



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

«Επιβάρυνση άτυπων φροντιστών ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε  
περίοδο Πανδημίας Covid-19.»

**Μπουτίνα Ευγενία-Σταυρούλα**

**Νότα Αθανασία**

Επιβλέπων Καθηγητής: **Μέντης Εμμανουήλ**

**ΠΑΤΡΑ 2021**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:**

Περίληψη.....

Abstract.....

### **Μέρος 1<sup>ο</sup>: Θεωρητικό Πλαίσιο**

#### **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Ψυχικές Διαταραχές και Διαγνωστικά Κριτήρια**

1.1 Διαταραχές Διάθεσης .....	9
1.1.1 Κατάθλιψη.....	9
1.1.2 Διπολική Διαταραχή.....	11
1.2 Αγχώδεις Διαταραχές.....	13
1.2.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	13
1.2.2 Διαταραχή Πανικού.....	15
1.3 Ψυχώσεις.....	16
1.3.1 Σχιζοφρένεια.....	16

#### **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Η Έννοια της Φροντίδας**

2.1 Ορισμός και Είδη Φροντιστή.....	18
2.2 Προφίλ φροντιστών σε Ελλάδα και Ευρώπη.....	19
2.3 Η οικογένεια σε ρόλο φροντιστή.....	20
2.4 Η έννοια και τα είδη της επιβάρυνσης .....	21
2.5 Παράγοντες επιβάρυνσης.....	23
2.6 Κλίμακα Zarit Burden Interview.....	26
2.7 Στίγμα και επιβάρυνση.....	27
2.8 Διαφορές φύλου στην επιβάρυνση.....	28
2.9 Ανάγκη για παρέμβαση στους φροντιστές.....	30

#### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Covid-19, Συναισθηματικός, Κοινωνικός, Οικονομικός Αντίκτυπος**

3.1 Πρώτη εμφάνιση του Covid -19.....	32
3.2 Κορονοϊός και στίγμα.....	33
3.3 Ψυχοκοινωνικό βάρος της καραντίνας και της απομόνωσης .....	33
3.4 Πανδημία και Μέσα Ενημέρωσης.....	35
3.5 Φροντιστές και ψυχική υγεία.....	36

3.6 Ψυχολογικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας.....	38
3.7 Επαγγελματίες ψυχικής υγείας.....	39
3.8 Άτομα με ψυχικές διαταραχές και Covid-19.....	41

#### **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Κοινωνική Εργασία και Ψυχική Υγεία**

4.1 Τι είναι κοινωνική εργασία .....	43
4.2 Η κοινωνική εργασία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	43
4.3 Κώδικας Δεοντολογίας/ Σκοπός.....	45
4.4 Κοινωνική Εργασία σε περίοδο πανδημίας.....	47
4.5 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.....	49
4.6 Κοινωνική εργασία στον χώρο της ψυχικής υγείας.....	51
4.7 Θεσμικό πλαίσιο προστασίας στην Ελλάδα.....	53

#### **Μέρος 2<sup>ο</sup>: Έρευνα**

##### **Κεφάλαιο 5ο: Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας**

5.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	55
5.2 Μεθοδολογία και Υλικό.....	55
5.3 Ερευνητικά Εργαλεία.....	58
5.3.1.Ερωτήσεις για κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος .....	58
5.3.2 Ερωτήσεις που απαντώνται με κλίμακα από το 1 έως το 10 .....	59
5.3.3 Ερωτήσεις που αφορούν την πανδημία .....	59
5.3.4Κλίμακα Likert.....	59
5.3.5.Συνέντευξη επιβάρυνσης Zarit Burden interview.....	60
5.4. Περιορισμοί της μελέτης.....	62
5.5 Κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.....	62
5.6.Ανάλυση κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας....	69
5.7.Ερωτήσεις που αφορούν την υγεία του φροντιστή.....	71
5.8.Αποτελέσματα για την Επιβάρυνση	
5.8.1 Επιβάρυνση και κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία φροντιστή.....	73

5.8.2	Επιβάρυνση Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας....	75
5.8.3	Επιβάρυνση και υγεία φροντιστή.....	76
5.8.4	Επιβάρυνση και Covid-19.....	77
5.9	Συζήτηση Αποτελεσμάτων.....	79
5.10	Προτάσεις.....	83
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>84</b>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

