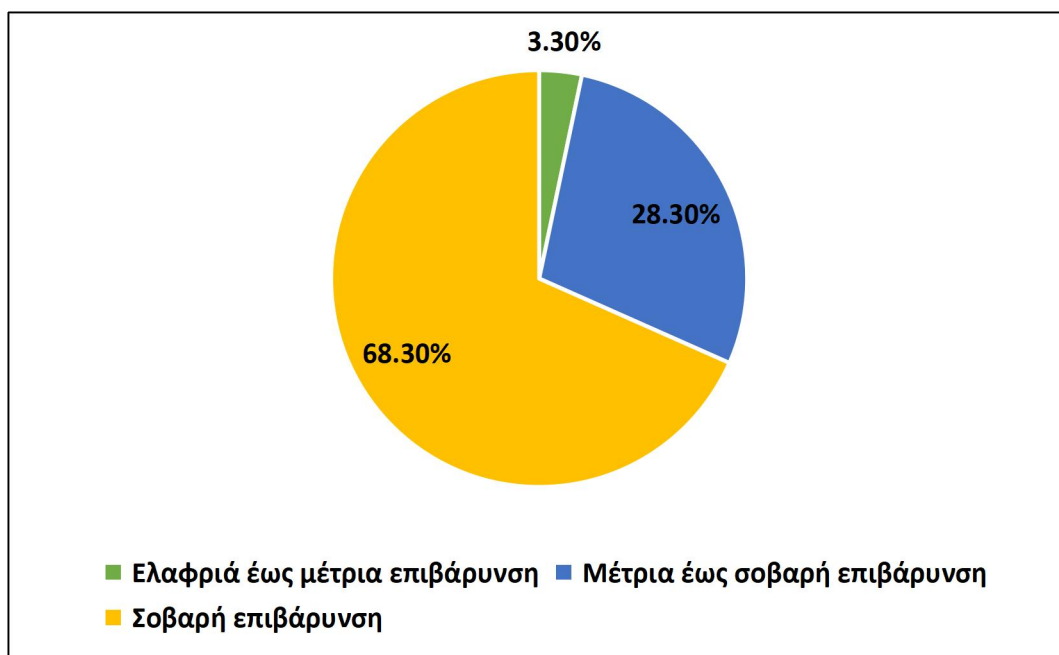
	Αριθμός	Ποσοστό
Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας		
Επισκέψεις ΠΦΥ - προληπτικές εξετάσεις κλπ	15	25,0
Φυσικοθεραπεία	8	13,3
Κατ' οίκον νοσηλεία- εργαστηριακός προληπτικός έλεγχος	15	25,0

Εργοθεραπεία	8	13,3
Λογοθεραπεία	8	13,3
Κατ' οίκον φυσιοθεραπεία	31	51,7
Ψυχολόγος- ψυχοθεραπεία- νοητική ενδυνάμωση	10	16,7
Κοινωνική συμμετοχή		
Καμία	48	80,0
Περιορισμένη	3	5,0
Μέτρια	8	13,3
Συχνή	1	1,7
Μετακίνηση εκτός σπιτιού		
Ποτέ	41	68,3
Σπάνια	7	11,7
Τακτικά	7	11,7
Θεραπευτικό σκοπό μόνο	5	8,3
Πρόσφατες νοσηλείες στο νοσοκομείο (μέση τιμή ±)	2,0 ±1,3	
Αίτιο εισαγωγής		
Λοιμώξεις αναπνευστικού- Εισρόφηση	17	28,3
Πτώσεις - κάταγμα	21	35,0
Καρδιολογικά επειγόντα	3	5,0
ΑΕΕ - επιληψία	5	8,3
Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση	2	3,3
Συμπεριφορικές διαταραχές - ψυχιατρική εκτίμηση	3	5,0
Ουρολοίμωξη	11	18,3
Παθολογικά επειγόντα- ηλεκτρολυτικές διαταραχές	26	43,3
Ψυχοκινητική ανησυχία πρωί- τάσεις φυγής	20	33,3
Ψυχοκινητική ανησυχία βραδυ - τάσεις φυγής	32	53,3
Ανήσυχια άκρα RBD	22	36,7
Ποιότητα ύπνου		
Πολύ καλή	2	3,3
Καλή	8	13,3
Μέτρια	20	33,3
Κακή	30	50,0
Άτυπη φροντίδα για περισσότερους από 1 ασθενή	12	20,0

3.3. Επιβάρυνση του φροντιστή

Σύμφωνα με το Zarit Burden Interview, 41 φροντιστές (68,30%) έχουν σοβαρή επιβάρυνση λόγω της φροντίδας των ασθενών ενώ 17 φροντιστές (28,30%) έχουν μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση. Μόνο 2 φροντιστές (3,30%) έχουν ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση (Γράφημα 2).

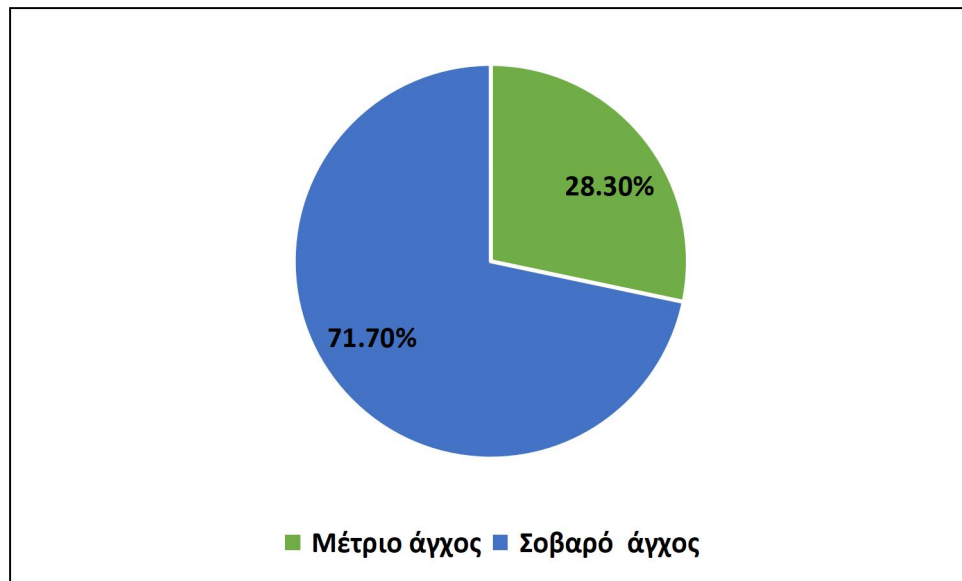
Γράφημα 2. Επιβάρυνση φροντιστή σύμφωνα με Zarit Burden Interview



Αξιολόγηση Στρες φροντιστή

Σύμφωνα με την Κλίμακα Στρες Kingston (KCSS), 43 φροντιστές (71,70%) των φροντιστών δήλωσαν σοβαρό στρες ενώ 17 φροντιστές (28,30%) μέτριο στρες. Κανένας φροντιστής δεν δήλωσε ελαφρύ στρες (Γράφημα 3).

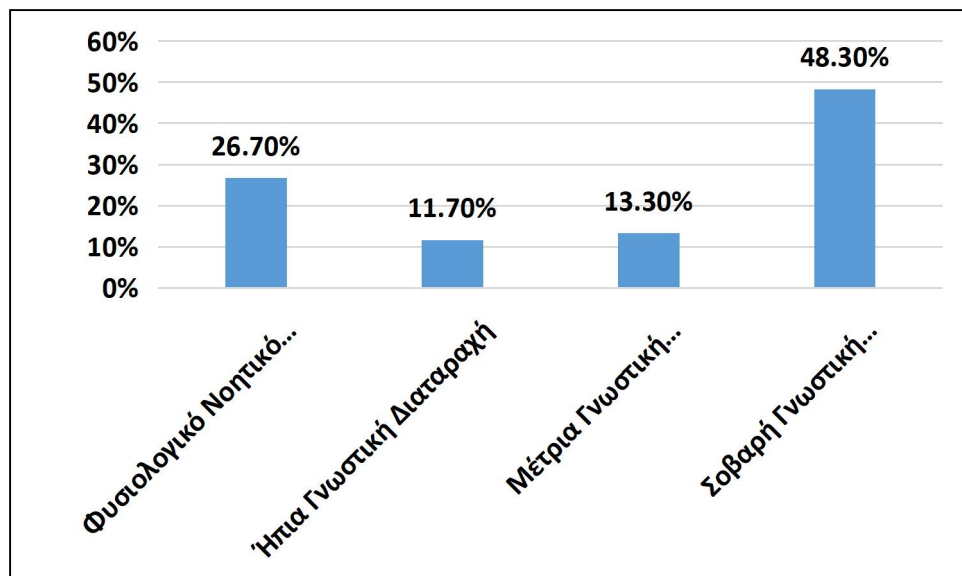
Γράφημα 3. Αξιολόγηση Στρες φροντιστή σύμφωνα με την Κλίμακα Στρες Kingston (KCSS)



3.4. Γνωστική αξιολόγηση για τους ασθενείς

Σύμφωνα με το Mini Mental State Examination, το 48,30% των ασθενών διαγνώστηκε με σοβαρή γνωστική διαταραχή, το 13,30% με μέτρια και το 11,70% με ήπια. Μόνο το 26,70% των ασθενών είχε φυσιολογικό νοητικό επίπεδο (Γράφημα 4).

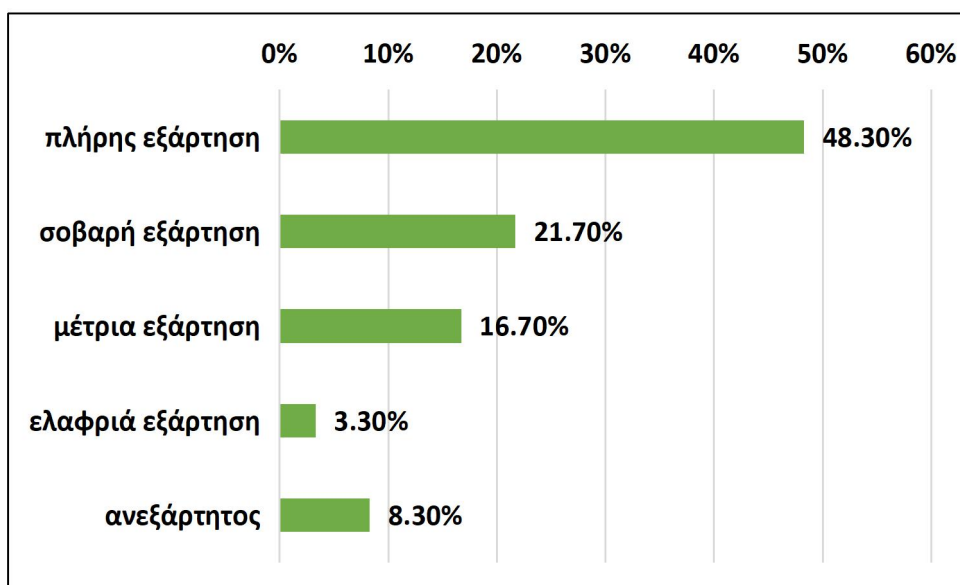
Γράφημα 4. Mini Mental State Examination (MMSE) για τους ασθενείς



Εκτίμηση λειτουργικής ανεξαρτησίας και δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής

Σύμφωνα με την Κλίμακα Μέτρησης Barthel, το 48,30% των ασθενών έχουν πλήρη εξάρτηση από τον φροντιστή, το 21,70% με σοβαρή, το 16,70% με μέτρια και το 3,30% με ελαφριά. Μόνο το 8,30% των ασθενών είναι ανεξάρτητο (Γράφημα 5).

Γράφημα 5. Κλίμακα Μέτρησης Barthel (Modified Barthel Index - MBI) για τους ασθενείς



3.5. Συσχέτιση δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών με την επιβάρυνση του φροντιστή κατά ZARIT

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της επιβάρυνσης των φροντιστών ($p = 0,014$) (Πίνακας 20). Στην κατηγορία της σοβαρής επιβάρυνσης, η πλειονότητα των φροντιστών ήταν έγγαμοι/ες (82,9%), ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στους άγαμους/ες (14,6%) και στους χήρους/ες (2,4%).

Πίνακας 20. Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και επιπέδου επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI)

Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Οικογενειακή κατάσταση			
		Άγαμος/η	Έγγαμος/η	Χήρος/α	Διαζευγμένος/η
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	1	0	1
	%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	3	13	0	1
	%	17,6%	76,5%	0,0%	5,9%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	6	34	1	0
	%	14,6%	82,9%	2,4%	0,0%

Pearson Chi-Square: 15,907, p value: 0,014

Η επαγγελματική κατάσταση των φροντιστών συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση ($p < 0,001$) (Πίνακας 21). Στην ομάδα με σοβαρή επιβάρυνση, το 43,9% εργαζόταν με πλήρη απασχόληση, το 34,1% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 12,2% ήταν συνταξιούχοι και το 9,8% ήταν άνεργοι λόγω της άτυπης φροντίδας. Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι η σοβαρή επιβάρυνση αφορά τόσο ενεργούς εργαζόμενους όσο και άτομα με αυξημένες οικιακές υποχρεώσεις.

Πίνακας 21. Συσχέτιση επαγγελματικής κατάστασης και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI)

Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Επαγγελματική κατάσταση				
		Πλήρης απασχόληση	Συνταξιούχος	Οικιακά	Άνεργος/η λόγω άτυπης φροντίδας	Συνταξιούχος - εργαζόμενος
Ελαφριά έως	Αριθμός	1	0	0	0	1

μέτρια επιβάρυνση	%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	13	2	2	0	0
	%	76,5%	11,8%	11,8%	0,0%	0,0%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	18	5	14	4	0
	%	43,9%	12,2%	34,1%	9,8%	0,0%

Pearson Chi-Square: 36,300, p value: 0,001

Οι ώρες φροντίδας ημερησίως παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,007$) (Πίνακας 22). Στην ομάδα με σοβαρή επιβάρυνση, το 73,2% των φροντιστών παρείχε φροντίδα για περισσότερες από 8 ώρες ημερησίως. Αντίθετα, στην μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση τα ποσοστά πολύωρης φροντίδας ήταν μικρότερα. Το εύρημα δείχνει ότι η αυξημένη ημερήσια διάρκεια φροντίδας συνδέεται με υψηλότερη επιβάρυνση.

Πίνακας 22. Συσχέτιση ημερήσιων ωρών φροντίδας και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI)

		Ώρες φροντίδας ημερησίως			
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		2 ώρες	2-4 ώρες	4-8 ώρες	>8 ώρες
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	1	1	0	0
	%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	3	7	3	4
	%	17,6%	41,2%	17,6%	23,5%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	3	4	4	30
	%	7,3%	9,8%	9,8%	73,2%

Pearson Chi-Square: 17,849, p value: 0,007

Η παροχή προσωπικής φροντίδας συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,024$) (Πίνακας 23). Το 70,7% των φροντιστών με σοβαρή επιβάρυνση παρείχε προσωπική φροντίδα, ενώ στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 41,2%. Κανένας φροντιστής με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση δεν ανέφερε παροχή προσωπικής φροντίδας. Το εύρημα υποδηλώνει

ότι οι σωματικά απαιτητικές δραστηριότητες φροντίδας σχετίζονται με μεγαλύτερη επιβάρυνση.

Πίνακας 23. Συσχέτιση παροχής προσωπικής φροντίδας και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI)

		Είδος βοήθειας που παρέχετε: Προσωπική φροντίδα (σίτιση, μπάνιο, ένδυση)	
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	7	10
	%	41,2%	58,8%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	29	12
	%	70,7%	29,3%

Pearson Chi-Square: 7,477, p value: 0,024

Η ανάληψη οικιακών εργασιών σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση ($p = 0,029$) (Πίνακας 24). Το 65,9% των φροντιστών με σοβαρή επιβάρυνση, ανέφερε ότι παρέχει οικιακές εργασίες, ενώ στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 35,3%. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι η προσθήκη οικιακών υποχρεώσεων στο φροντιστικό έργο συνδέεται με υψηλότερη επιβάρυνση.

Πίνακας 24. Συσχέτιση παροχής οικιακών εργασιών και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI)

		Είδος βοήθειας που παρέχετε: Οικιακές εργασίες	
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	6	11
	%	35,3%	64,7%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	27	14
	%	65,9%	34,1%

Pearson Chi-Square: 7,063, p value: 0,029

Η υποκειμενική αντίληψη της επιβάρυνσης από τη φροντίδα συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την κατηγοριοποίηση της επιβάρυνσης ($p < 0,001$) (Πίνακας 25). Το 51,2% με σοβαρή επιβάρυνση δήλωσε ότι επιβαρύνεται «αρκετά», το 22,0% «πολύ» και το 22,0% «πάρα πολύ». Αντίθετα, στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση, το 64,7% και το 11,8% «αρκετά» και «πολύ» αντίστοιχα. Επίσης, στην ομάδα με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση, οι απαντήσεις περιορίστηκαν στις κατηγορίες «καθόλου» και «λίγο».

Πίνακας 25. Συσχέτιση υποκειμενικής αντίληψης επιβάρυνσης και επιβάρυνσης βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI)

Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Επιβάρυνση από τη φροντίδα (υποκειμενική αντίληψη)				
		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	1	1	0	0	0
	%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	0	4	11	2	0
	%	0,0%	23,5%	64,7%	11,8%	0,0%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	0	2	21	9	9
	%	0,0%	4,9%	51,2%	22,0%	22,0%

Pearson Chi-Square: 41,933, p value: 0,001

Το στρες των φροντιστών σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση ($p = 0,011$) (Πίνακας 26). Στην ομάδα με σοβαρή επιβάρυνση, το 85,4% των φροντιστών ανέφερε στρες, ενώ στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 70,6%. Αντίθετα, κανένας φροντιστής με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση δεν ανέφερε στρες. Το εύρημα δείχνει ότι η αυξημένη επιβάρυνση συνδέεται με υψηλότερη συχνότητα στρες.

Πίνακας 26. Συσχέτιση στρες και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI)

		Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή: στρες	
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	12	5
	%	70,6%	29,4%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	35	6

	%	85,4%	14,6%
--	---	-------	-------

Pearson Chi-Square: 9,026, p value: 0,011

Η κατάθλιψη παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,001$) (Πίνακας 27). Το 73,2% σοβαρή επιβάρυνση ανέφερε κατάθλιψη, ενώ χαμηλότερο ήταν το ποσοστό στους φροντιστές με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση (23,5%). Στην ομάδα με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση δεν καταγράφηκε κατάθλιψη. Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι η σοβαρή φροντιστική επιβάρυνση συνδέεται έντονα με καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Πίνακας 27. Συσχέτιση κατάθλιψης και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview (ZBI)

		Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή: Κατάθλιψη	
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	4	13
	%	23,5%	76,5%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	30	11
	%	73,2%	26,8%

Pearson Chi-Square: 14,765, p value: 0,001

Οι διαταραχές ύπνου συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,012$) (Πίνακας 28). Το 56,1% των φροντιστών με σοβαρή επιβάρυνση ανέφερε διαταραχές ύπνου, ενώ μόνο το 17,6% των φροντιστών με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση. Δεν καταγράφηκαν διαταραχές ύπνου στην ομάδα με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση. Το εύρημα δείχνει ότι η αυξημένη επιβάρυνση σχετίζεται με διαταραχή της ανάπαυσης και του ύπνου.

Πίνακας 28. Συσχέτιση διαταραχών ύπνου και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview

		Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή: Διαταραχές ύπνου	
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	3	14
	%	17,6%	82,4%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	23	18
	%	56,1%	43,9%

Pearson Chi-Square: 8,817, p value: 0,012

Η ποιότητα ύπνου των φροντιστών παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιβάρυνση ($p < 0,001$) (Πίνακας 29). Στην ομάδα με σοβαρή επιβάρυνση, το 48,8% ανέφερε κακή ποιότητα ύπνου, ενώ το 24,4% μέτρια και το 26,8% καλή. Αντίθετα, το 94,2% των φροντιστών με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση απάντησαν καλή και μέτρια ποιότητα. Επίσης, όλοι οι φροντιστές με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση δήλωσαν πολύ καλή ποιότητα ύπνου. Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι η σοβαρότερη επιβάρυνση σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ύπνου.

Πίνακας 29. Συσχέτιση ποιότητας ύπνου των φροντιστών και επιβάρυνσης βάση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Zarit Burden Interview

		Ποιότητα ύπνου			
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	2	0	0	0
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	0	8	8	1
	%	0,0%	47,1%	47,1%	5,9%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	0	11	10	20
	%	0,0%	26,8%	24,4%	48,8%

Pearson Chi-Square: 69,930, p value: 0,001

Η επίδραση της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p < 0,001$) (Πίνακας 30). Στην ομάδα με

σοβαρή επιβάρυνση, το 46,3% δήλωσε ότι η φροντίδα επηρέασε «πάρα πολύ» τις κοινωνικές του σχέσεις, ενώ το 17,1% ανέφερε «μεγάλη» επίδραση και το 24,4% «μέτρια». Το 23,5% και το 41,2% των φροντιστών με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση δήλωσαν «καθόλου» και «μικρή» επίδραση. Αντίθετα, όλοι οι φροντιστές με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση δήλωσαν ότι δεν υπήρξε επίδραση στις κοινωνικές σχέσεις. Το εύρημα αναδεικνύει τη σύνδεση της σοβαρής επιβάρυνσης με κοινωνικό περιορισμό.

Πίνακας 30. Συσχέτιση επίδρασης της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις και επιβάρυνσης κατά ZARIT

		Επίδραση της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις				
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Καθόλου	Μικρή	Μέτρια	Μεγάλη	Πάρα πολύ μεγάλη
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	2	0	0	0	0
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	4	7	3	2	1
	%	23,5%	41,2%	17,6%	11,8%	5,9%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	0	5	10	7	19
	%	0,0%	12,2%	24,4%	17,1%	46,3%

Pearson Chi-Square: 36,700, p value: 0,001

Η αύξηση του στρες ως επίδραση της φροντίδας στη υγεία των φροντιστών συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση ($p = 0,005$) (Πίνακας 31). Στην ομάδα με σοβαρή επιβάρυνση, το 87,8% ανέφερε αύξηση στρες, ενώ στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 70,6%. Κανένας φροντιστής με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση δεν ανέφερε αύξηση στρες. Η αύξηση του στρες λόγω της παροχής φροντίδας ήταν συχνότερη στους φροντιστές που εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης σύμφωνα με την κλίμακα ZBI, γεγονός που υποδηλώνει συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης επιβάρυνσης και του στρες των φροντιστών.

Πίνακας 31. Συσχέτιση αύξησης στρες λόγω φροντίδας και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT

		Επίδραση της φροντίδας στη δική σας υγεία: Αύξηση στρες	
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	12	5
	%	70,6%	29,4%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	36	5
	%	87,8%	12,2%

Pearson Chi-Square: 10,502, p value: 0,005

Η μείωση της σωματικής αντοχής σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση ($p = 0,049$) (Πίνακας 32). Το 53,7% των φροντιστών με σοβαρή επιβάρυνση

ανέφερε μείωση της σωματικής αντοχής, ενώ χαμηλότερο ήταν το ποσοστό στους φροντιστές με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση (23,5%). Δεν καταγράφηκε μείωση σωματικής αντοχής στην ομάδα με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση. Το εύρημα δείχνει ότι η σοβαρή φροντιστική επιβάρυνση συνοδεύεται από αυξημένη σωματική καταπόνηση.

Πίνακας 32. Συσχέτιση μείωσης σωματικής αντοχής και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT

Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Επίδραση της φροντίδας στη δική σας υγεία: Μείωση σωματικής αντοχής	
		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	4	13
	%	23,5%	76,5%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	22	19
	%	53,7%	46,3%

Pearson Chi-Square: 6,025, p value: 0,049

Το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας συσχέτιστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p < 0,001$) (Πίνακας 33). Όλοι οι φροντιστές με σοβαρή επιβάρυνση (100,0%) δήλωσαν ότι δεν ασκούνται καθόλου. Αντίθετα, στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση, το 17,6% ασκούσαν 1-2 φορές την εβδομάδα και το 11,8% 3-5 φορές την εβδομάδα. Το εύρημα δείχνει ότι η σοβαρή επιβάρυνση σχετίζεται με απουσία σωματικής δραστηριότητας.

Πίνακας 33. Συσχέτιση επιπέδου σωματικής δραστηριότητας και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT

Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Επίπεδο σωματικής δραστηριότητας- γυμναστική			
		Καθόλου	1-2 φορές/εβδομάδα	3-5 φορές/εβδομάδα	Καθημερινά
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	1	0	0	1
	%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%
Μέτρια έως σοβαρή	Αριθμός	12	3	2	0
	%	70,6%	17,6%	11,8%	0,0%

επιβάρυνση					
Σοβαρή	Αριθμός	41	0	0	0
επιβάρυνση	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Pearson Chi-Square: 43,170, p value: 0,001

Η ανάγκη για διάλειμμα φροντίδας παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιβάρυνση κατά ZARIT ($p = 0,031$) (Πίνακας 34). Το 87,8% των φροντιστών με σοβαρή επιβάρυνση δήλωσε ότι χρειάζεται διάλειμμα από τη φροντίδα, ενώ χαμηλότερο ήταν το ποσοστό των φροντιστών με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση (58,8%). Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι όσο αυξάνεται η επιβάρυνση, τόσο εντονότερη είναι η ανάγκη για ανάπαυλα από τον φροντιστικό ρόλο.

Πίνακας 34. Συσχέτιση ανάγκης για διάλειμμα φροντίδας και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT

		Χρειάζεστε διάλειμμα φροντίδας;	
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	1	1
	%	50,0%	50,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	10	7
	%	58,8%	41,2%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	36	5
	%	87,8%	12,2%

Pearson Chi-Square: 6,926, p value: 0,031

Η ύπαρξη νόσου Parkinson στον ασθενή συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,045$) (Πίνακας 35). Στην ομάδα με σοβαρή επιβάρυνση, το 48,8% των φροντιστών φρόντιζε ασθενή με Parkinson, ενώ στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 17,6%. Το εύρημα δείχνει ότι η φροντίδα ασθενών με Parkinson μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη φροντιστική επιβάρυνση.

Πίνακας 35. Συσχέτιση νόσου Parkinson και επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών κατά ZARIT

		Είδος νευρολογικής πάθησης: Parkinson	
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	3	14
	%	17,6%	82,4%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	20	21
	%	48,8%	51,2%

Pearson Chi-Square: 6,214, p value: 0,045

Η ανάγκη νυχτερινής επιτήρησης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,030$) (Πίνακας 36). Το 53,7% των φροντιστών με σοβαρή επιβάρυνση φρόντιζε ασθενή που χρειαζόταν καθημερινή νυχτερινή επιτήρηση, ενώ το 24,4% ανέφερε περιστασιακή νυχτερινή επιτήρηση. Αντίθετα, το 64,7% με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση δεν χρειαζόταν νυχτερινή επιτήρηση. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι η ανάγκη νυχτερινής παρουσίας και παρακολούθησης αυξάνει την επιβάρυνση των φροντιστών.

Πίνακας 36. Συσχέτιση ανάγκης νυχτερινής επιτήρησης του ασθενή και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT

		Νυχτερινή επιτήρηση		
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Όχι	Ναι, περιστασιακά	Ναι, καθημερινά
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	1	0	1
	%	50,0%	0,0%	50,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	11	3	3
	%	64,7%	17,6%	17,6%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	9	10	22
	%	22,0%	24,4%	53,7%

Pearson Chi-Square: 10,727, p value: 0,030

Η πρωινή ψυχοκινητική ανησυχία με τάσεις φυγής του ασθενή σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,037$) (Πίνακας 37). Το 43,9% των φροντιστών με σοβαρή επιβάρυνση ανέφερε ότι ο ασθενής παρουσίαζε πρωινή ψυχοκινητική ανησυχία ή τάσεις φυγής, σε αντίθεση με το χαμηλό 11,8% των φροντιστών με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση. Το εύρημα δείχνει ότι τα συμπεριφορικά συμπτώματα του ασθενή συνδέονται με αυξημένη επιβάρυνση του φροντιστή.

Πίνακας 37. Συσχέτιση πρωινής ψυχοκινητικής ανησυχίας/τάσεων φυγής του ασθενή και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT

Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ψυχοκινητική ανησυχία πρωί- τάσεις φυγής	
		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	2	15
	%	11,8%	88,2%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	18	23
	%	43,9%	56,1%

Pearson Chi-Square: 6,620, p value: 0,037

Η βραδινή ψυχοκινητική ανησυχία με τάσεις φυγής του ασθενή παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,045$) (Πίνακας 38). Στην ομάδα με σοβαρή επιβάρυνση, το 63,4% των φροντιστών ανέφερε ότι ο ασθενής παρουσίαζε βραδινή ψυχοκινητική ανησυχία ή τάσεις φυγής, ενώ στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση το ποσοστό ήταν 35,3%. Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι τα βραδινά συμπεριφορικά προβλήματα του ασθενή σχετίζονται με αυξημένη φροντιστική επιβάρυνση.

Πίνακας 38. Συσχέτιση βραδινής ψυχοκινητικής ανησυχίας/τάσεων φυγής του ασθενή και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT

Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Ψυχοκινητική ανησυχία βραδυ - τάσεις φυγής	
		Ναι	Όχι
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	2
	%	0,0%	100,0%
Μέτρια έως σοβαρή	Αριθμός	6	11

επιβάρυνση	%	35,3%	64,7%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	26	15
	%	63,4%	36,6%

Pearson Chi-Square: 6,183, p value: 0,045

Η ποιότητα ύπνου του ασθενή συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την επιβάρυνση των φροντιστών ($p = 0,038$) (**Πίνακας 39**). Στην ομάδα με σοβαρή επιβάρυνση, το 63,4% των ασθενών είχε κακή ποιότητα ύπνου, ενώ στην ομάδα με μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 23,5%. Αντίθετα, στην ομάδα με ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση δεν καταγράφηκε κακή ποιότητα ύπνου του ασθενή. Το εύρημα δείχνει ότι η κακή ποιότητα ύπνου του ασθενή συνδέεται με υψηλότερη επιβάρυνση του φροντιστή.

Πίνακας 39. Συσχέτιση ποιότητας ύπνου του ασθενή και επιβάρυνσης των φροντιστών κατά ZARIT

		Ποιότητα ύπνου του ασθενή			
Επίπεδο επιβάρυνσης (ZBI)		Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Ελαφριά έως μέτρια επιβάρυνση	Αριθμός	0	1	1	0
	%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	0	4	9	4
	%	0,0%	23,5%	52,9%	23,5%
Σοβαρή επιβάρυνση	Αριθμός	2	3	10	26
	%	4,9%	7,3%	24,4%	63,4%

Pearson Chi-Square: 13,351, p value: 0,038

3.6. Συσχέτιση δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών με τα επίπεδα στρες των φροντιστών

Η οικονομική κατάσταση των φροντιστών συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,013$) (Πίνακας 40). Το 70,6% των φροντιστών με μέτριο στρες δήλωσε επαρκές εισόδημα με μικρές δυσκολίες, ενώ κανένας δεν ανέφερε συχνές ή σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Αντίθετα, το 20,9% με σοβαρό στρες ανέφερε συχνές οικονομικές δυσκολίες και το 14,0% σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η οικονομική δυσχέρεια σχετίζεται με υψηλότερο επίπεδο στρες.

Πίνακας 40. Συσχέτιση οικονομικής κατάστασης και επιπέδου στρες των φροντιστών

KCSS_TOTAL		Οικονομική κατάσταση			
		Επαρκές εισόδημα χωρίς δυσκολίες	Επαρκές εισόδημα αλλά με μικρές δυσκολίες	Συχνές οικονομικές δυσκολίες	Σοβαρές οικονομικές δυσκολίες
Μέτριο στρες	Αριθμός	5	12	0	0
	%	29,4%	70,6%	0,0%	0,0%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	15	13	9	6
	%	34,9%	30,2%	20,9%	14,0%

Pearson Chi-Square: 10,802, p value: 0,013

Οι ώρες φροντίδας ημερησίως παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 41). Το 74,4% των φροντιστών με σοβαρό στρες παρείχε φροντίδα για περισσότερες από 8 ώρες ημερησίως, ενώ μόνο το 11,8% των φροντιστών με μέτριο στρες απάντησε το ίδιο. Το εύρημα υποδηλώνει ότι η παρατεταμένη καθημερινή φροντίδα σχετίζεται με αυξημένο στρες.