I.	Ερωτηματολόγιο Άτυπων Φροντιστών .....	91
----	--	----

### **ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ:**

<b>Πίνακας 1:</b>	Τόπος διαμονής άτυπων φροντιστών.....	63
<b>Πίνακας 2:</b>	Οικογενειακή κατάσταση άτυπων φροντιστών.....	64
<b>Πίνακας 3:</b>	Αριθμός τέκνων των άτυπων φροντιστών.....	65
<b>Πίνακας 4:</b>	Εκπαιδευτικό επίπεδο άτυπων φροντιστών.....	66
<b>Πίνακας 5:</b>	Είδος απασχόλησης άτυπων φροντιστών.....	67
<b>Πίνακας 6:</b>	Επάρκεια εισοδήματος για κάλυψη των αναγκών.....	68
<b>Πίνακας 7:</b>	Άτομα που διαμένουν στο ίδιο σπίτι.....	68
<b>Πίνακας 8:</b>	Ικανοποίηση με τις συνθήκες κατοικίας.....	68
<b>Πίνακας 9:</b>	Εκπαιδευτικό επίπεδο ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας .....	69
<b>Πίνακας 10:</b>	Συνολική κατάσταση της υγείας των φροντιστών από το 1 έως το 10.....	71
<b>Πίνακας 11:</b>	Σωματική κατάσταση της υγείας των φροντιστών από το 1 έως το 10.....	72
<b>Πίνακας 12 :</b>	Ψυχική κατάσταση της υγείας των φροντιστών από το 1 έως το 10.....	72
<b>Πίνακας 13:</b>	Βαθμός ευχαρίστησης από τον τρόπο ζωής .....	72
<b>Πίνακας 14:</b>	Αξιολόγηση στήριξης συλλόγων ψυχικής υγείας .....	73
<b>Πίνακας 15:</b>	Συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων του φροντιστή με την επιβάρυνση.....	74

**Πίνακας 16:** Συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων φροντιζόμενου ατόμου με την Επιβάρυνση.....75

**Πίνακας 17:** Συσχέτιση των ερωτήσεων που αφορούν την υγεία του φροντιστή με την επιβάρυνση.....76

**Πίνακας 18:** Συσχέτιση των ερωτήσεων του Covid-19 με την Συνολική επιβάρυνση.....78

#### **ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

**Γράφημα 1:** Φύλο άτυπων φροντιστών ψυχικά ασθενών.....63

**Γράφημα 2:** Φύλο ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....69

**Γράφημα 3:** Δεσμός φροντιστή με λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....71

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν τα επίπεδα της επιβάρυνσης αλλά και ο αντίκτυπος της πανδημίας covid-19 στην ζωή και την καθημερινότητα των ψυχικά ασθενών και των άτυπων φροντιστών τους. Επιπλέον, να διαπιστωθούν οι παράγοντες που συντελούν σε αυτά τα επίπεδα, να εξεταστεί το ενδεχόμενο αύξησης των υποτροπών αλλά και των συγκρούσεων μεταξύ φροντιστή και λήπτη φροντίδας και να αναδειχθεί ο ρόλος που διαδραμάτισαν οι σύλλογοι ψυχικής υγείας ως προς τις υπηρεσίες υποστήριξης τους το διάστημα που εξετάζουμε. Στην έρευνα συμμετείχαν 35 φροντιστές ψυχικής υγείας οι οποίοι αποτελούν δείγμα ευκολίας.

Πρόκειται για ποσοτική μελέτη η οποία υλοποιήθηκε με την χρήση τυποποιημένου ερωτηματολογίου. Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις για τα κοινωνικό δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και των ληπτών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ερωτήσεις για την υγεία των φροντιστών, ερωτήσεις για την πανδημία και η φόρμα ερωτήσεων για την μέτρηση της επιβάρυνσης ZBI.

Από την έρευνα αναδείχθηκε ότι κατά την περίοδο της πανδημίας οι φροντιστές παρουσίασαν μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση. Η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με την επιβάρυνση εμφάνισαν σχέσεις που αποδεικνύουν ότι οι δύο αυτοί παράγοντες είναι ικανοί να επηρεάσουν τα επίπεδα της επιβάρυνσης.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι φροντιστές παρουσίασαν έντονο φόβο για την υγεία τους αλλά και άγχος για τις συνθήκες που επέβαλε οι πανδημία. Μάλιστα, η έρευνα οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η πανδημία περιόρισε αισθητά τον ελεύθερο χρόνο των φροντιστών, ενέτεινε τις συγκρούσεις ανάμεσα σε φροντιστή και λήπτη φροντίδας και αύξησε τις υποτροπές στο φροντιζόμενο άτομο. Παρόλα αυτά ο ρόλος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που πρόσφεραν οι φορείς κρίθηκε βοηθητικός από τους φροντιστές ανεξάρτητα από τα επίπεδα της επιβάρυνσης.