Πίνακας 41. Συσχέτιση ημερήσιων ωρών φροντίδας και επιπέδου στρες των φροντιστών

KCSS_TOTAL		Ώρες φροντίδας ημερησίως			
		2 ώρες	2-4 ώρες	4-8 ώρες	>8 ώρες
Μέτριο στρες	Αριθμός	5	7	3	2
	%	29,4%	41,2%	17,6%	11,8%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	2	5	4	32

		Ωρες φροντίδας ημερησίως			
KCSS_TOTAL		2 ώρες	2-4 ώρες	4-8 ώρες	>8 ώρες
	%	4,7%	11,6%	9,3%	74,4%

Pearson Chi-Square: 20,888, *p* value: 0,001

Η παροχή προσωπικής φροντίδας σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 42). Από τους φροντιστές με σοβαρό στρες, το 74,4% παρείχε προσωπική φροντίδα, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 23,5%. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι οι σωματικά και πρακτικά απαιτητικές δραστηριότητες φροντίδας συνδέονται με υψηλότερο στρες.

Πίνακας 42. Συσχέτιση παροχής προσωπικής φροντίδας και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Είδος βοήθειας που παρέχετε: Προσωπική φροντίδα (σίτιση, μπάνιο, ένδυση)	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	4	13
	%	23,5%	76,5%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	32	11
	%	74,4%	25,6%

Pearson Chi-Square: 13,146, *p* value: 0,001

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της παροχής οικιακών εργασιών και του επιπέδου στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 43). Το 69,8% των φροντιστών με σοβαρό στρες ανέφερε ότι αναλαμβάνει οικιακές εργασίες, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 17,6%. Το εύρημα δείχνει ότι η ανάληψη πρόσθετων καθημερινών υποχρεώσεων σχετίζεται με αυξημένο στρες.

Πίνακας 43. Συσχέτιση παροχής οικιακών εργασιών και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Είδος βοήθειας που παρέχετε: Οικιακές εργασίες	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	3	14
	%	17,6%	82,4%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	30	13
	%	69,8%	30,2%

Pearson Chi-Square: 13,372, p value: 0,001

Η συμβίωση με τον ασθενή συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες των φροντιστών ($p = 0,001$) (Πίνακας 44). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 76,7% των φροντιστών συμβιώνε με τον ασθενή, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το ποσοστό αυτό ήταν 29,4%. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι η συνεχής φυσική παρουσία και διαθεσιμότητα προς τον ασθενή συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα στρες.

Πίνακας 44. Συσχέτιση συμβίωσης με τον ασθενή και επιπέδου στρες των φροντιστών

KCSS_TOTAL		Συμβιώνετε με τον ασθενή	
		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	5	12
	%	29,4%	70,6%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	33	10
	%	76,7%	23,3%

Pearson Chi-Square: 11,754, p value: 0,001

Η ύπαρξη έμμισθου φροντιστή παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο στρες ($p = 0,035$) (Πίνακας 45). Το 65,1% των φροντιστών με σοβαρό στρες δήλωσε ότι δεν υπάρχει έμμισθος φροντιστής, ενώ το 35,3% των φροντιστών με μέτριο στρες. Αντίθετα, η 24ωρη παρουσία έμμισθου φροντιστή ήταν συχνότερη στην ομάδα με μέτριο στρες (64,7%) σε σχέση με την ομάδα σοβαρού στρες (25,6%). Το εύρημα υποδηλώνει ότι η απουσία έμμισθης βοήθειας σχετίζεται με αυξημένο στρες.

Πίνακας 45. Συσχέτιση ύπαρξης έμμισθου φροντιστή και επιπέδου στρες των άτυπων φροντιστών

KCSS_TOTAL		Ύπαρξη έμμισθου φροντιστή			
		Ναι- 24ώρες	Όχι	Ναι <3 ώρες	Ναι 8 ώρες
Μέτριο στρες	Αριθμός	11	6	0	0
	%	64,7%	35,3%	0,0%	0,0%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	11	28	2	2
	%	25,6%	65,1%	4,7%	4,7%

Pearson Chi-Square: 8,580, p value: 0,035

Η υποκειμενική αντίληψη επιβάρυνσης από τη φροντίδα συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,001$) (Πίνακας 46). Το 23,3% των φροντιστών με σοβαρό στρες δήλωσε ότι επιβαρύνεται «πολύ» και το 20,9% «πάρα πολύ». Αντίθετα,

στην ομάδα με μέτριο στρες, το 35,3% δήλωσε «λίγο» και το 52,9% «αρκετά». Το αποτέλεσμα δείχνει ότι η υψηλότερη υποκειμενική επιβάρυνση συνδέεται με σοβαρότερο στρες.

Πίνακας 46. Συσχέτιση υποκειμενικής επιβάρυνσης από τη φροντίδα και επιπέδου στρες

		Επιβάρυνση από τη φροντίδα (υποκειμενική αντίληψη)				
KCSS_TOTAL		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Μέτριο στρες	Αριθμός	1	6	9	1	0
	%	5,9%	35,3%	52,9%	5,9%	0,0%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	0	1	23	10	9
	%	0,0%	2,3%	53,5%	23,3%	20,9%

Pearson Chi-Square: 19,445, p value: 0,001

Το αναφερόμενο στρες των φροντιστών σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το συνολικό επίπεδο στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 47). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 90,7% ανέφερε στρες, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 47,1%. Το εύρημα επιβεβαιώνει τη συνοχή μεταξύ της υποκειμενικής αναφοράς στρες και της ταξινόμησης βάσει της κλίμακας.

Πίνακας 47. Συσχέτιση αναφερόμενου στρες και συνολικού επιπέδου στρες κατά KCSS

		Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή: στρες	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	8	9
	%	47,1%	52,9%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	39	4
	%	90,7%	9,3%

Pearson Chi-Square: 13,670, p value: 0,001

Η κατάθλιψη συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 48). Το 76,7% των φροντιστών με σοβαρό στρες ανέφερε κατάθλιψη, ενώ μόνο το 5,9% με μέτριο στρες. Το αποτέλεσμα δείχνει ισχυρή σχέση μεταξύ σοβαρού στρες και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Πίνακας 48. Συσχέτιση κατάθλιψης και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή: Κατάθλιψη	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	1	16
	%	5,9%	94,1%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	33	10
	%	76,7%	23,3%

Pearson Chi-Square: 24,914, p value: 0,001

Η κόπωση ή εξουθένωση παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο στρες ($p = 0,004$) (Πίνακας 49). Το 79,1% των φροντιστών με σοβαρό στρες ανέφερε κόπωση/εξουθένωση, ενώ το 41,2% με μέτριο στρες. Το εύρημα δείχνει ότι το σοβαρό στρες συνδέεται με αυξημένη αίσθηση εξάντλησης.

Πίνακας 49. Συσχέτιση κόπωσης/εξουθένωσης και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή: Κόπωση / εξουθένωση	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	7	10
	%	41,2%	58,8%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	34	9
	%	79,1%	20,9%

Pearson Chi-Square: 8,085, p value: 0,004

Οι διαταραχές ύπνου συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 50). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 58,1% των φροντιστών ανέφερε διαταραχές ύπνου, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 5,9%. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι η διαταραχή του ύπνου αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό των φροντιστών με σοβαρό στρες.

Πίνακας 50. Συσχέτιση διαταραχών ύπνου και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή: Διαταραχές ύπνου	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	1	16
	%	5,9%	94,1%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	25	18

		Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή: Διαταραχές ύπνου	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
	%	58,1%	41,9%

Pearson Chi-Square: 13,549, p value: 0,001

Η ποιότητα ύπνου των φροντιστών σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 51). Το 48,8% με σοβαρό στρες ανέφερε κακή ποιότητα ύπνου, ενώ κανένας φροντιστής με μέτριο στρες δεν δήλωσε κακή ποιότητα ύπνου. Αντίθετα, το 58,8% με μέτριο στρες ανέφερε καλή ποιότητα ύπνου. Το εύρημα δείχνει ότι η κακή ποιότητα ύπνου συνδέεται με σοβαρότερο στρες.

Πίνακας 51. Συσχέτιση ποιότητας ύπνου και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Ποιότητα ύπνου			
KCSS_TOTAL		Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Μέτριο στρες	Αριθμός	2	10	5	0
	%	11,8%	58,8%	29,4%	0,0%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	0	9	13	21
	%	0,0%	20,9%	30,2%	48,8%

Pearson Chi-Square: 18,888, p value: 0,001

Η επίδραση της φροντίδας στην εργασία συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,002$) (Πίνακας 52). Το 70,6% με μέτριο στρες δήλωσε ότι η φροντίδα δεν επηρέασε την εργασία του. Αντίθετα, το 23,3% με σοβαρό στρες ανέφερε συχνές απουσίες, το 9,3% παραίτηση ή απόλυση λόγω φροντίδας και το 48,8% δεν εργαζόταν. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εργασιακές επιπτώσεις της φροντίδας συνδέονται με υψηλότερο στρες.

Πίνακας 52. Συσχέτιση επιρροής της φροντίδας στην εργασία και επιπέδου στρες

		Επιρροή της φροντίδας στην εργασία				
KCSS_TOTAL		Καμία	Μειωμένες ώρες εργασίας	Συχνές απουσίες	Παραίτηση-απόλυση από εργασία λόγω φροντίδας	Δεν εργαζόμαι
Μέτριο στρες	Αριθμός	12	0	2	0	3
	%	70,6%	0,0%	11,8%	0,0%	17,6%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	7	1	10	4	21
	%	16,3%	2,3%	23,3%	9,3%	48,8%

Pearson Chi-Square: 17,092, p value: 0,002

Η επίδραση της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο στρες ($p < 0,001$) (Πίνακας 53). Το 44,2% με σοβαρό στρες δήλωσε «πάρα πολύ μεγάλη» επίδραση στις κοινωνικές σχέσεις, ενώ χαμηλό ήταν το ποσοστό 5,9% των φροντιστών με μέτριο στρες. Το εύρημα δείχνει ότι η κοινωνική απομόνωση ή ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων σχετίζεται με αυξημένο στρες.

Πίνακας 53. Συσχέτιση επίδρασης της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις και επιπέδου στρες

KCSS_TOTAL		Επίδραση της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις				
		Καθόλου	Μικρή	Μέτρια	Μεγάλη	Πάρα πολύ μεγάλη
Μέτριο στρες	Αριθμός	5	8	1	2	1
	%	29,4%	47,1%	5,9%	11,8%	5,9%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	1	4	12	7	19
	%	2,3%	9,3%	27,9%	16,3%	44,2%

Pearson Chi-Square: 25,878, p value: 0,001

Η αύξηση του στρες λόγω της φροντίδας συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες κατά KCSS ($p < 0,001$) (Πίνακας 54). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 93,0% ανέφερε αύξηση στρες ως επίδραση της φροντίδας στη δική του υγεία, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 47,1%. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι οι φροντιστές με σοβαρό στρες βιώνουν εντονότερα την ψυχική επίδραση της φροντίδας.

Πίνακας 54. Συσχέτιση αύξησης στρες λόγω φροντίδας και συνολικού επιπέδου στρες

KCSS_TOTAL		Επίδραση της φροντίδας στη δική σας υγεία: Αύξηση στρες	
		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	8	9
	%	47,1%	52,9%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	40	3
	%	93,0%	7,0%

Pearson Chi-Square: 16,088, p value: 0,001

Η μείωση της σωματικής αντοχής σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,002$) (Πίνακας 55). Το 55,8% των φροντιστών με σοβαρό στρες ανέφερε

μείωση της σωματικής αντοχής, ενώ χαμηλό ήταν το ποσοστό (11,8%) των φροντιστών με μέτριο στρες. Το εύρημα δείχνει ότι το σοβαρό στρες συνδέεται με μεγαλύτερη σωματική καταπόνηση.

Πίνακας 55. Συσχέτιση μείωσης σωματικής αντοχής και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Επίδραση της φροντίδας στη δική σας υγεία: Μείωση σωματικής αντοχής	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	2	15
	%	11,8%	88,2%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	24	19
	%	55,8%	44,2%

Pearson Chi-Square: 9,627, p value: 0,002

Η επιδείνωση υπάρχουσας νόσου παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο στρες ($p = 0,038$) (Πίνακας 56). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 46,5% των φροντιστών ανέφερε επιδείνωση υπάρχουσας νόσου, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 17,6%. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι το υψηλότερο στρες σχετίζεται με επιδείνωση της ήδη υπάρχουσας κατάστασης υγείας των φροντιστών.

Πίνακας 56. Συσχέτιση επιδείνωσης υπάρχουσας νόσου και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Επίδραση της φροντίδας στη δική σας υγεία: Επιδείνωση υπάρχουσας νόσου	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	3	14
	%	17,6%	82,4%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	20	23
	%	46,5%	53,5%

Pearson Chi-Square: 4,294, p value: 0,038

Η εμφάνιση νέων προβλημάτων υγείας σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,041$) (Πίνακας 57). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 20,9% των φροντιστών ανέφερε νέα προβλήματα υγείας, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες δεν καταγράφηκε αντίστοιχη αναφορά. Το εύρημα δείχνει ότι το σοβαρό στρες μπορεί να συνδέεται με μεγαλύτερη συνολική επιβάρυνση της υγείας των φροντιστών.

Πίνακας 57. Συσχέτιση εμφάνισης νέων προβλημάτων υγείας και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Επίδραση της φροντίδας στη δική σας υγεία: Νέα προβλήματα υγείας	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	0	17
	%	0,0%	100,0%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	9	34
	%	20,9%	79,1%

Pearson Chi-Square: 4,186, p value: 0,041

Η κατανάλωση αλκοόλ συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,006$) (Πίνακας 58). Το 14,0% των φροντιστών με σοβαρό στρες ανέφερε καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ, ενώ κανένας φροντιστής με μέτριο στρες δεν κατανάλωνε καθημερινά αλκοόλ. Αντίθετα, το 41,2% των φροντιστών με μέτριο στρες ανέφερε κατανάλωση 1-2 φορές την εβδομάδα. Το εύρημα δείχνει διαφοροποίηση των προτύπων κατανάλωσης αλκοόλ ανάλογα με το επίπεδο στρες.

Πίνακας 58. Συσχέτιση κατανάλωσης αλκοόλ και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Κατανάλωση αλκοόλ			
KCSS_TOTAL		Καθόλου	Σπάνια	1-2 φορές/εβδομάδα	Καθημερινά
Μέτριο στρες	Αριθμός	10	0	7	0
	%	58,8%	0,0%	41,2%	0,0%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	31	3	3	6
	%	72,1%	7,0%	7,0%	14,0%

Pearson Chi-Square: 12,422, p value: 0,006

Η αρτηριακή υπέρταση παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το επίπεδο στρες ($p = 0,036$) (Πίνακας 59). Το 53,5% των φροντιστών με σοβαρό στρες ανέφερε αρτηριακή υπέρταση, ενώ μόνο το 23,5% με μέτριο στρες. Το εύρημα δείχνει ότι οι φροντιστές με σοβαρό στρες εμφανίζουν συχνότερα υπέρταση.

Πίνακας 59. Συσχέτιση αρτηριακής υπέρτασης και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Προσωπικό ιατρικό ιστορικό: Αρτηριακή Υπέρταση	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	4	13
	%	23,5%	76,5%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	23	20

		Προσωπικό ιατρικό ιστορικό: Αρτηριακή Υπέρταση	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
	%	53,5%	46,5%

Pearson Chi-Square: 4,418, p value: 0,036

Ο σακχαρώδης διαβήτης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,022$) (Πίνακας 60). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 34,9% των φροντιστών ανέφερε σακχαρώδη διαβήτη, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το ποσοστό ήταν 5,9%. Το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι οι φροντιστές με υψηλότερο στρες παρουσιάζουν συχνότερα σακχαρώδη διαβήτη.

Πίνακας 60. Συσχέτιση σακχαρώδους διαβήτη και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Προσωπικό ιατρικό ιστορικό: Σακχαρώδης Διαβήτης	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	1	16
	%	5,9%	94,1%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	15	28
	%	34,9%	65,1%

Pearson Chi-Square: 5,240, p value: 0,022

Η δυσλιπιδαιμία σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,038$) (Πίνακας 61). Το 46,5% των φροντιστών με σοβαρό στρες ανέφερε δυσλιπιδαιμία, ενώ μόνο το 17,6% με μέτριο στρες. Το εύρημα δείχνει ότι το σοβαρό στρες συνοδεύεται συχνότερα από μεταβολικά προβλήματα υγείας.

Πίνακας 61. Συσχέτιση δυσλιπιδαιμίας και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Προσωπικό ιατρικό ιστορικό: Δυσλιπιδαιμία	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	3	14
	%	17,6%	82,4%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	20	23
	%	46,5%	53,5%

Pearson Chi-Square: 4,294, p value: 0,038

Το προσωπικό ιστορικό κατάθλιψης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,015$) (Πίνακας 62). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 37,2% των φροντιστών ανέφερε ιστορικό κατάθλιψης, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το ποσοστό ήταν 5,9%.

Το αποτέλεσμα δείχνει ότι οι φροντιστές με ιστορικό κατάθλιψης εμφανίζουν συχνότερα σοβαρό στρες.

Πίνακας 62. Συσχέτιση προσωπικού ιστορικού κατάθλιψης και επιπέδου στρες των φροντιστών

ΚCSS_TOTAL		Προσωπικό ιατρικό ιστορικό: Κατάθλιψη	
		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	1	16
	%	5,9%	94,1%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	16	27
	%	37,2%	62,8%

Pearson Chi-Square: 5,888, p value: 0,015

Η ανάγκη για εκπαιδευτική υποστήριξη σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,015$) (Πίνακας 63). Το 27,9% των φροντιστών με σοβαρό στρες δήλωσε ότι χρειάζεται εκπαιδευτική υποστήριξη, ενώ κανένας φροντιστής με μέτριο στρες δεν είχε αυτή την ανάγκη. Το εύρημα δείχνει ότι οι φροντιστές με σοβαρό στρες πιθανόν αισθάνονται μεγαλύτερη ανάγκη για καθοδήγηση και εκπαίδευση στη φροντίδα.

Πίνακας 63. Συσχέτιση ανάγκης για εκπαιδευτική υποστήριξη και επιπέδου στρες των φροντιστών

ΚCSS_TOTAL		Χρειάζεστε υποστήριξη: Εκπαιδευτική	
		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	0	17
	%	0,0%	100,0%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	12	31
	%	27,9%	72,1%

Pearson Chi-Square: 5,930, p value: 0,015

Η ανάγκη για διάλειμμα φροντίδας συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,021$) (Πίνακας 64). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 86,0% δήλωσε ότι χρειάζεται διάλειμμα φροντίδας, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 58,8%. Το εύρημα δείχνει ότι οι φροντιστές με σοβαρό στρες βιώνουν μεγαλύτερη ανάγκη ανάπαυλας από τις φροντιστικές υποχρεώσεις.

Πίνακας 64. Συσχέτιση ανάγκης για διάλειμμα φροντίδας και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Χρειάζεστε διάλειμμα φροντίδας
--	--	--------------------------------

KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	10	7
	%	58,8%	41,2%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	37	6
	%	86,0%	14,0%

Pearson Chi-Square: 5,320, p value: 0,021

Η ανάγκη νυχτερινής επιτήρησης συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες των φροντιστών ($p = 0,008$) (Πίνακας 65). Στην ομάδα με σοβαρό στρες, το 53,5% φρόντιζε ασθενή που χρειαζόταν καθημερινή νυχτερινή επιτήρηση, ενώ στην ομάδα με μέτριο στρες το ποσοστό αυτό ήταν 17,6%. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι η νυχτερινή φροντίδα και επιτήρηση συνδέεται με υψηλότερο στρες.

Πίνακας 65. Συσχέτιση ανάγκης νυχτερινής επιτήρησης του ασθενή και επιπέδου στρες των φροντιστών

KCSS_TOTAL		Νυχτερινή επιτήρηση		
		Όχι	Ναι, περιστασιακά	Ναι, καθημερινά
Μέτριο στρες	Αριθμός	11	3	3
	%	64,7%	17,6%	17,6%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	10	10	23
	%	23,3%	23,3%	53,5%

Pearson Chi-Square: 9,769, p value: 0,008

Η ποιότητα ύπνου του ασθενή σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες των φροντιστών ($p = 0,018$) (Πίνακας 66). Το 62,8% των φροντιστών με σοβαρό στρες δήλωσε ότι ο ασθενής που φρόντιζε είχε κακή ποιότητα ύπνου, ενώ μόνο το 17,6% των φροντιστών με μέτριο στρες δήλωσε το ίδιο. Το εύρημα δείχνει ότι η κακή ποιότητα ύπνου του ασθενή μπορεί να επιβαρύνει σημαντικά τον φροντιστή.

Πίνακας 66. Συσχέτιση ποιότητας ύπνου του ασθενή και επιπέδου στρες των φροντιστών

KCSS_TOTAL		Ποιότητα ύπνου			
		Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Μέτριο στρες	Αριθμός	1	4	9	3
	%	5,9%	23,5%	52,9%	17,6%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	1	4	11	27

		Ποιότητα ύπνου			
KCSS_TOTAL		Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
	%	2,3%	9,3%	25,6%	62,8%

Pearson Chi-Square: 10,014, p value: 0,018

Η παροχή άτυπης φροντίδας σε περισσότερους από έναν ασθενείς συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο στρες ($p = 0,010$) (Πίνακας 67). Στην ομάδα με μέτριο στρες, το 41,2% παρείχε φροντίδα σε περισσότερους από έναν ασθενείς, ενώ στην ομάδα με σοβαρό στρες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 11,6%. Το εύρημα δείχνει διαφοροποίηση του επιπέδου στρες ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων που φροντίζει ο φροντιστής, αν και η κατεύθυνση της σχέσης χρειάζεται προσεκτική ερμηνεία.

Πίνακας 67. Συσχέτιση φροντίδας περισσότερων από έναν ασθενών και επιπέδου στρες των φροντιστών

		Άτυπη φροντίδα για περισσότερους από 1 ασθενή	
KCSS_TOTAL		Ναι	Όχι
Μέτριο στρες	Αριθμός	7	10
	%	41,2%	58,8%
Σοβαρό στρες	Αριθμός	5	38
	%	11,6%	88,4%

Pearson Chi-Square: 6,648, p value: 0,010

4. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Το συνολικό προφίλ των άτυπων φροντιστών που συμμετείχαν στη μελέτη αναδεικνύει έναν πληθυσμό με σημαντικές απαιτήσεις φροντίδας και αυξημένο φορτίο ευθυνών. Η πλειονότητα των φροντιστών ήταν γυναίκες (80,0%), έγγαμες (80,0%) και κυρίως παιδιά ή σύζυγοι των ασθενών. Περισσότεροι από τους μισούς παρείχαν φροντίδα για περισσότερες από 8 ώρες ημερησίως (56,7%), ενώ σχεδόν όλοι (98,3%) δήλωσαν ότι δεν είχαν λάβει καμία εκπαίδευση σχετικά με τη φροντίδα. Παράλληλα, το 68,3% εμφάνισε σοβαρή επιβάρυνση σύμφωνα με την κλίμακα ZBI και το 71,7% σοβαρό στρες σύμφωνα με την κλίμακα KCSS, γεγονός που καταδεικνύει το υψηλό ψυχολογικό και πρακτικό φορτίο που συνοδεύει την άτυπη φροντίδα ασθενών με νευρολογικά νοσήματα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν υψηλό επίπεδο σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και οικονομικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών ασθενών με νευρολογικά νοσήματα. Τα ευρήματα συμφωνούν με τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η φροντίδα ασθενών με άνοια, νόσο Parkinson και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επιβάρυνσης φροντιστή παγκοσμίως (Ransmayr, 2021; Goto et al., 2023; Jaracz et al., 2024). Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ της φύσης του νευρολογικού νοσήματος και της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών στο ελληνικό πλαίσιο, όπου η άτυπη φροντίδα εξακολουθεί να αποτελεί τον κύριο μηχανισμό μακροχρόνιας υποστήριξης.

Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ενδέχεται να διαφοροποιείται ανάλογα με τη φύση του νευρολογικού νοσήματος, καθώς κάθε νόσημα χαρακτηρίζεται από διαφορετικές ανάγκες φροντίδας και διαφορετικό προφίλ λειτουργικών, γνωστικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της νόσου Parkinson και αυξημένης επιβάρυνσης των φροντιστών, εύρημα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία. Το εύρημα αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς σχετίζεται άμεσα με το βασικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης σχετικά με τον ρόλο της φύσης του νευρολογικού νοσήματος στη διαμόρφωση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι φροντιστές ασθενών με νόσο Parkinson εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης συγκριτικά με άλλες ομάδες φροντιστών, γεγονός που ενδέχεται να σχετίζεται με τις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας

που προκύπτουν από τα κινητικά και μη κινητικά συμπτώματα της νόσου (Tramonti et al., 2018; Ransmayr, 2021; Jaracz et al., 2024). Ωστόσο, το εύρημα αυτό θα πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή λόγω του σχετικά μικρού μεγέθους του δείγματος και να διερευνηθεί περαιτέρω σε μελλοντικές μελέτες. Επιπλέον, σε μέρος του δείγματος παρατηρήθηκε συνύπαρξη περισσότερων του ενός νευρολογικών νοσημάτων, γεγονός που ενδέχεται να περιορίσει τη σαφή διάκριση μεταξύ των διαγνωστικών ομάδων και να επηρέασε τη δυνατότητα ανάδειξης ισχυρότερων στατιστικών συσχετίσεων. Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα στρες των φροντιστών ανάλογα με το είδος του νευρολογικού νοσήματος, γεγονός που υποδηλώνει ότι το στρες σχετίζεται κυρίως με το συνολικό φορτίο και τις συνθήκες της φροντίδας παρά με τη συγκεκριμένη διάγνωση του ασθενούς. Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την άποψη ότι παράγοντες όπως οι αυξημένες ώρες φροντίδας, η ανάγκη συνεχούς επιτήρησης, οι διαταραχές ύπνου και η περιορισμένη υποστήριξη ενδέχεται να επηρεάζουν περισσότερο τα επίπεδα στρες των φροντιστών από το ίδιο το είδος του νευρολογικού νοσήματος.

Η πλειονότητα των φροντιστών του δείγματος ήταν γυναίκες μέσης ηλικίας, εύρημα που επιβεβαιώνει ότι η άτυπη φροντίδα εξακολουθεί να αναλαμβάνεται κυρίως από γυναίκες συγγενείς, συνήθως κόρες ή συζύγους των ασθενών. Παρόμοια δεδομένα αναφέρονται τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου οι γυναίκες αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των οικογενειακών φροντιστών, ιδιαίτερα στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπου η οικογένεια παραμένει ο βασικός φορέας μακροχρόνιας φροντίδας (Albani et al., 2024; Eurofound, 2025). Επιπλέον, οι ασθενείς της παρούσας μελέτης παρουσίαζαν σημαντικό βαθμό λειτουργικής εξάρτησης, με αυξημένες ανάγκες βοήθειας στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και συχνή ανάγκη επιτήρησης. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς η λειτουργική εξάρτηση έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες αύξησης του φορτίου φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη, η ανάγκη προσωπικής φροντίδας και συνεχούς επιτήρησης του ασθενούς συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης των φροντιστών, γεγονός που ενισχύει περαιτέρω τη σημασία της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς στη διαμόρφωση του φορτίου φροντίδας. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι όσο αυξάνεται η ανάγκη βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες και η εξάρτηση του ασθενούς από τον φροντιστή, τόσο αυξάνεται και η σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών (Jaracz et al., 2024; Ransmayr, 2021).

Η μέση διάρκεια φροντίδας και οι πολλές ώρες καθημερινής ενασχόλησης που καταγράφηκαν στη μελέτη καταδεικνύουν τη χρόνια και απαιτητική φύση της άτυπης φροντίδας στα νευρολογικά νοσήματα. Πάνω από τους μισούς φροντιστές παρείχαν φροντίδα για περισσότερες από οκτώ ώρες ημερησίως, γεγονός που συνδέεται με αυξημένο σωματικό και ψυχικό φορτίο. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι η μεγάλη διάρκεια καθημερινής φροντίδας αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης burnout, στρες και κατάθλιψης στους φροντιστές (Damier et al., 2022; Soh et al., 2025). Επιπλέον, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η σοβαρή επιβάρυνση των φροντιστών σχετίζεται σημαντικά με την παροχή προσωπικής φροντίδας στον ασθενή, την ανάγκη νυχτερινής επιτήρησης, την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, τις διαταραχές ύπνου και την απουσία σωματικής δραστηριότητας. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η επιβάρυνση των φροντιστών δεν επηρεάζεται μόνο από τη διάγνωση του ασθενούς αλλά και από την ένταση των καθημερινών φροντιστικών απαιτήσεων και τις επιπτώσεις που αυτές έχουν στην ψυχική και σωματική υγεία του φροντιστή. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου η νυχτερινή επιτήρηση, η εξάρτηση του ασθενούς στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής και η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχουν συσχετιστεί με αυξημένο φορτίο φροντίδας και μειωμένη ποιότητα ζωής των φροντιστών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα της στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της ανάγκης για διάλειμμα φροντίδας και των υψηλότερων επιπέδων επιβάρυνσης των φροντιστών. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η συνεχής ανάληψη φροντιστικών καθηκόντων χωρίς επαρκείς περιόδους ανάπαυσης ενδέχεται να ενισχύει τη σωματική και ψυχική εξουθένωση των φροντιστών. Αντίστοιχα ευρήματα έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου η πρόσβαση σε υπηρεσίες ανακούφισης (respite care) έχει συσχετιστεί με μείωση του φορτίου φροντίδας, βελτίωση της ψυχικής υγείας και ενίσχυση της ποιότητας ζωής των φροντιστών (Leng et al., 2020; Ploeg et al., 2021).

Ένα ακόμη ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν η υψηλή συχνότητα στρες, κόπωσης και εξουθένωσης στους φροντιστές. Το 78,3% ανέφερε αυξημένο στρες και το 68,3% κόπωση ή εξουθένωση, ενώ περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τις μελέτες των Goto et al. (2023), Albani et al. (2024) και Soh et al. (2025), οι οποίες δείχνουν ότι οι φροντιστές νευρολογικών ασθενών εμφανίζουν

σημαντικά αυξημένα ποσοστά ψυχολογικής δυσφορίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Η σημαντική επίδραση της φροντίδας στην ποιότητα ύπνου των φροντιστών αποτελεί επίσης εύρημα ιδιαίτερης σημασίας. Η διαταραχή του ύπνου έχει συνδεθεί με αυξημένο στρες, μειωμένη ανθεκτικότητα και επιδείνωση της σωματικής υγείας των φροντιστών, ιδιαίτερα όταν η φροντίδα απαιτεί συνεχή επιτήρηση του ασθενούς, όπως συμβαίνει στην άνοια και στη νόσο Parkinson (Corallo et al., 2017; Tsuyuki et al., 2024).

Αξιοσημείωτη ήταν και η οικονομική επιβάρυνση των φροντιστών. Περισσότεροι από τους τρεις στους τέσσερις συμμετέχοντες δήλωσαν μέτρια έως πολύ μεγάλη οικονομική επιβάρυνση, ενώ σημαντικό ποσοστό ανέφερε δυσκολίες στην εργασία ή ακόμη και αποχώρηση από αυτή λόγω των υποχρεώσεων ως φροντιστές. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με πρόσφατες ευρωπαϊκές και διεθνείς μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες η άτυπη φροντίδα συνδέεται με απώλεια εισοδήματος, μειωμένη εργασιακή παραγωγικότητα και αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες υγείας (OECD, 2025; Alzheimer's Association, 2024).

Η σχεδόν πλήρης έλλειψη θεσμικής υποστήριξης που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα. Το 98,3% των φροντιστών δήλωσε ότι δεν λαμβάνει υποστήριξη από υπηρεσίες υγείας ή κοινωνικές δομές. Το εύρημα αυτό αντικατοπτρίζει τις σημαντικές αδυναμίες του ελληνικού συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας και συμφωνεί με προηγούμενες ελληνικές μελέτες, οι οποίες αναδεικνύουν ότι η φροντίδα στη χώρα βασίζεται κυρίως στην οικογένεια και όχι σε οργανωμένες κοινοτικές υπηρεσίες (Sapouna et al., 2013; Albani et al., 2024).

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει επίσης το γεγονός ότι η συντριπτική πλειονότητα των φροντιστών δεν είχε λάβει εκπαίδευση στη φροντίδα. Η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών ή τη χρήση εξοπλισμού αυξάνει το αίσθημα ανασφάλειας και την ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα προγράμματα εκπαίδευσης φροντιστών συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του στρες, στη βελτίωση της αυτοπεποίθησης και στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Ransmayr, 2021; Bloem et al., 2021).

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν επίσης την επίδραση της φροντίδας στην υγεία των ίδιων των φροντιστών. Τα αυξημένα επίπεδα στρες, η μείωση της σωματικής αντοχής και η επιδείνωση υπαρχόντων προβλημάτων υγείας αποτελούν συχνά φαινόμενα στους άτυπους φροντιστές νευρολογικών ασθενών. Η χρόνια έκθεση σε υψηλό

φορτίο φροντίδας έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, μυοσκελετικών προβλημάτων και συνδρόμου εξουθένωσης (Goto et al., 2023).