**Λέξεις- Κλειδιά:** Επιβάρυνση, Φροντιστής, Covid-19, Ψυχική Υγεία, Κοινωνική Εργασία

## ABSTRACT

The purpose of this research is to investigate the burden levels but also the fallout of covid 19 epidemic in mentally ill people and informal caregiver's daily routine. Moreover to ascertain the deciding factors that contribute these levels, to analyze the possibility of hardened accumulation but also the conflicts between the caregivers and care receivers and to give prominence to roles that played part as from mentally health associations perspective in the time being. In this particular research participated 35 mental caregivers that compose an easy sample.

It is supposed a quantitative study that got accomplished by a standardized questionnaire. This questionnaire includes questions about socialdemographic sample evidence and the receivers of the mental caregivers, questions about the health of care assistants, pandemic questions and the questionnaire for measuring the ZBI burden.

The research turned out to the conclusion that during the pandemic period, the caregivers showed a moderate to severe burden. Age and educational level in relation to the burden revealed evidence that proved these two factors are capable of influencing the levels of the dysphoria.

In addition, caregivers were found to have strong fears for their health but also anxiety about the conditions imposed by the pandemic. In fact, the research led to the conclusion that the pandemic significantly reduced the free time of caregivers, intensified conflicts between care providers and care receivers and increased relapses in the concerned. Nevertheless, the role of mental health services offered by providers was considered helpful by caregivers regardless of the level of burden.

**Key-Words:** Burden, Caregiver, Covid-19, Mental Health, Social Work

## **Ευχαριστίες**

Με την περάτωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας Εμμανουήλ Μέντη για την ανάθεση του θέματος αλλά και για την συνεχή καθοδήγηση και στήριξη του στην ανάληψη πρωτοβουλιών. Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους υπευθύνους των συλλόγων με τους οποίους συνεργαστήκαμε για την συγκέντρωση του δείγματος για την διεξαγωγή της έρευνας. Η συμβολή τους ήταν πολύτιμη κατά την χορήγηση και την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους φροντιστές κάτω από τις δύσκολες συνθήκες της πανδημίας. Τέλος, ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για την υποστήριξη τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

### **1.1 Διαταραχές της διάθεσης**

Οι Διαταραχές της διάθεσης ή Συναισθηματικές διαταραχές είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Κάποια κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση και ο θυμός. Καθώς η εξωτερίκευση των συναισθημάτων ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική οι Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται ως Διαταραχές Διάθεσης όρο που υιοθέτησε το DSM-III-R και το DSM-IV σύμφωνα με το οποίο γίνεται και η διάγνωση. (American Psychiatric Association, 1994)

Οι διαταραχές της διάθεσης έχουν μια πολύπλοκη κλινική εικόνα και συνυπάρχουν με το άγχος, την κατάχρηση ουσιών και αλλαγές στη συμπεριφορά όπως η επιθετικότητα και η παρορμητικότητα. Οι λειτουργικές επιπτώσεις των διαταραχών διάθεσης είναι τεράστιες καθώς παρουσιάζουν χρόνια και ανθεκτική πορεία και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την διαδικασία αποκατάστασης των ασθενών. (Jorge, 2015)

Σύμφωνα με το DSM-IV, οι Διαταραχές της Διάθεσης διαιρούνται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές και στις Διπολικές Διαταραχές. Αυτή η διάκριση κατά το DSM-IV συμβαίνει από την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένων Επεισοδίων Διαταραχής της Διάθεσης που είναι το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, το Μανιακό Επεισόδιο, το Μεικτό Επεισόδιο και το Υπομανιακό Επεισόδιο. Τέλος, το DSM-IV προτείνει και συγκεκριμένους προσδιοριστές που περιγράφουν είτε το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης είτε την πορεία υποτροπιάζόντων επεισοδίων. (American Psychiatric Association, 1994)

#### **1.1.1 Κατάθλιψη**

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί μία εξαντλητική ψυχική νόσο η οποία κατά την προσβολή ενός ατόμου από αυτήν προκαλεί πτώση της διάθεσης απουσία ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που ενδεχομένως κάποτε πρόσφεραν ευχαρίστηση, έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας και κλονισμού της όρεξης και του ύπνου. Όπως έχει διαπιστωθεί τα αίτια που πυροδοτούν την καταστολή ενός ατόμου από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή προέρχονται από ένα συνονθύλευμα παραγόντων και ειδικότερα κληρονομικότητας στο μεγαλύτερο βαθμό αλλά και περιβάλλοντος όπως ενδεχόμενη ύπαρξη σεξουαλικής σωματικής συναισθηματικής κακοποίησης στη νεαρή ηλικία. (Otte, Gold, Pennix, Pariante, Etkin, Fava, Mohr, Schatzberg, 2016)