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η άτυπη φροντίδα ασθενών με νευρολογικά νοσήματα αποτελεί σύνθετη και ιδιαίτερα επιβαρυντική διαδικασία. Η αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, η κοινωνική απομόνωση, η οικονομική επιβάρυνση και η έλλειψη υποστηρικτικών δομών καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών υποστήριξης των φροντιστών.

Η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η ανάπτυξη δομών κατ' οίκον φροντίδας, τα προγράμματα εκπαίδευσης φροντιστών, η ψυχολογική υποστήριξη και οι υπηρεσίες ανακούφισης μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη μείωση του φορτίου φροντίδας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των φροντιστών όσο και των ασθενών.

4.1. Παρεμβάσεις υποστήριξης φροντιστών

Σύγχρονες συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν δείξει ότι οι πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις υποστήριξης των φροντιστών, όπως η ψυχοεκπαίδευση, οι ομάδες υποστήριξης, η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση και οι υπηρεσίες respite care, συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του φορτίου φροντίδας, του στρες και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ιδιαίτερα αποτελεσματικές φαίνεται να είναι οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν εκπαίδευση, ψυχολογική υποστήριξη και ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης δύσκολων συμπεριφορών του ασθενούς.

Παράλληλα, η ανάπτυξη εξ αποστάσεως και ψηφιακών παρεμβάσεων αναδεικνύεται ως μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική για τη στήριξη των φροντιστών, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με περιορισμένη πρόσβαση σε οργανωμένες δομές φροντίδας (Leng et al., 2020; Ploeg et al., 2021; Etcheberria et al., 2021). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα οποία ανέδειξαν περιορισμένη θεσμική υποστήριξη και έλλειψη εκπαίδευσης των φροντιστών, ενισχύουν περαιτέρω την ανάγκη ανάπτυξης οργανωμένων παρεμβάσεων υποστήριξης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

4.2. Ψυχοσωματική επιβάρυνση των φροντιστών

Η χρόνια έκθεση σε αυξημένο φορτίο φροντίδας φαίνεται να ενεργοποιεί μηχανισμούς χρόνιου στρες, οι οποίοι επηρεάζουν τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική υγεία των φροντιστών. Η παρατεταμένη ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-

επινεφριδίων έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης, καρδιαγγειακών νοσημάτων, ανοσολογικής δυσλειτουργίας και χρόνιας κόπωσης. Επιπλέον, η ψυχολογική επιβάρυνση συχνά συνοδεύεται από κοινωνική απομόνωση και περιορισμό των προσωπικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης (Vitaliano et al., 2003; Goto et al., 2023; Ransmayr, 2021).

Η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών φαίνεται να επηρεάζεται όχι μόνο από τη βαρύτητα του νευρολογικού νοσήματος, αλλά και από την περιορισμένη διαθεσιμότητα οργανωμένων υποστηρικτικών δομών στην ελληνική κοινότητα. Η μακροχρόνια ανάληψη απαιτητικών καθηκόντων φροντίδας από μέλη της οικογένειας, χωρίς επαρκή εκπαίδευση ή ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ενδέχεται να ενισχύει το αίσθημα στρες, εξουθένωσης και κοινωνικής απομόνωσης των φροντιστών. Παράλληλα, οι διαφοροποιήσεις που παρατηρήθηκαν μεταξύ των νευρολογικών νοσημάτων υποδηλώνουν ότι το φορτίο φροντίδας επηρεάζεται όχι μόνο από τον βαθμό λειτουργικής εξάρτησης του ασθενούς, αλλά και από τη φύση των συμπτωμάτων, όπως οι διαταραχές συμπεριφοράς, η ανάγκη συνεχούς επιτήρησης ή οι κινητικές δυσκολίες. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν την ανάγκη ανάπτυξης εξατομικευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης των φροντιστών, προσαρμοσμένων στις ιδιαίτερες απαιτήσεις κάθε νοσήματος και κάθε φροντιστικού ρόλου.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν τη σημαντική επίδραση της φροντίδας στην ψυχική και σωματική υγεία των φροντιστών, καθώς μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε στρες, κόπωση, διαταραχές ύπνου και επιδείνωση της καθημερινής λειτουργικότητας.

4.3. Ενσωμάτωση φροντιστών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη συστηματικής αναγνώρισης και υποστήριξης των άτυπων φροντιστών στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τα υψηλά ποσοστά σοβαρής επιβάρυνσης και στρες που καταγράφηκαν, σε συνδυασμό με την έλλειψη εκπαίδευσης των φροντιστών, την ανάγκη νυχτερινής επιτήρησης των ασθενών, τις διαταραχές ύπνου, τις αυξημένες ώρες καθημερινής φροντίδας και την ανάγκη για διάλειμμα φροντίδας, υποδηλώνουν ότι οι φροντιστές αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα πληθυσμού με αυξημένες ανάγκες υποστήριξης.

Η συστηματική αξιολόγηση του φορτίου φροντίδας, του στρες και των αναγκών των φροντιστών από τους επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα μπορούσε να συμβάλει στον έγκαιρο εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου και στην πρόληψη σοβαρών ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων. Παράλληλα, η ανάπτυξη οργανωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη διαχείριση νευρολογικών ασθενών, η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, η συμβουλευτική για τη διαχείριση του στρες και η δημιουργία υπηρεσιών ανακούφισης (respite care) θα μπορούσαν να μειώσουν σημαντικά το φορτίο φροντίδας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης η συνεργασία διεπιστημονικών ομάδων υγείας, στις οποίες θα συμμετέχουν ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και επαγγελματίες αποκατάστασης, με στόχο την ολιστική υποστήριξη τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους. Η ενίσχυση των κοινοτικών δομών και των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική για την ελληνική πραγματικότητα, όπου η οικογένεια εξακολουθεί να αποτελεί τον βασικό πυλώνα μακροχρόνιας φροντίδας των ατόμων με νευρολογικά νοσήματα.

4.4. Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Το δείγμα ήταν σχετικά μικρό και προήλθε από ένα μόνο ιδιωτικό εξειδικευμένο νευρολογικό ιατρείο, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των άτυπων φροντιστών. Επιπλέον, η σχετικά περιορισμένη χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων ενδέχεται να συνέβαλε στο μικρό μέγεθος του δείγματος και να περιόρισε τη συμμετοχή μεγαλύτερου αριθμού φροντιστών.

Επιπλέον, η χρήση δειγματοληψίας ευκολίας ενδέχεται να έχει επηρεάσει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Η μελέτη είχε διατομικό χαρακτήρα, γεγονός που δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιολογικών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Επιπλέον, σε ορισμένους ασθενείς υπήρχε ταυτόχρονη παρουσία περισσότερων του ενός νευρολογικών νοσημάτων, γεγονός που ενδέχεται να επηρέασε τη διακριτή κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων ανά διάγνωση και να περιόρισε την ανάδειξη διαφορών μεταξύ των ομάδων. Τέλος, η χρήση αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων ενδέχεται να έχει

επηρεάσει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων λόγω υποκειμενικής εκτίμησης ή της τάσης παροχής κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων.

Παρά τους περιορισμούς, η μελέτη παρέχει σημαντικά δεδομένα για την κατάσταση των άτυπων φροντιστών στην ελληνική πραγματικότητα και συμβάλλει στην ανάδειξη των αναγκών υποστήριξής τους.

5. Συμπεράσματα και προτάσεις

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι οι άτυποι φροντιστές ασθενών με νευρολογικά νοσήματα αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα, η οποία εκτίθεται σε σημαντικό και πολυδιάστατο φορτίο φροντίδας. Η καθημερινή και μακροχρόνια εμπλοκή στη φροντίδα ασθενών με άνοια, νόσο Parkinson και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συνδέεται με αυξημένη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση, επηρεάζοντας ουσιαστικά την καθημερινότητα, την υγεία και την ποιότητα ζωής των φροντιστών.

Σε σχέση με το βασικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι ορισμένα νευρολογικά νοσήματα ενδέχεται να συνδέονται με αυξημένη επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών. Ειδικότερα, η φροντίδα ασθενών με νόσο Parkinson συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης των φροντιστών ($p=0,045$). Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα στρες των φροντιστών ανάλογα με το είδος του νευρολογικού νοσήματος. Η απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης ενδέχεται να σχετίζεται με το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος, αλλά και με το γεγονός ότι σε μέρος των ασθενών συνυπήρχαν περισσότερα του ενός νευρολογικά νοσήματα, γεγονός που περιορίσε τη σαφή διάκριση μεταξύ των διαγνωστικών ομάδων. Επιπλέον, τα επίπεδα στρες των φροντιστών φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από παράγοντες όπως η λειτουργική εξάρτηση του ασθενούς, η ανάγκη συνεχούς επιτήρησης, οι διαταραχές ύπνου και οι ώρες καθημερινής φροντίδας παρά από τη διάγνωση καθαυτή. Το αποτέλεσμα αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι οι φροντιστές όλων των ομάδων ασθενών βίωναν υψηλές απαιτήσεις φροντίδας, όπως πολύωρη καθημερινή ενασχόληση, ανάγκη νυχτερινής επιτήρησης, περιορισμό της προσωπικής και κοινωνικής ζωής και σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση, παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν το στρες ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη νευρολογική διάγνωση. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι, παρόλο που η φύση του νοσήματος μπορεί να επηρεάζει το επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών, το στρες φαίνεται να αποτελεί μια κοινή συνέπεια της παροχής άτυπης φροντίδας και να συνδέεται περισσότερο με το συνολικό φορτίο και τις συνθήκες της φροντίδας παρά με το είδος της νευρολογικής πάθησης. Ιδιαίτερα, η διαπίστωση ότι η νόσος Parkinson συσχετίστηκε με υψηλότερη επιβάρυνση των φροντιστών αναδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης στοχευμένων παρεμβάσεων για συγκεκριμένες ομάδες νευρολογικών ασθενών και των οικογενειών τους

Το συνολικό προφίλ των συμμετεχόντων ανέδειξε ότι η άτυπη φροντίδα αναλαμβάνεται κυρίως από γυναίκες, συχνά μέλη της οικογένειας, οι οποίες παρέχουν πολύωρη και απαιτητική φροντίδα. Η πλειονότητα των φροντιστών (98,3%) δεν είχε λάβει προηγούμενη εκπαίδευση στη φροντίδα, γεγονός που ενισχύει το αίσθημα ανασφάλειας και δυσκολεύει τη διαχείριση των αναγκών των ασθενών. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς δείχνει ότι οι φροντιστές καλούνται να ανταποκριθούν σε σύνθετες ανάγκες χωρίς την απαραίτητη γνώση, καθοδήγηση και θεσμική υποστήριξη.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης και στρες, καθώς το 68,3% των φροντιστών παρουσίασε σοβαρή επιβάρυνση σύμφωνα με την κλίμακα Zarit, ενώ το 71,7% εμφάνισε σοβαρό επίπεδο στρες, σύμφωνα με την κλίμακα KCSS. Η σοβαρή επιβάρυνση και το αυξημένο στρες συνδέθηκαν με παράγοντες όπως οι πολλές ώρες καθημερινής φροντίδας, η ανάγκη νυχτερινής επιτήρησης, τα προβλήματα ύπνου, η κόπωση, η κατάθλιψη, η οικονομική δυσχέρεια και τα συμπεριφορικά συμπτώματα των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι το φορτίο φροντίδας δεν είναι αποτέλεσμα ενός μόνο παράγοντα, αλλά διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση των αναγκών του ασθενούς, των συνθηκών φροντίδας και των προσωπικών αντοχών του φροντιστή.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαπίστωση ότι η φροντίδα επηρεάζει πολλαπλές διαστάσεις της ζωής των φροντιστών. Πέρα από την ψυχολογική επιβάρυνση, καταγράφηκαν σωματική κόπωση, διαταραχές ύπνου, περιορισμός κοινωνικών δραστηριοτήτων, δυσκολίες στην επαγγελματική ζωή και οικονομική επιβάρυνση. Συνεπώς, η άτυπη φροντίδα δεν αποτελεί μόνο οικογενειακή υποχρέωση, αλλά και σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας.

Η μελέτη ανέδειξε επίσης σημαντικά κενά στην υποστήριξη των φροντιστών. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι σχεδόν κανένας φροντιστής (98,3%) δεν λάμβανε υποστήριξη από υπηρεσίες υγείας ή κοινωνικές δομές. Η περιορισμένη πρόσβαση σε οργανωμένες υπηρεσίες εκπαίδευσης, ψυχολογικής υποστήριξης, συμβουλευτικής και ανακούφισης καταδεικνύει ότι η οικογένεια εξακολουθεί να αποτελεί τον βασικό πυλώνα μακροχρόνιας φροντίδας στην ελληνική πραγματικότητα. Η απουσία επαρκών κοινοτικών και θεσμικών δομών επιτείνει το φορτίο φροντίδας και αυξάνει τον κίνδυνο εξουθένωσης των φροντιστών.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη ανάπτυξης παρεμβάσεων που θα υποστηρίξουν ουσιαστικά τους άτυπους φροντιστές ασθενών με

νευρολογικά νοσήματα. Η συστηματική αξιολόγηση της επιβάρυνσης και του στρες των φροντιστών μέσω έγκυρων εργαλείων, όπως το Zarit Burden Interview (ZBI) και η Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10), θα μπορούσε να ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πρακτική με στόχο τον έγκαιρο εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου.

Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη οργανωμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης των φροντιστών σχετικά με τη διαχείριση των νευρολογικών νοσημάτων, την αντιμετώπιση συμπεριφορικών διαταραχών, την πρόληψη της εξουθένωσης και την αποτελεσματική παροχή φροντίδας. Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, συμβουλευτικής και υπηρεσιών ανακούφισης (respite care) μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση του φορτίου φροντίδας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φροντιστών.

Η υποστήριξη των άτυπων φροντιστών θα πρέπει να αποτελεί κοινή ευθύνη όλων των επιπέδων του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, των εξωτερικών ιατρείων, των δομών αποκατάστασης, των κοινοτικών υπηρεσιών και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων και η καλύτερη διασύνδεση των υπηρεσιών μπορούν να συμβάλουν στην παροχή ολοκληρωμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας τόσο προς τους ασθενείς όσο και προς τους φροντιστές τους.

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει περιορισμούς, κυρίως λόγω του σχετικά μικρού δείγματος, της δειγματοληψίας ευκολίας, της διεξαγωγής της σε ένα μόνο ιδιωτικό εξειδικευμένο νευρολογικό ιατρείο και της χρήσης αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζονται από υποκειμενικές εκτιμήσεις ή από την τάση παροχής κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων. Οι περιορισμοί αυτοί δεν επιτρέπουν την πλήρη γενίκευση των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των άτυπων φροντιστών. Ωστόσο, τα αποτελέσματα προσφέρουν χρήσιμα δεδομένα για την ελληνική πραγματικότητα και αναδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης του φαινομένου.

Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν σε μεγαλύτερα και πολυκεντρικά δείγματα, από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και δομές υγείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η περαιτέρω διερεύνηση πιθανών διαφορών στην επιβάρυνση των φροντιστών ανάλογα με το είδος και το στάδιο του νευρολογικού νοσήματος, τη διάρκεια της φροντίδας και το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση. Επιπλέον, θα ήταν σημαντικό να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών, ψυχοκοινωνικών και κοινοτικών παρεμβάσεων για τη μείωση του φορτίου φροντίδας.