Για τη διάγνωση της απαιτούνται σύμφωνα με το DSM-IV:

A. Ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια και πέντε από τα εννιά από τα ακόλουθα κριτήρια να εμφανίζονται για διάρκεια δύο εβδομάδων(συμπεριλαμβανομένου του α ή του β) Καθένα από τα συμπτώματα αντιπροσωπεύει και μία αλλαγή από την προηγούμενη φυσιολογική λειτουργία του ατόμου :

- Καταθλιπτική διάθεση
- Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης
- Αλλαγή σωματικού βάρους ή όρεξης
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκοινωνική παραίτηση
- Απώλεια ενέργειας η κόπωση
- Μειωμένη συγκέντρωση η αποφασιστικότητα
- Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικού ιδεασμού

B. Τα συχνότητα να προκαλούν έντονα συναισθήματα της χαϊρώνειας και αποδυνάμωσης.

Γ. Πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο τα συμπτώματα να οφείλονται στην χρήση κάποιας ουσίας ή άλλης ιατρικής παθολογικής κατάστασης.

Δ. Τα επεισόδια να μην εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχωτική διαταραχή.

E. Προϋπόθεση αποτελεί να μην έχει υπάρξει ποτέ νωρίτερα μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο.

Στο επίπεδο της θεραπείας προβλέπεται εφαρμογή ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης και χορήγηση φαρμακοθεραπείας. Σε περιπτώσεις περιορισμένων αποτελεσμάτων από τις παραδοσιακές προαναφερθείσες θεραπείες ενδείκνυται ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Σχετικά με τη συννοσηρότητα που παρουσιάζει η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή οι πιο άμεσα συνυπάρχουσα φαίνεται να είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή όπου μαζί σημειώνουν τα υψηλότερα επίπεδα συννοσηρότητας άγχους διάθεσης. Επιστημονικά ευρήματα έχουν αναδείξει τη συμβολή γενετικών παραγόντων που συμβάλλουν στο Γενικό συσχετισμό ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές.

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχει διακριθεί ως μία από τις πιο συχνές σοβαρές ιατρικές και ψυχιατρικές διαταραχές με υψηλό ποσοστό επιπολασμού. Προκαλεί ένα σημαντικό

αντίκτυπο στο σύνολο της λειτουργικότητας του ατόμου σε επίπεδο καθημερινότητας με υψηλά επίπεδα θνησιμότητας λόγω αυτοκτονικών ιδεασμών.(Rush ,2007)

### **1.1.2 Διπολική διαταραχή**

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μία εξίσου εξουθενωτικής ψυχιατρική διαταραχή διάθεσης και συχνά έχει έναρξη κατά την εφηβική ηλικία αλλά ακόμη νωρίτερα κατά τη λήξη παιδικής ηλικίας. Η νόσος χαρακτηρίζεται από ένα αντίθετα ως προς την φύση τους επεισόδια μανίας και κατάθλιψης, υποτροπές ή σοβαρή ψυχοκοινωνική βλάβη. Αυτή η εναλλαγή ανάμεσα στις εξάρσεις μανίας και κατάθλιψης αναπόφευκτα οδηγούν το άτομο σε έντονη αλλαγή της ενέργειας του, η γνωστική του λειτουργία αποδομείται, η σωματική του δραστηριότητα κλονίζεται και η συμπεριφορά του διαφοροποιείται από αυτή του παρελθόντος. (Miklowitz,Johnson, 2008)

Ο όρος μανία χρησιμοποιείται για να περιγράψει την υπέρογκη έκκριση ενέργειας που θυμίζει ψυχωτικό σύμπτωμα και που αποτελεί ανησυχητική ένδειξη και την εύρυθμη λειτουργία του ατόμου. (Anderson, Haddad, Scott,2012)

Η δυσκολία στη διάγνωση της νόσου έγκειται στο γεγονός ότι κατά την εμφάνιση της λαμβάνει χώρα ένα καταθλιπτικό γεγονός με αποτέλεσμα να εντοπίζεται λανθασμένα ως μονοπολική κατάθλιψη. Για αυτό τον λόγο η ενδελεχής αξιολόγηση του υπομονή ακόμη επεισοδίων είναι απαραίτητη για τη διαφοροποίηση της διπολικής διαταραχής από άλλες διαταραχές. (Phillips, Kupfer,2013)

Σύμφωνα με το DSM-5, τα διαγνωστικά κριτήρια για να δοθεί η διάγνωση Διπολική Διαταραχή I:

- Παρουσία ενός μανιακού επεισοδίου, το οποίο διαδέχεται ένα υπομανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
- Τα συμπτώματα προκαλούν έντονη δυσφορία ή/και έκπτωση στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό ή κάποιον άλλο σημαντικό τομέα της λειτουργικότητας.
- Το επεισόδιο δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας ουσίας ή άλλης ιατρικής κατάστασης. Το μανιακό ή το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα στο πλαίσιο σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, σχιζοφρένειας, σχιζοφρενικόμορφης

διαταραχής, παραληρητικής διαταραχής ή άλλης διαταραχής του ψυχωτικού φάσματος.