Συνολικά, η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει ότι η υποστήριξη των άτυπων φροντιστών δεν αποτελεί δευτερεύον ζήτημα, αλλά αναγκαία προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα της μακροχρόνιας φροντίδας. Η αναγνώριση του ρόλου τους, η ενίσχυση των υπηρεσιών υποστήριξης και η ανάπτυξη ανθρωποκεντρικών μοντέλων φροντίδας μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά τόσο στην προστασία της υγείας των φροντιστών όσο και στη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών με νευρολογικά νοσήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Albani, E.N., Toska, A., Togas, C., Rigatos, S., Vus, V., Fradelos, E.C., Tzenalis, A. and Saridi, M. (2024) 'Burden of caregivers of patients with chronic diseases in primary health care: A cross-sectional study in Greece', *Nursing Reports*, 14(3), pp. 1633-1646. Available at: <https://doi.org/10.3390/nursrep14030122>
- Alzheimer's Association (2024) 2024 Alzheimer's disease facts and figures', *Alzheimer's & Dementia*, 20(4), pp. 3708-3821. Available at: <https://doi.org/10.1002/alz.13809>
- Alzheimer's Disease International (2025) *Dementia statistics*. Available at: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics>
- Anagnostopoulos, F., Niakas, D. and Pappa, E. (2005) 'Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey', *Quality of Life Research*, 14(8), pp. 1959-1965. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11136-005-3866-8>
- Bloem, B.R., Okun, M.S. and Klein, C. (2021) 'Parkinson's disease', *The Lancet*, 397(10291), pp. 2284-2303. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00218-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00218-X)
- Brodaty, H. and Donkin, M. (2009) 'Family caregivers of people with dementia', *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), pp. 217-228. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Corallo, F., De Cola, M.C., Lo Buono, V., Di Lorenzo, G., Bramanti, P. and Marino, S. (2017) 'Observational study of quality of life of Parkinson's patients and their caregivers', *Psychogeriatrics*, 17(2), pp. 97-102. Available at: <https://doi.org/10.1111/psyg.12196>
- Damier, P., Henderson, E.J., Romero-Imbroda, J., Galimam, L., Kronfeld, N. and Warnecke, T. (2022) 'Impact of off-time on quality of life in Parkinson's patients and their caregivers', *Parkinson's Disease*, 2022, 1800567. Available at: <https://doi.org/10.1155/2022/1800567>
- Deli, D., Tsouvelas, G., Roukas, D. and Mentis, M. (2025) Depressive and anxiety symptoms in caregivers of patients with dementia: A systematic review', *Psychiatriki*, 36(1), pp. 72-80. Available at: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.023>

- Donzuso, G., Brunelli, P., Milesi, G. et al. (2025) 'Caregiver burden in Parkinson's disease: A nationwide observational survey', *Neurological Sciences*, 46, pp. 5093-5103. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10072-025-08306-4>
- Duplantier, S.C. and Williamson, F.A. (2023) Barriers and facilitators of health and well-being in informal caregivers of dementia patients', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4328. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054328>
- Etxeberria, I., Salaberria, K., Gorostiaga, A. and Aliri, J. (2021) 'Online support for caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1538. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/1538>
- Eurofound (2025) *Unpaid care in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available at: <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/unpaid-care-eu>
- Eurostat (2026) *Professional homecare services for long-term care, 2024*. Luxembourg: European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Fang, L., Dong, M., Fang, W. and Zheng, J. (2022) 'Care burden, resilience and depressive symptoms among caregivers of stroke patients', *Frontiers in Psychiatry*, 13, 960830. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.960830>
- Ferfeli, S., Galanos, A., Dontas, I.A., Triantafyllou, A., Triantafyllopoulos, I.K. and Chronopoulos, E. (2024) 'Reliability and validity of the Greek adaptation of the Modified Barthel Index', *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(1), pp. 44-54. Available at: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.08056-5>
- Fountoulakis, K.N., Tsolaki, M., Chantzi, H. and Kazis, A. (2000) 'Mini Mental State Examination: A validation study in Greece', *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 15(6), pp. 342-345. Available at: <https://doi.org/10.1177/153331750001500604>
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators (2022) 'Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050', *The Lancet Public Health*, 7(2), pp. e105-e125. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)

GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators (2024) Global burden of neurological disorders', *The Lancet Neurology*, 23(4), pp. 344-381. Available at: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00038-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00038-3)

GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators (2024) Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021', *The Lancet Neurology*, 23(10), pp. 973-1003. Available at: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00369-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7)

Goto, Y., Morita, K., Suematsu, M., Imaizumi, T. and Suzuki, Y. (2023) 'Caregiver burdens, health risks, coping and interventions among caregivers of dementia patients: A review of the literature', *Internal Medicine*, 62(22), pp. 3277-3282. Available at: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0911-22>

Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L. and Zeng, L. (2018) 'Anxiety, depression and caregiver burden', *Medicine*, 97(40), e12638. Available at: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012638>

Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Jaracz, J. et al. (2024) Caregiver burden after stroke: 10-year follow-up', *BMC Nursing*, 23, 589. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02251-x>

Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Kleka, P. et al. (2022) Caregiver burden scale development', *Psychology Research and Behavior Management*, 15, pp. 665-675. Available at: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S348972>

Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M. et al. (2021) 'Caregiver burden and coping strategies', *BMC Psychology*, 9, 51. Available at: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z>

Koca, E., Taşkapilioğlu, Ö. and Bakar, M. (2017) 'Caregiver burden in different stages of Alzheimer's disease', *Archives of Neuropsychiatry*, 54, pp. 82-86. Available at: <https://doi.org/10.5152/npa.2017.11304>

Leng, M., Zhao, Y., Xiao, H., Li, C. and Wang, Z. (2020) 'Internet-based supportive interventions for family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis', *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e19468. Available at: <https://www.jmir.org/2020/9/e19468>

Lesley, R., Simpson, J. and Eccles, F.J.R. (2025) 'Predictors of Informal Caregiver Burden in Parkinson's Disease: A Systematic Review', *Western Journal of Nursing Research*. Available at: <https://doi.org/10.1177/01939459251327968>

- Li, M., Ye, X., Huang, Z., Ye, L. and Chen, C. (2025) 'Global burden of Parkinson's disease', *BMJ Open*, 15(4), e095610. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095610>
- Mosley, P.E., Moodie, R. and Dissanayaka, N. (2017) Caregiver burden in Parkinson disease', *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(5), pp. 235-252. Available at: <https://doi.org/10.1177/0891988717720302>
- OECD (2025) *Health at a glance 2025: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing. Available at: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S.S., Tsangari, H. and Sourtzi, P. (2007) Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden', *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), pp. 446-457. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04250.x>
- Parpa, E., Katsantonis, N.G., Tsilika, E., Galanos, A., Papazoglou, I. and Mystakidou, K. (2017) 'Validity of the Greek version of the Zarit Burden Interview', *International Journal of Mental Health & Psychiatry*, 3(3). Available at: <https://doi.org/10.4172/2471-4372.1000145>
- Pitsikali, A., Galanakis, M., Varvogli, L. and Darviri, C. (2015) Validation of the Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10)', *Psychology*, 6, pp. 1180-1186. Available at: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=58457>
- Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., McAiney, C., Duggleby, W., Bartholomew, A. and Sherifali, D. (2021) 'Effectiveness of eHealth interventions for caregivers of persons with dementia: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e24711. Available at: <https://www.jmir.org/2021/5/e24711>
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2021) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ransmayr, G. (2021) Challenges of caregiving to neurological patients', *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 171(11-12), pp. 282-288. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10354-021-00844-8>
- Reinhard, S.C., Caldera, S., Houser, A. and Choula, R. (2023) *Valuing the invaluable: 2023 update - Strengthening support for family caregivers*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute. Available at: [115](https://archrespice.org/wp-</p></div><div data-bbox=)

[content/uploads/2023/03/valuing-the-invaluable-2023-update.doi.10.26419-2Fppi.00082.006.pdf](https://doi.org/10.26419/content/uploads/2023/03/valuing-the-invaluable-2023-update.doi.10.26419-2Fppi.00082.006.pdf)

Sapouna, V., Dafermos, V., Chatziarsenis, M. et al. (2013) 'Caregiver burden in mental disorders', *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 3. Available at: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-3>

Schrag, A., Hovris, A., Morley, D., Quinn, N. and Jahanshahi, M. (2019) 'Caregiver burden in Parkinson's disease', *Movement Disorders Clinical Practice*, 6(6), pp. 484-491. Available at: <https://doi.org/10.1002/mdc3.12804>

Soh, X.C., Hartanto, A., Ling, N., Reyes, M., Sim, L. and Majeed, N.M. (2025) Prevalence of depression, anxiety, burnout, and stress in informal caregivers', *Archives of Gerontology and Geriatrics Plus*, 2(3). Available at: <https://doi.org/10.1016/j.aggp.2025.100197>

Tramonti, F., Bonfiglio, L., Bongioanni, P. et al. (2019) Caregiver burden in neurological diseases', *Psychology, Health & Medicine*, 24(1), pp. 27-34. Available at: <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1510131>

Tramonti, F., Bongioanni, P., Fanciullacci, C. and Rossi, B. (2018) Balancing between autonomy and support: Coping and family functioning in caregivers of patients with neurological diseases', *Psychology, Health & Medicine*, 24(2), pp. 135-144. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2018.1510131>

Tsuyuki, T., Asai, T., Kurosaki, E., Nakamura, A., Kishi, K. and Takeda, F. (2024) 'Caregiving challenges in Japan', *Nursing Reports*, 14(4), pp. 3907-3918. Available at: <https://doi.org/10.3390/nursrep14040285>

Vitaliano, P.P., Zhang, J. and Scanlan, J.M. (2003) Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis', *Psychological Bulletin*, 129(6), pp. 946-972. Available at: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.6.946>

World Health Organization (2021) *Global status report on the public health response to dementia*. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

World Health Organization (2023b) *Rebuilding for sustainability and resilience: Long-term care in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5330-45095-64318>

World Health Organization (2024) *Over 1 in 3 people affected by neurological conditions*. Available at: <https://www.who.int/news/item/14-03-2024-over-1-in-3-people-affected-by-neurological-conditions>

World Health Organization (2025) *Dementia fact sheet*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Ερωτηματολόγιο φροντιστών και ασθενών

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών φροντιστή

Οδηγία συμπλήρωσης: Παρακαλώ σημειώστε με Χ την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε αριθμητικά/λεκτικά όπου ζητείται.

Φύλο:

- ☐ 1. Άνδρας
- ☐ 2. Γυναίκα

Ηλικία: _____ ετών

Συγγενική σχέση με τον ασθενή:

- ☐ 1. Σύζυγος/Σύντροφος
- ☐ 2. Παιδί
- ☐ 3. Φίλος/η
- ☐ 4. Γείτονας/ισσα
- ☐ 5. Ανιψιός/ά
- ☐ 6. Εγγονός/ή

Υπηκοότητα: _____

Οικογενειακή κατάσταση:

- ☐ 1. Άγαμος/η
- ☐ 2. Έγγαμος/η
- ☐ 3. Χήρος/α
- ☐ 4. Διαζευγμένος/η

Τέκνα:

- 6.1. Αριθμός τέκνων: _____
- 6.2. Μέση ηλικία τέκνων: _____ έτη

Μορφωτικό επίπεδο:

- ☐ 1. Δημοτικό
- ☐ 2. Γυμνάσιο

- ☐ 3. Λύκειο
- ☐ 4. Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση
- ☐ 5. Μεταπτυχιακό
- ☐ 6. Διδακτορικό

Επαγγελματική κατάσταση:

- ☐ 1. Πλήρης απασχόληση
- ☐ 2. Μερική απασχόληση
- ☐ 3. Άνεργος/η
- ☐ 4. Συνταξιούχος
- ☐ 5. Οικιακά
- ☐ 6. Φοιτητής/τρια
- ☐ 7. Εργασία χωρίς ασφάλιση
- ☐ 8. Άνεργος/η για λόγους υγείας
- ☐ 9. Άνεργος/η λόγω άτυπης φροντίδας
- ☐ 10. Συνταξιούχος και εργαζόμενος/η

Έτη εργασίας: _____ έτη

Οικονομική κατάσταση:

- ☐ 1. Επαρκές εισόδημα χωρίς δυσκολίες
- ☐ 2. Επαρκές εισόδημα αλλά με μικρές δυσκολίες
- ☐ 3. Συχνές οικονομικές δυσκολίες
- ☐ 4. Σοβαρές οικονομικές δυσκολίες
- ☐ 5. Αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών

Ικανότητα οδήγησης:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Διάρκεια φροντίδας: _____ έτη

Ώρες φροντίδας ημερησίως:

- ☐ 1. Έως 2 ώρες
- ☐ 2. 2-4 ώρες

☐ 3. 4-8 ώρες

☐ 4. Περισσότερες από 8 ώρες

Είδος βοήθειας που παρέχετε (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

☐ 1. Προσωπική φροντίδα, όπως σίτιση, μπάνιο, ένδυση

☐ 2. Φαρμακευτική παρακολούθηση

☐ 3. Συνοδεία σε ιατρικές επισκέψεις

☐ 4. Οικιακές εργασίες

☐ 5. Διαχείριση οικονομικών/διαδικαστικών θεμάτων

☐ 6. Συναισθηματική υποστήριξη

Ωράριο φροντίδας:

☐ 1. Καθημερινά

☐ 2. Μερικές ημέρες την εβδομάδα

☐ 3. Μόνο σε κρίσεις

☐ 4. 24ωρη φροντίδα

Συμβιώνετε με τον ασθενή;

☐ 1. Ναι

☐ 2. Όχι

Ύπαρξη έμμισθου φροντιστή:

☐ 1. Ναι, 24 ώρες

☐ 2. Όχι

☐ 3. Ναι, λιγότερο από 3 ώρες ημερησίως

☐ 4. Ναι, 8 ώρες ημερησίως

Υποστήριξη από υπηρεσίες υγείας/κοινωνικές δομές:

☐ 1. Καμία

☐ 2. Μερική

☐ 3. Επαρκής

☐ 4. Πλήρης

Ύπαρξη δευτερευόντων άμισθων φροντιστών, όπως συγγενείς ή φίλοι:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Έχετε εκπαιδευτεί στη φροντίδα;

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Ικανότητα διαχείρισης επειγόντων περιστατικών/γνώσεις BLS:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι
- ☐ 3. Μέτρια/χρειάζομαι επιπλέον εκπαίδευση

Γνώση φαρμακευτικών οδηγιών:

- ☐ 1. Άριστη
- ☐ 2. Επαρκής
- ☐ 3. Περιορισμένη
- ☐ 4. Καθόλου

Ικανότητα χειρισμού εξοπλισμού, όπως αμαξίδιο, γερανάκι, καθετήρας, PEG κ.λπ.:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι
- ☐ 3. Με δυσκολία

Επιβάρυνση από τη φροντίδα, σύμφωνα με την υποκειμενική σας αντίληψη:

- ☐ 1. Καθόλου
- ☐ 2. Λίγο
- ☐ 3. Αρκετά
- ☐ 4. Πολύ
- ☐ 5. Πάρα πολύ

Ψυχολογική κατάσταση φροντιστή (αυτοαναφορά, δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. στρες
- ☐ 2. Κατάθλιψη

☐ 3. Κόπωση/εξουθένωση

☐ 4. Διαταραχές ύπνου

Ποιότητα ύπνου:

☐ 1. Πολύ καλή

☐ 2. Καλή

☐ 3. Μέτρια

☐ 4. Κακή

Επιρροή της φροντίδας στην εργασία:

☐ 1. Καμία

☐ 2. Μειωμένες ώρες εργασίας

☐ 3. Συχνές απουσίες

☐ 4. Παραίτηση/απόλυση από εργασία λόγω φροντίδας

☐ 5. Δεν εργάζομαι

Οικονομική επιβάρυνση από τη φροντίδα:

☐ 1. Καθόλου

☐ 2. Μικρή

☐ 3. Μέτρια

☐ 4. Μεγάλη

☐ 5. Πάρα πολύ μεγάλη

Επίδραση της φροντίδας στις κοινωνικές σχέσεις:

☐ 1. Καθόλου

☐ 2. Μικρή

☐ 3. Μέτρια

☐ 4. Μεγάλη

☐ 5. Πάρα πολύ μεγάλη

Βαθμός ικανοποίησης από τον ρόλο του φροντιστή:

☐ 1. Πολύ ικανοποιημένος/η

☐ 2. Ικανοποιημένος/η

☐ 3. Ουδέτερος/η

- ☐ 4. Μη ικανοποιημένος/η
- ☐ 5. Πολύ μη ικανοποιημένος/η

Επίδραση της φροντίδας στη δική σας υγεία (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Καμία
- ☐ 2. Αύξηση στρες
- ☐ 3. Μείωση σωματικής αντοχής
- ☐ 4. Επιδείνωση υπάρχουσας νόσου
- ☐ 5. Νέα προβλήματα υγείας

Κάλυψη ιατρικών δαπανών:

- ☐ 1. Δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο
- ☐ 2. Ιδιωτική ασφάλιση
- ☐ 3. Κυρίως ιδιωτικά έξοδα και ασφαλιστικό ταμείο

Ποσοστό αναπηρίας ΚΕΠΑ >67%:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι
- ☐ 3. Ναι, λαμβάνω επίδομα

Επίπεδο σωματικής δραστηριότητας/γυμναστικής:

- ☐ 1. Καθόλου
- ☐ 2. 1-2 φορές/εβδομάδα
- ☐ 3. 3-5 φορές/εβδομάδα
- ☐ 4. Καθημερινά

Σωματομετρικά στοιχεία:

BMI: _____

Βάρος: _____ kg

Ύψος: _____ cm

Καπνιστική συνήθεια:

- ☐ 1. Ποτέ
- ☐ 2. Πρώην καπνιστής/τρια
- ☐ 3. Νυν καπνιστής/τρια

Κατανάλωση αλκοόλ:

- ☐ 1. Καθόλου
- ☐ 2. Σπάνια
- ☐ 3. 1-2 φορές/εβδομάδα
- ☐ 4. Καθημερινά

Προσωπικό ιατρικό ιστορικό (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Στεφανιαία νόσος/αρρυθμίες/βηματοδότης
- ☐ 2. Αρτηριακή υπέρταση
- ☐ 3. Σακχαρώδης διαβήτης
- ☐ 4. Δυσλιπιδαιμία
- ☐ 5. Κατάθλιψη
- ☐ 6. Αγχώδης διαταραχή/διαταραχές πανικού
- ☐ 7. Μυοσκελετικά προβλήματα
- ☐ 8. Κακοήθεια
- ☐ 9. Χρόνιος νευροπαθητικός πόνος
- ☐ 10. Ημικρανία
- ☐ 11. Αυτοάνοσο νόσημα

Κατοικία:

- ☐ 1. Αστική περιοχή
- ☐ 2. Ημιαστική περιοχή
- ☐ 3. Αγροτική περιοχή

Μόνιμη κατοικία του φροντιστή:

- ☐ 1. Ιδιόκτητη κατοικία
- ☐ 2. Μισθωμένη κατοικία
- ☐ 3. Φιλοξενία

Απόσταση κατοικίας φροντιστή-ασθενούς:

- ☐ 1. Στο ίδιο σπίτι
- ☐ 2. 0-5 χλμ.
- ☐ 3. 5-20 χλμ.