Σύμφωνα με το DSM-5, τα διαγνωστικά κριτήρια για να δοθεί η διάγνωση Διπολικής Διαταραχής II:

- Ο πάσχων έχει εμφανίσει τουλάχιστον 1 υπομανιακό και ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
- Δεν έχει εκδηλωθεί ποτέ μανιακό επεισόδιο.
- Η εμφάνιση των επεισοδίων δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα στο πλαίσιο σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, σχιζοφρένειας, σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής, παραληρητικής διαταραχής ή άλλης διαταραχής του ψυχωτικού φάσματος.

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία ή τα συμπτώματα που προέρχονται από την απρόβλεπτη και συχνή εναλλαγή δημιουργούν δυσφορία και έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο σημαντικό τομέα της λειτουργικότητας.

Ακολουθεί ένας διαχωρισμός ανάμεσα στους τύπους με τους οποίους εμφανίζεται η διπολική διαταραχή:

- Διπολική διαταραχή τύπου 1  
Τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας ή μικτό (μανιακό και καταθλιπτικό) επεισόδιο
- Διπολική διαταραχή τύπου 2
- Αρκετά παρατεταμένα καταθλιπτικά επεισόδια, τουλάχιστον ένα υπομανιακό αλλά όχι μανιακό.
- Κυκλοθυμική διαταραχή.
- Περίοδοι υπό μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων ωστόσο τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για να θεωρηθούν επεισόδιο
- Διπολική διαταραχή που δεν ορίζεται διαφορετικά.
- καταθλιπτικά και υπομανία συμπτώματα και επεισόδια που εναλλάσσονται αλλά δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για οποιαδήποτε από τις προαναφερθείσες.

Σχετικά με τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής η φαρμακοθεραπεία μοιάζει αδρανής καθώς δεν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η πρόοδος στην προκειμένη διαταραχή φαίνεται να έχει επέλθει ουσιαστικότερα από την εκπόνηση συμπληρωματικών με τη θεραπεία ψυχοκοινωνικών εφαρμογών. Δεδομένης λοιπόν της επιρροής αυτών των

παρεμβάσεων είναι σημαντικό να γίνεται προσεκτική συνδυαστική επιλογή των φαρμακολογικών και των ψυχοθεραπευτικών θεραπειών σε καθένα από τα στάδια. (Geddes, Miklowitz, 2013)

Η διπολική διαταραχή ανήκει στις συναισθηματικές διαταραχές και η προσβολή ενός άτομο από την χρόνια αυτή πάθηση προκαλεί έκπτωση της γνωστικής και λειτουργικής ικανότητας και διατρέχει υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας λόγω αυξημένου αυτοκτονικού ιδεασμού και κατ'επέκταση αποπειρών. (Grande., Birmaher, Vieta, 2016)

## **1.2 Αγχώδεις διαταραχές**

Στις διαταραχές άγχους ανήκει ένα μεγάλο φάσμα διαταραχών που συμπεριλαμβάνει την διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, τη γενικευμένη διαταραχή άγχους και τις φοβίες. Η συγκεκριμένη κατηγορία ψυχικών δυσλειτουργιών πλήττει ένα υπέρογκο ποσοστό του πληθυσμού δημιουργώντας την αναγκαιότητα για άμεση υγειονομική ανταπόκριση με υψηλό κόστος. Συνήθως οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν με άλλες διαταραχές άγχους ή άλλες ψυχικές διαταραχές. (Bendelow, Michaelis, 2015)

Προκειμένου να επιτευχθεί σαφής και αξιόλογος εντοπισμός της νόσου είναι απαραίτητο να γίνει χρήση των αρμοδίων διαγνωστικών εργαλείων με σκοπό να αποσπαστούν τα κατάλληλα στοιχεία και να ανιχνευτούν έγκυρες και αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό του ατόμου. Τέτοια εγχειρίδια είναι η δομημένη συνέντευξη για DSM, ημιδομημένη συνέντευξη με εστίαση στον άξονα 1 DSM (χορηγείται από γιατρούς), πρόγραμμα δομημένης συνέντευξης για εκπαιδευόμενους ερευνητές, σύνθετη διεθνής διαγνωστική συνέντευξη, μικρή διεθνής νευροψυχιατρική συνέντευξη.

### **1.2.1 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή**

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αποτελεί μετά την κατάθλιψη τη δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης διαταραχή. Συνήθως τα άτομα αυτά παρουσιάζουν έντονη ενόχληση. Από τα υψηλά επίπεδα άγχους τα οποία πολλές φορές αντικατοπτρίζονται μέσα από την εμφάνιση σωματικών προβλημάτων και δυσκολίες στον ύπνο. Το μοτίβο έναρξης της διαταραχής διαφέρει από τις άλλες αγχώδεις διαταραχές και φτάνει στο σημείο να παγιώνεται ως χαρακτηριστικό είδος συνεργασίας και προσωπικότητας. (Wittchen, 2001). Έχει υψηλά

επίπεδα συννοσηρότητας με την κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές άγχους. Προκαλεί η καταστολή στην παραγωγικότητα της εργασίας, κοινωνική αναπηρία και αυξημένη αναγκαιότητα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. (Payne, Pavlova, Perlia, 2014)

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5 είναι τα εξής:

A. Άγχος και ανησυχία, που εμφανίζονται για περισσότερες από μία ημέρες σε Περίοδο 6 μηνών τουλάχιστον, και σε έναν αριθμό περιστάσεων ή δραστηριοτήτων (όπως η εργασία ή η σχολική απόδοση).

B. Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει την ανησυχία.

Γ. Το άγχος και η ανησυχία είναι σχετικά με τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω έξι συμπτώματα (με τουλάχιστον μερικά συμπτώματα παρόντα για περισσότερες της μίας ημέρες για τους προηγούμενους έξι μήνες) (σημ.: μόνο ένα σύμπτωμα χρειάζεται στα παιδιά):

-κινητική ανησυχία ή το άτομο νιώθει τεντωμένο(η) ή σε «αναμμένα κάρβουνα»

-εύκολη κόπωση

-δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους,

-ευερεθιστότητα,

-μυϊκή ένταση,

-αναστάτωση του ύπνου (δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος(η)),

-ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος

Δ. Το επίκεντρο του άγχους και της ανησυχίας δεν περιορίζεται στα χαρακτηριστικά μίας Διαταραχής του Άξονα Γ' για παράδειγμα, το άγχος ή η ανησυχία του ατόμου δεν αφορούν

E. Το άγχος, η ανησυχία, ή τα φυσικά συμπτώματα δημιουργούν μια κλινικά σημαντική δυσκολία ή αδυναμία σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσα φυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (π.χ. στην κατάχρηση ναρκωτικής ουσίας, στην επίδραση λήψης φαρμάκου) ή σε μια γενική παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός), και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη

διάρκεια κάποιας διαταραχής της διάθεσης, ή βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης.

### **1.2.2 Διαταραχή πανικού**

Η διαταραχή πανικού αποτελεί μία διαταραχή άγχους η οποία το πιέζετε με την αιφνίδια εμφάνιση κρίσεων πανικού, δίνοντας την αίσθηση στο άτομο ότι διατρέχει σοβαρό κίνδυνο βλάβης. Οθόνη όταν σε υπερβολικό βαθμό αισθήματα ταραχής και φόβου ενώ ταυτόχρονα εμφανίζονται συναισθηματικά συμπτώματα π.χ. εφίδρωση, ρίγος, ζαλάδα.(Παπακυριακού, 2020)

Συμπτώματα της κρίσης πανικού σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα εξής:

- Έντονους χτύπους
- Εφίδρωση
- Ελαφρύ τρέμουλο ή μεγάλα τινάγματα
- Δύσπνοια ή αίσθηση πνιγμού
- Αίσθηση ασφυξίας
- Πόνος ή ενοχλήσεις στο στήθος
- Ναυτία ή κοιλιακές διαταραχές
- Αίσθηση αστάθειας η λιποθυμίας
- Φόβος ότι χάνει τον έλεγχο ή ότι τρελαίνεται
- Φόβος ότι πεθαίνει
- Ρ ή εξάψεις
- Μυρμηκίαση
- Αίσθηση φυγής από την Πραγματικότητα

### **Διαγνωστικά Κριτήρια για τη Διάγνωση της Διαταραχής Κρίσεων Πανικού**

A. Υποχρεωτικά υπάρχουν και τα δύο:

1. Κρίσεις πανικού απρόσμενες και συστηματικές τουλάχιστον μία από τις κρίσεις ακολουθήθηκε για ένα μήνα για ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα:
2. Έντονος φόβος να εμφανιστεί μία κρίση,

3. Ανησυχία γύρω από τις επιπτώσεις της κρίσης πανικού (πχ. Χάσιμο του ελέγχου, φόβος για καρδιακό επεισόδιο, φόβος να τρελαθεί)
4. Σημαντική αλλαγή της συμπεριφοράς λόγω των κρίσεων.