☐ 4. Περισσότερα από 20 χλμ.

☐ 5. Στην ίδια πολυκατοικία

Τρόπος μετακίνησης προς τον ασθενή:

☐ 1. Με αυτοκίνητο

☐ 2. Με ΜΜΜ

☐ 3. Με τα πόδια

☐ 4. Με ταξί/ιδιωτική μεταφορά

☐ 5. Ίδιο σπίτι/ίδια πολυκατοικία

Χρειάζεστε υποστήριξη; (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)

☐ 1. Ψυχολογική

☐ 2. Εκπαιδευτική

☐ 3. Πρακτική, όπως βοηθητικό προσωπικό/έμμισθος φροντιστής

☐ 4. Οικονομική

Χρειάζεστε διάλειμμα φροντίδας;

☐ 1. Ναι

☐ 2. Όχι

Σκέφτεστε τη μεταφορά του/της ασθενούς σε δομή φροντίδας;

☐ 1. Ναι

☐ 2. Όχι

☐ 3. Όχι ακόμα

Αν όχι, ποιοι είναι οι λόγοι; (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)

☐ 1. Οικονομικοί λόγοι

☐ 2. Θέλω να τον/την φροντίζω εγώ

☐ 3. Δυσκολία αποχωρισμού

☐ 4. Ανησυχία για την ποιότητα φροντίδας στη δομή

☐ 5. Πολιτισμικοί λόγοι/υποχρέωση της οικογένειας

☐ 6. Δεν το επιθυμεί ή δεν το επιθυμούσε ο/η ασθενής

Σύντομη ολιστική αξιολόγηση ασθενούς: δημογραφικά στοιχεία, κλινική κατάσταση, λειτουργικότητα και περιβάλλον φροντίδας

Φύλο:

☐ 1. Άνδρας

☐ 2. Γυναίκα

Ηλικία: _____ ετών

Σωματομετρικά στοιχεία:

BMI: _____

Βάρος: _____ kg

Ύψος: _____ cm

Υπηκοότητα: _____

Οικογενειακή κατάσταση:

☐ 1. Άγαμος/η

☐ 2. Έγγαμος/η

☐ 3. Χήρος/α

☐ 4. Διαζευγμένος/η

Μορφωτικό επίπεδο:

☐ 1. Δημοτικό

☐ 2. Γυμνάσιο

☐ 3. Λύκειο

☐ 4. Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση

☐ 5. Μεταπτυχιακό

☐ 6. Διδακτορικό

Επαγγελματική κατάσταση:

☐ 1. Πλήρης απασχόληση

☐ 2. Μερική απασχόληση

☐ 3. Άνεργος/η

☐ 4. Συνταξιούχος

☐ 5. Οικιακά

☐ 6. Φοιτητής/τρια

☐ 7. Εργασία χωρίς ασφάλιση

- ☐ 8. Άνεργος/η για λόγους υγείας - λαμβάνει επίδομα
- ☐ 9. Πλήρης απασχόληση σε αναρρωτική άδεια άνω του ενός μήνα

Οικονομική κατάσταση:

- ☐ 1. Πολύ καλή
- ☐ 2. Καλή
- ☐ 3. Μέτρια
- ☐ 4. Κακή

Καπνιστική συνήθεια:

- ☐ 1. Ποτέ
- ☐ 2. Πρώην καπνιστής/τρια
- ☐ 3. Νυν καπνιστής/τρια

Κατανάλωση αλκοόλ:

- ☐ 1. Καθόλου
- ☐ 2. Σπάνια
- ☐ 3. 1-2 φορές/εβδομάδα
- ☐ 4. Καθημερινά
- ☐ 5. Καθημερινά στο παρελθόν

Ποσοστό αναπηρίας ΚΕΠΑ >67%:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι
- ☐ 3. Εκκρεμεί αποτέλεσμα

Λαμβάνει κάποιο επίδομα ή παροχή από ΚΕΠΑ ή άλλο φορέα;

- ☐ 1. Ναι, εξωιδρυματικό/απόλυτης αναπηρίας
- ☐ 2. Ναι, επίδομα βοήθειας ετέρου ατόμου
- ☐ 3. Όχι

Είδος νευρολογικής πάθησης:

- ☐ 1. Άνοια
- ☐ 2. Νόσος Parkinson

☐ 3. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ)

(δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)

Έτη από τη διάγνωση του νευρολογικού νοσήματος: _____ έτη

Άλλες χρόνιες παθήσεις (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Στεφανιαία νόσος/καρδιακή ανεπάρκεια/βηματοδότης
- ☐ 2. Αρτηριακή υπέρταση
- ☐ 3. Σακχαρώδης διαβήτης
- ☐ 4. Κατάθλιψη
- ☐ 5. Αγχώδης διαταραχή/διαταραχές πανικού
- ☐ 6. Χρόνιος νευροπαθητικός πόνος
- ☐ 7. Μυοσκελετικά προβλήματα
- ☐ 8. Επιληψία
- ☐ 9. Κακοήθεια
- ☐ 10. Ημικρανίες
- ☐ 11. Αυτοάνοσα νοσήματα
- ☐ 12. Ακράτεια ούρων/παθήσεις ουροποιητικού
- ☐ 13. Υπερλιπιδαιμία
- ☐ 14. Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια/αιμοκάθαρση
- ☐ 15. Ψυχωσικό σύνδρομο/διπολική διαταραχή
- ☐ 16. Θυρεοειδοπάθεια
- ☐ 17. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
- ☐ 18. Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος εντέρου/κολοστομία/ειλεοστομία

Κατοικία:

- ☐ 1. Αστική περιοχή
- ☐ 2. Ημιαστική περιοχή
- ☐ 3. Αγροτική περιοχή

Τύπος κατοικίας:

- ☐ 1. Μονοκατοικία
- ☐ 2. Διαμέρισμα

Προσβασιμότητα στην είσοδο (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Σκαλιά πριν από την είσοδο, αριθμός: _____
- ☐ 2. Διαθέσιμη ράμπα
- ☐ 3. Ανελκυστήρας κατάλληλος για αμαξίδιο
- ☐ 4. Ελλιπής προσβασιμότητα

Εσωτερική προσβασιμότητα οικίας (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Πλατύτερες πόρτες για αμαξίδιο
- ☐ 2. Προσβάσιμο μπάνιο, όπως μπάρα στήριξης ή καμπίνα χωρίς σκαλοπάτι
- ☐ 3. Αναπηρικό μπάνιο/ειδικό κάθισμα μπάνιου
- ☐ 4. Ελλιπής προσβασιμότητα

Υπάρχει διαμορφωμένος και ασφαλής χώρος για μετακίνηση στο σπίτι, χωρίς εμπόδια όπως χαλιά κ.λπ.;

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι/περιορισμένος χώρος

Χρήση βοηθήματος βάδισης/μετακίνησης:

- ☐ 1. Μονόπλευρη στήριξη
- ☐ 2. Περιπατητήρας
- ☐ 3. Απλό αμαξίδιο
- ☐ 4. Ηλεκτρικό αμαξίδιο
- ☐ 5. Όχι
- ☐ 6. Κλινήρης
- ☐ 7. Βακτηρίες

Εξοπλισμός κατακεκλιμένου ασθενούς (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Οικιακό κρεβάτι
- ☐ 2. Χειροκίνητο νοσοκομειακό κρεβάτι
- ☐ 3. Ηλεκτρικό νοσοκομειακό κρεβάτι

- ☐ 4. Προστατευτικά κάγκελα
- ☐ 5. Ανυψωτής/γερανάκι
- ☐ 6. Αμαξίδιο μπάνιου/τουαλέτας
- ☐ 7. Τραπεζάκι φαγητού επί κλίνης
- ☐ 8. Αερόστρωμα
- ☐ 9. Υλικοτεχνικός εξοπλισμός για λουτρό επί κλίνης/λουτήρας μαλλιών

Αυτοεξυπηρέτηση:

- ☐ 1. Αυτόνομος/η
- ☐ 2. Μερική βοήθεια
- ☐ 3. Πλήρης εξάρτηση

Έλεγχος σφιγκτήρων:

- ☐ 1. Πλήρης
- ☐ 2. Μερικός έλεγχος ούρων
- ☐ 3. Συχνή ακράτεια ούρων
- ☐ 4. Πλήρης ακράτεια ούρων με χρήση πάνας ενηλίκων
- ☐ 5. Ακράτεια ούρων και κοπράνων με χρήση πάνας ενηλίκων
- ☐ 6. Δυσκοιλιότητα/υποκλυσμός
- ☐ 7. Καθετήρας

Νυχτερινή επιτήρηση:

- ☐ 1. Όχι
- ☐ 2. Ναι, περιστασιακά
- ☐ 3. Ναι, καθημερινά

Πτώσεις κατά το τελευταίο έτος:

- ☐ 1. Καμία
- ☐ 2. 1-2 πτώσεις
- ☐ 3. Περισσότερες από 2 πτώσεις
- ☐ 4. Πτώση με κατάγμα/νοσηλεία

Κίνδυνος κατάκλισης:

- ☐ 1. Χαμηλός

- ☐ 2. Μέτριος
- ☐ 3. Υψηλός
- ☐ 4. Ήδη παρούσες κατακλίσεις 2ου σταδίου
- ☐ 5. Ήδη παρούσες κατακλίσεις 3ου σταδίου
- ☐ 6. Χωρίς κίνδυνο κατάκλισης

Μέτρα προστασίας για αποφυγή κατάκλισης (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Αερόστρωμα
- ☐ 2. Συχνές αλλαγές θέσης
- ☐ 3. Ενυδάτωση
- ☐ 4. Διατροφή πλούσια σε λευκώματα
- ☐ 5. Επιθέματα
- ☐ 6. Καθαριότητα σώματος/αλλαγή πάνας

Επίπεδο πόνου:

75.1. Βαθμολογία σε κλίμακα 0-10: _____

75.2. Μη αξιολογήσιμος λόγω άνοιας:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Τύπος πόνου:

- ☐ 1. Νευροπαθητικός
- ☐ 2. Μυοσκελετικός
- ☐ 3. Απουσία πόνου
- ☐ 4. Μη αξιολογήσιμος λόγω άνοιας
- ☐ 5. Ουροποιητικό
- ☐ 6. Τραυματισμός ή χειρουργική επέμβαση

Ο πόνος επηρεάζει τον ύπνο;

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι
- ☐ 3. Μη αξιολογήσιμο λόγω άνοιας

Χρήση οξυγόνου:

- ☐ 1. Όχι
- ☐ 2. Περιοδικά
- ☐ 3. Μόνιμα
- ☐ 4. Μόνο το βράδυ

Καθετήρας ουροδόχου κύστης:

- ☐ 1. Όχι
- ☐ 2. Περιστασιακά
- ☐ 3. Μόνιμος

Γαστροστομία (PEG):

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Τεχνητή σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα ή άλλη μέθοδο:

- ☐ 1. Όχι, σιτίζεται από το στόμα
- ☐ 2. Εν μέρει
- ☐ 3. Πλήρης σίτιση με φόρμουλα μέσω ρινογαστρικού σωλήνα Levin
- ☐ 4. Πολτοποιημένο γεύμα μέσω ρινογαστρικού σωλήνα Levin
- ☐ 5. Φόρμουλα από το στόμα
- ☐ 6. Σίτιση από το στόμα με πολτοποιημένο γεύμα

Ώρες που μένει μόνος/η:

- ☐ 1. 0 ώρες
- ☐ 2. Λιγότερο από 3 ώρες
- ☐ 3. Περισσότερο από 3 ώρες/ημέρα

Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Επισκέψεις ΠΦΥ/προληπτικές εξετάσεις
- ☐ 2. Φυσικοθεραπεία
- ☐ 3. Κατ' οίκον νοσηλεία/εργαστηριακός προληπτικός έλεγχος
- ☐ 4. Εργοθεραπεία
- ☐ 5. Λογοθεραπεία

- ☐ 6. Κατ' οίκον φυσικοθεραπεία
- ☐ 7. Ψυχολόγος/ψυχοθεραπεία/νοητική ενδυνάμωση

Κοινωνική συμμετοχή:

- ☐ 1. Καμία
- ☐ 2. Περιορισμένη
- ☐ 3. Μέτρια
- ☐ 4. Συχνή

Μετακίνηση εκτός σπιτιού:

- ☐ 1. Ποτέ
- ☐ 2. Σπάνια
- ☐ 3. Τακτικά
- ☐ 4. Μόνο για θεραπευτικό σκοπό

Πρόσφατες νοσηλείες στο νοσοκομείο: _____ αριθμός νοσηλείων

Αίτιο εισαγωγής στο νοσοκομείο (δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων):

- ☐ 1. Λοιμώξεις αναπνευστικού/εισρόφηση
- ☐ 2. Πτώσεις/κάταγμα
- ☐ 3. Καρδιολογικά επείγοντα
- ☐ 4. ΑΕΕ/επιληψία
- ☐ 5. Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση
- ☐ 6. Συμπεριφορικές διαταραχές/ψυχιατρική εκτίμηση
- ☐ 7. Ουρολοίμωξη
- ☐ 8. Παθολογικά επείγοντα/ηλεκτρολυτικές διαταραχές

Ψυχοκινητική ανησυχία το πρωί/τάσεις φυγής:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Ψυχοκινητική ανησυχία το βράδυ/τάσεις φυγής:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Ανήσυχα άκρα/RBD:

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Ποιότητα ύπνου:

- ☐ 1. Πολύ καλή
- ☐ 2. Καλή
- ☐ 3. Μέτρια
- ☐ 4. Κακή

Παρέχεται άτυπη φροντίδα σε περισσότερους από έναν ασθενείς;

- ☐ 1. Ναι
- ☐ 2. Όχι

Zarit Burden Interview (ZBI-22) για τους φροντιστές

Οδηγία συμπλήρωσης: Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

Κλίμακα απαντήσεων:

0 = Ποτέ

1 = Σπάνια

2 = Μερικές φορές

3 = Αρκετά συχνά

4 = Σχεδόν πάντα

1. Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια από ό,τι χρειάζεται;
2. Πιστεύετε ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας λόγω της φροντίδας του/της συγγενή σας;
3. Νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα του/της συγγενή σας και στις υπόλοιπες ευθύνες σας, όπως οικογένεια ή εργασία;
4. Νιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά του/της συγγενή σας;
5. Νιώθετε θυμό ή εκνευρισμό όταν βρίσκεστε μαζί του/της;
6. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας έχει επηρεάσει αρνητικά τη σχέση σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή φίλους;
7. Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για τον/την συγγενή σας;

8. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας εξαρτάται πλήρως από εσάς;
9. Νιώθετε νευρικότητα όταν βρίσκεστε κοντά στον/στη συγγενή σας;
10. Νιώθετε ότι η υγεία σας έχει επιβαρυνθεί λόγω της φροντίδας του/της συγγενή σας;
11. Νιώθετε ότι δεν έχετε αρκετή προσωπική ή κοινωνική ζωή λόγω της φροντίδας;
12. Νιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή έχει υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε τον/την συγγενή σας;
13. Νιώθετε άβολα όταν έχετε καλεσμένους στο σπίτι εξαιτίας του/της συγγενή σας;
14. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά αποκλειστικά από εσάς τη φροντίδα;
15. Νιώθετε ότι επιβαρύνεστε οικονομικά λόγω της φροντίδας του/της συγγενή σας;
16. Νιώθετε ότι δεν θα μπορούσατε να συνεχίσετε να φροντίζετε τον/την συγγενή σας για πολύ ακόμη;
17. Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που άρχισε η ασθένεια του/της συγγενή σας;
18. Νιώθετε ότι θα θέλατε να αφήσετε τη φροντίδα του/της συγγενή σας σε κάποιον άλλον;
19. Νιώθετε αβεβαιότητα για το τι πρέπει να κάνετε για τον/την συγγενή σας;
20. Νιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον/την συγγενή σας;
21. Νιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα του/της συγγενή σας;
22. Γενικά, πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνμένος/η με τη φροντίδα του/της συγγενή σας;

Κλίμακα Στρесс Kingston (Kingston Caregiver Stress Scale - KCSS) για τους φροντιστές

Οδηγία συμπλήρωσης: Για κάθε ερώτηση, σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

Κλίμακα απαντήσεων:

- 1 = Καθόλου
- 2 = Λίγο
- 3 = Μέτρια
- 4 = Πολύ
- 5 = Πάρα πολύ

1. Νιώθετε ότι έχετε περισσότερες ευθύνες ή μεγαλύτερο φόρτο εργασίας από ό,τι μπορείτε να αντέξετε;
2. Έχει αλλάξει η σχέση σας με τον/τη σύντροφό σας;
3. Έχει αλλάξει η κοινωνική σας ζωή;
4. Έχουν προκληθεί προβλήματα στις καθημερινές υποχρεώσεις ή δραστηριότητές σας;
5. Νιώθετε παγιδευμένος/η εξαιτίας της φροντίδας που παρέχετε;
6. Νιώθετε ότι μερικές φορές δεν καταφέρνετε να παρέχετε τη φροντίδα που θα θέλατε;
7. Ανησυχείτε για τις μελλοντικές ανάγκες φροντίδας του αγαπημένου σας προσώπου;
8. Υπάρχουν συγκρούσεις με την οικογένεια για αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα;
9. Υπάρχουν συγκρούσεις με την οικογένεια σχετικά με το πόσο σας υποστηρίζουν και βοηθούν στην παροχή φροντίδας;
10. Έχετε οικονομικές δυσκολίες που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας;

4. Mini Mental State Examination (MMSE) για τους ασθενείς

1. Προσανατολισμός

- Θα σας κάνω μερικές ερωτήσεις για να δούμε πως είναι η μνήμη σας.
- Τι έτος έχουμε;
- Ποια εποχή;
- Τι μήνα;
- Πόσο του μήνα έχουμε;
- Ποια μέρα της εβδομάδας;
- Σε ποια χώρα βρισκόμαστε;
- Σε ποια πόλη;
- Σε ποια περιοχή ή διεύθυνση;
- Σε πιο μέρος βρίσκεστε αυτή τη στιγμή;
- Σε ποιο όροφο;

2. Καταγραφή

Θα σας πω 3 λέξεις που θέλω να επαναλάβετε μετά από μένα και να τις θυμάστε όταν τις ξαναρωτήσω

- Λεμόνι
- Κλειδί
- Μολύβι

3. Συγκέντρωση / Δυνατότητα αριθμητικών πράξεων

Αφαιρέστε από το 100 διαδοχικά 7 μονάδες κάθε φορά / Εναλλακτικά: Γράψτε τη λέξη «πόρτα» ανάποδα

- 93 -α-
- 86 -τ-
- 79 -ρ-
- 72 -ο-
- 65 -π-

4. Ανάκληση

Επαναλάβετε παρακαλώ τις 3 λέξεις που σας είχα ζητήσει προηγουμένως

- Λεμόνι
- Κλειδί
- Μολύβι

5. Κατονομασία

Δείχνουμε στον ασθενή 2 αντικείμενα και ζητούμε να τα κατονομάσει - τι είναι αυτό;

- Ρολόι
- Μολύβι

6. Επανάληψη

Ζητήστε από τον ασθενή να επαναλάβει μετά από σας:

«Όχι αν και ή αλλά»

7. Εκτέλεση εντολής 3 σταδίων

Δώστε στον ασθενή ένα λευκό φύλλο χαρτί και πείτε του:

- Πάρτε το χαρτί στο δεξί σας χέρι
- Διπλώστε το στη μέση
- Αφήστε το στο πάτωμα

8. Αντίδραση

Δείξτε στον ασθενή ένα χαρτί που να γράφει: «Κλείστε τα μάτια σας»

Παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χαρτί που σας δείχνω

9. Αυτόματη Γραφή

Δώστε στον ασθενή χαρτί και μολύβι και πείτε:

Παρακαλώ γράψετε μια ολοκληρωμένη (πρέπει να περιέχει υποκείμενο - ρήμα)

10. Αντιγραφή

Ζητήστε από τον ασθενή να αντιγράψει ένα σχήμα δύο τεμνόμενων πενταγώνων

5. Κλίμακα Μέτρησης Barthel - Modified Barthel Index (MBI) για τους ασθενείς

Οδηγία συμπλήρωσης: Κυκλώστε ή σημειώστε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα την ικανότητα του ατόμου σε κάθε δραστηριότητα.

Δραστηριότητα	Επιλογές και βαθμολογία
1. Σίτιση	0 = Δεν μπορεί μόνος/η5 = Χρειάζεται βοήθεια για τεμαχισμό ή ειδική διαίτα10 = Ανεξάρτητος/η
2. Μπάνιο	0 = Εξαρτημένος/η10 = Ανεξάρτητος/η ή μπαίνει μόνος/η στο ντους
3. Προσωπική περιποίηση	0 = Χρειάζεται βοήθεια10 = Ανεξάρτητος/η, π.χ. χτένισμα, ξύρισμα, πλύσιμο δοντιών/προσώπου
4. Ντύσιμο	0 = Δεν μπορεί μόνος/η5 = Χρειάζεται βοήθεια αλλά κάνει τα μισά μόνος/η10 = Ανεξάρτητος/η
5. Ακράτεια κοπράνων	0 = Ακράτεια ή χρειάζεται κλύσμα5 = Μερική βοήθεια10 = Ανεξάρτητος/η
6. Έλεγχος ουροδόχου κύστης	0 = Ακράτεια ή καθετήρας5 = Περιστασιακά ατυχήματα10 = Πλήρης έλεγχος
7. Χρήση τουαλέτας	0 = Εξαρτημένος/η5 = Χρειάζεται λίγη βοήθεια10 = Ανεξάρτητος/η
8. Μετακίνηση, κρεβάτι-καρέκλα	0 = Αδυνατεί να καθίσει5 = Χρειάζεται πολλή βοήθεια, από 1-2 άτομα10 = Χρειάζεται λίγη βοήθεια, λεκτική ή σωματική15 = Ανεξάρτητος/η
9. Κινητικότητα σε επίπεδη επιφάνεια	0 = Δεν μπορεί να περπατήσει ή περπατά μόνο μικρή απόσταση5 = Μετακινείται με αναπηρική καρέκλα >45 μ.10 = Περπατά με

Δραστηριότητα

Επιλογές και βαθμολογία

βοήθεια >45 μ.15 = Ανεξάρτητος/η, ενδεχομένως με μπαστούνι

0 = Δεν μπορεί5 = Χρειάζεται βοήθεια, λεκτική, σωματική ή

10. Σκάλες

βοήθημα10 = Ανεξάρτητος/η

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ενημέρωση & δήλωση συμμετοχής σε έρευνα

Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο - Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

Τίτλος μελέτης: «Η φύση του νευρολογικού νοσήματος ως παράγοντας σωματικής και ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών»

Ερευνήτρια: Δέσποινα Ξεκούκη

Επιβλέπουσα ΣΕΠ: Μαρία Σαρίδη

Τόπος/Χρόνος: Αθήνα, Οκτώβριος 2025

1. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της φύσης του νευρολογικού νοσήματος (άνοια, νόσος Parkinson και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) και της σωματικής και ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών. Παράλληλα, διερευνάται η συσχέτιση της επιβάρυνσης με παράγοντες όπως το επίπεδο στρες των φροντιστών, η γνωστική κατάσταση και η λειτουργικότητα των ασθενών, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη.

2. Διαδικασία συμμετοχής

Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει ανώνυμη συμπλήρωση ερωτηματολογίων (~20-25'):

Για τον φροντιστή

Δημογραφικά/κοινωνικά στοιχεία φροντιστή και ασθενούς

Zarit Burden Interview (ZBI-22)

Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10)

Για τον ασθενή:

Mini Mental State Examination (MMSE) για τη γνωστική λειτουργία

Modified Barthel Index (MBI) για το επίπεδο λειτουργικότητας

Η συμπλήρωση γίνεται παρουσία ερευνήτριας για απορίες, στο ιατρείο ή -αν απαιτείται- κατ' οίκον.

3. Πιθανοί κίνδυνοι/δυσφορίες

Δεν αναμένονται σωματικοί κίνδυνοι. Ενδέχεται ήπια ψυχολογική δυσφορία λόγω θεμάτων που αγγίζουν την καθημερινή επιβάρυνση. Μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση.

4. Οφέλη

Έμμεσο όφελος είναι η συμβολή στη γνώση για στοχευμένα προγράμματα υποστήριξης φροντιστών. Δεν προβλέπεται οικονομική αποζημίωση/κόστος.

5. Εθελοντική συμμετοχή & απόσυρση

Η συμμετοχή είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αποχωρήσετε οποτεδήποτε, χωρίς αιτιολογία και χωρίς καμία συνέπεια.

6. Εμπιστευτικότητα & προστασία δεδομένων

Τα δεδομένα είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Τήρηση του GDPR (ΕΕ 2016/679) και των αρχών της Διακήρυξης του Ελσίνκι.

Τα αρχεία θα αποθηκεύονται με κωδικούς, σε προστατευμένο μέσο, για 5 έτη και στη συνέχεια θα καταστρέφονται. Πρόσβαση έχουν μόνο η ερευνήτρια και η επιβλέπουσα.

7. Επικοινωνία

Για απορίες/δικαιώματα συμμετεχόντων:

Ερευνήτρια: Δέσποινα Ξεκούκη, τηλ.: 6944117556, email: std170319@ac.eap.gr

Επιβλέπουσα: Μαρία Σαρίδη, email: saridi.maria@ac.eap.gr

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Δηλώνω ότι διάβασα και κατάλαβα την παραπάνω ενημέρωση για τη μελέτη με τίτλο «Η φύση του Νευρολογικού Νοσήματος ως Παράγοντας Σωματικής και Ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών». Είχα τη δυνατότητα να κάνω ερωτήσεις και έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις. Κατανοώ ότι:

Η συμμετοχή μου είναι εθελοντική.

Μπορώ να αποχωρήσω οποτεδήποτε χωρίς καμία συνέπεια.

Τα δεδομένα μου θα είναι ανώνυμα/εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα: _____

Υπογραφή: _____ **Ημερομηνία:** ____ / ____ / 2025

Ονοματεπώνυμο Ερευνήτριας: Δέσποινα Ξεκούκη

Υπογραφή: _____ **Ημερομηνία:** ____ / ____ / 2025

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Αίτηση συνεργασίας για διεξαγωγή έρευνας

Προς: Ιδιωτικό Ιατρείο κ. Κίμωνα Κοντοκώστα, Νευρολόγου

Διεύθυνση: Δημαρχείου 8, 12242 Αιγάλεω

Τηλέφωνο: 6937232072

Email: kontokostaskimon@yahoo.gr

Από: Δέσποινα Ξεκούκη

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Σχολή

Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Email: std170319@ac.eap.gr | **Τηλέφωνο:** 6944117556

Επιβλέπουσα ΣΕΠ: κα Μαρία Σαρίδη (Email: saridi.maria@ac.eap.gr)

Ημερομηνία: 28/10/2025

Θέμα: Αίτηση συνεργασίας για τη διεξαγωγή της μελέτης

«Η φύση του νευρολογικού νοσήματος ως παράγοντας σωματικής και ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών»

Αξιότιμε κ. Κοντοκώστα,

Στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας στο ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του ΕΑΠ, αιτούμαι τη συνεργασία του ιατρείου σας για τη διενέργεια μη παρεμβατικής, παρατηρητικής έρευνας που αφορά την επιβάρυνση και την ψυχική υγεία των άτυπων φροντιστών ασθενών με νευρολογικά νοσήματα.

1) Σκοπός - Σχεδιασμός

Σκοπός: Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της φύσης του νευρολογικού νοσήματος (άνοια, νόσος Parkinson και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) και της σωματικής και ψυχικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών, καθώς και η συσχέτισή της με το επίπεδο στρες των φροντιστών, τη γνωστική κατάσταση και τη λειτουργικότητα των ασθενών.

Τύπος μελέτης: Παρατήρησης, χωρίς καμία κλινική παρέμβαση.

Χώρος διεξαγωγής: Στο χώρο του ιατρείου (ή, εφόσον κριθεί σκόπιμο, κατ' οίκον για κλινήρεις ασθενείς, μετά από συνεννόηση).

2) Δείγμα - Κριτήρια

Συμμετέχοντες: Άτυποι φροντιστές ενηλίκων ασθενών που παρακολουθούνται στο ιατρείο.

Ενδεικτικά κριτήρια ένταξης: ≥ 18 ετών, μη αμειβόμενη φροντίδα ≥ 2 ώρες/ημέρα για ≥ 2 μήνες.

Στόχος δείγματος: τουλάχιστον 50 άτυποι φροντιστές.

3) Εργαλεία αξιολόγησης

Φροντιστής:

Δημογραφικό-Κοινωνικό ερωτηματολόγιο.

Zarit Burden Interview (ZBI-22).

Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS-10).

Ασθενής (μέσω φακέλου/σύντομης κλινικής εκτίμησης όπου χρειάζεται):

MMSE (γνωστική λειτουργία).

Modified Barthel Index (MBI) (λειτουργική ανεξαρτησία).

Συνολικός χρόνος ανά δυάδα φροντιστή-ασθενούς: ~20-25 λεπτά.

4) Διαδικασία - Επιβάρυνση ιατρού

Η συλλογή δεδομένων θα γίνεται εκτός κλινικής ροής, με ραντεβού/συντονισμό ώστε να μην επιβαρύνει το πρόγραμμα του ιατρού.

Ζητούμενο από το ιατείο:

Άδεια ενημέρωσης/προσέγγισης πιθανών συμμετεχόντων.

Παραχώρηση ήσυχου χώρου για 20' όταν είναι εφικτό.

Ορισμός συνδέσμου επικοινωνίας (γραμματεία/υπεύθυνος).

Όλα τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και αυτοσυμπληρούμενα, με παρουσία ερευνήτριας για διευκρινίσεις.

5) Δεοντολογία - GDPR

Η μελέτη ακολουθεί τη Διακήρυξη του Ελσίνκι και τον GDPR (ΕΕ 2016/679).

Δεδομένα ανώνυμα/ψευδωνυμοποιημένα, χωρίς καταγραφή στοιχείων ταυτοποίησης.

Εθελοντική συμμετοχή με γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση.

Καμία οικονομική επιβάρυνση ή αποζημίωση.

6) Όροι - Υποχρεώσεις

Η ερευνήτρια φέρει την ευθύνη υλοποίησης και την τήρηση όλων των κανόνων δεοντολογίας/προστασίας δεδομένων.

Το ιατρείο δύναται να ζητήσει διακοπή/αναστολή της συνεργασίας οποτεδήποτε, εφόσον κρίνει ότι επηρεάζεται η λειτουργία του.

Με βάση τα παραπάνω, παρακαλώ για την έγκρισή σας και τη συνεργασία του ιατρείου ως χώρου πρόσβασης σε δυνητικούς συμμετέχοντες και φιλοξενίας της διαδικασίας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή συνάντηση παρουσίασης του πρωτοκόλλου.

Με εκτίμηση,

Λέσποινα Ξεκούκη

ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» - ΕΑΠ

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: 28/ 10 / 2025

Αποδοχή - Έγκριση Ιδιωτικού Ιατρείου

Ο/Η υπογεγραμμένος/η **Κίμων Κοντόκωστας, Νευρολόγος**, αποδέχομαι τη συνεργασία όπως περιγράφεται ανωτέρω.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: 28/ 10 / 2025

Σφραγίδα ιατρείου: _____

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

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