Β. Παρουσία/Απουσία Αγοραφοβίας.

Γ. Οι Κρίσεις Πανικού δεν οφείλονται στην επήρεια κάποιας ουσίας ή σε κάποιο Ιατρική Πάθηση (Καρδιαγγειακά προβλήματα, υπέρ- ή υπό- θυρεοειδισμό, υπερπαραθυροειδισμό, υπογλυκαιμία, άσθμα, κροταφική επιληψία κτλ)

Δ. Οι κρίσεις Πανικού δεν δικαιολογούνται καλύτερα από κάποια άλλη Διαταραχή.

### **1.3Ψυχώσεις**

Σύμφωνα με το DSM-5 (2015) η ψύχωση αποτελεί έναν γενικό όρο που αποδίδει στο άτομο που πάσχει από αυτή την ιδιότητα και αντιλαμβάνεται πράγματα που οι άλλοι δεν το κάνουν ενώ ταυτόχρονα είδες που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Ο εντοπισμός του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου αλλά και διερεύνηση του είναι μείζονος σημασίας καθώς αυτή η διαδικασία έχει αποδείξει ότι συμβάλλει στην αποφυγή κακής κλινικής εικόνας στην αποδοτικότερη ψυχιατρική παρέμβαση και έκβαση της ασθένειας.(Anderson K, 2010)Το φάσμα της σχιζοφρένειας σχετίζεται στενά με την ψύχωση καθώς για να διαγνωστεί κάποιος με σχιζοφρένεια, η ύπαρξη ψύχωσης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα. (Τραγουδά ,Ποτάμιου, 2019)

#### **1.3.1 Σχιζοφρένεια**

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία μανιοψυχωτική διαταραχή η οποία φαίνεται να προέρχεται από γενετικούς παράγοντες πράγμα που επιβεβαιώνει το υψηλό βαθμό επικινδυνότητας που διατρέχουν συγγενείς πρώτου βαθμού για εμφάνιση της νόσου. Συνήθως τα ψυχωτικά σύνδρομα απορρέουν από δυσλειτουργίες την κοινωνική προσαρμογή του ατόμου κατά τη μεγάλη συμβολή παρά την μεγάλη συμβολή της κληρονομικότητας στην εμφάνισή τους. Γεγονότα όπως ο μη σταδιακώς εγκλιματισμός στα καθήκοντα ζωής, η διαβίωση σε αστικό περιβάλλον, Η αντιμετώπιση των μειονοτικών ομάδων από το κοινωνικό σύνολο αλλά και η χρήση κάνναβης είναι ικανά να επιδράσουν καθοριστικά στην προβληματική οικοδόμηση του «κοινωνικού» εγκεφάλου.(Os,Kenis, Siris,2010)



## **Διαγνωστικά κριτήρια για σχιζοφρένεια και το DSM-IV:**

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: δύο ή περισσότερα από τα παρακάτω το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός:

- Παραληρητικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις
- Αποδιοργανωμένος λόγος
- Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα δηλαδή συναισθηματική επιπέδωση , αλογία , αβουλία

B. κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία: κατά την έναρξη της διαταραχής και για το επόμενοχρονικό διάστημα οι νοσούντες παρουσιάζουν έντονη έκπτωση της λειτουργικότητας τους σε τομείς όπως είναι η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αυτοφροντίδα.

Γ. Διάρκεια: συνέχιση μιας διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για έξι μήνες.

Δ. Αποκλεισμός σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχές της διάθεσης

Σχετικά με την συννοσηρότητα έχει παρατηρηθεί συνεχής εντοπισμός συνδρομών άγχους με πιο συχνή την κοινωνική φοβία ακολουθούμενη από μετατραυματική διαταραχή άγχους και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή οι συνοδοί η παρουσία αγχωτικών συμπτωμάτων σε άτομα που ανήκουν στο φάσμα της σχιζοφρένειας φαίνεται να σχετίζεται με τα βαρύτερα συμπτώματα και την μηβελτίωση της έκβασης της διαταραχής. (Braga, Reynolds,2013)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

### **2.1 Ορισμός και είδη φροντιστή**

Η φροντίδα αποτελεί ένα «πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο». Βιβλιογραφικά μπορεί να συναντηθεί ως «ανθρώπινο γνώρισμα», «ηθική υποχρέωση», «διαπροσωπική σχέση», «θεραπευτική παρέμβαση» και μπορεί να εφαρμοστεί μέσα από την διενέργεια δραστηριοτήτων, έκφραση συμπεριφορών, στάσεων και σχέσεων. Η φροντίδα περικλείει ένα σύστημα αξιών που έχει ως στόχους την προστασία και την ενδυνάμωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. (Παπασταύρου, Ευσταθίου, Νικηταρά, Τσαγκάρη, Μερκούρης, Κάρλου, Palese, Tomietto, Balogh, Suhonen, Leino-Kilpi, Jarosova, Ποτηράκη, 2010) Εννοιολογικά θα μπορούσε να οριστεί ως: «Φροντίδα είναι το ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η ιδιαίτερη προσοχή, η ενασχόληση με κάποιον ή κάτι. Φροντίδα είναι το μεράκι, η περιποίηση, η έγνοια, η ανησυχία, η επαγρύπνηση. (Μπαμπινιώτης, 2009)

Η φροντίδα μπορεί να διαχωριστεί και να κατηγοριοποιηθεί με πολλούς τρόπους. Αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να διακριθεί σε Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια ενώ ανάλογα με το πρόσωπο που παρέχει την φροντίδα μπορεί να διακριθεί σε επίσημη και ανεπίσημη. Στην περίπτωση της επίσημης φροντίδας ο φροντιστής είναι ένα πρόσωπο εξειδικευμένο στην παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Η σχέση με τον ωφελούμενο είναι έμμισθη και οι υπηρεσίες παρέχονται τόσο σε κέντρα περίθαλψης – ιδρύματα όσο και κατ'οίκον. Τέτοιου είδους φροντιστές είναι οι νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί καθώς και εκπαιδευμένο βοηθητικό προσωπικό. (Τριανταφύλλου, Μεσθεναίου, Προύσκας, Γκόλτση, Κοντούκα, Λουκίσης, 2006)

Σχετικά με την άτυπη φροντίδα η Ramirezetal (1998) ορίζει τον άτυπο φροντιστή (informal caregiver) ως: «Άτυπος φροντιστής είναι αυτός που είναι υπεύθυνος για την παροχή ή την εξασφάλιση της φροντίδας για κάποιον άλλον, ο οποίος λόγω χρόνιας νόσου, αναπηρίας ή μεγάλης ηλικίας δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του έτσι ώστε να διατηρηθεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας. Είναι αυτός που παρέχει άμεση και άμισθη φροντίδα, στα πλαίσια της σχέσης του με το μέλος της οικογένειας που νοσεί, του οποίου χαρακτηριστικό είναι ότι έχει μικρό ή μεγάλο έλλειμμα αυτοφροντίδας» (Ramirezetal, 1998) Συνήθως τα άτομα που αναλαμβάνουν τον ρόλο του άτυπου φροντιστή είναι μέλη της οικογένειας ή του ευρύτερου συγγενικού ή κοινωνικού

περιβάλλοντος μπορεί να είναι σύζυγοι, παιδιά, αδέρφια ακόμη και φίλοι ή γείτονες. Πολλές φορές ο ρόλος του άτυπου φροντιστή δεν επιλέγεται συνειδητά αλλά προκύπτει λόγω συνθηκών. (Petmesidouetal, 2013)

Όταν αναφερόμαστε στην ανεπίσημη φροντίδα που προσφέρει ένα άτομο στο εξαρτώμενο μέλος της οικογένειας χρησιμοποιούμε τον όρο «οικογενειακός φροντιστής» (familycaregiver). Στην περίπτωση που η οικογένεια αναλαμβάνει τον ρόλο του φροντιστή συνεργάζονται παραπάνω από ένα άτομο για τον καταμερισμό των ευθυνών. Ο όρος αυτός περικλείει την έννοια της φροντίδας που ξεπερνάει πολλές φορές τα όρια του φυσιολογικού στις οικογενειακές σχέσεις. Η οικογενειακή φροντίδα είναι απαιτητική και δημιουργεί έντονα αισθήματα βάρους και άγχους στην καθημερινότητα καθώς αναπτύσσεται μια περίπλοκη συναισθηματική σχέση ανάμεσα στον φροντιστή και τον δέκτη της φροντίδας. Τέλος, στην οικογενειακή φροντίδα ο άτυπος φροντιστής ενδέχεται να μένει με τον ασθενή ή να παρέχει την βοήθεια από απόσταση. (Σακελλαρίου,2015)

## **2.2 Προφίλ φροντιστών σε Ελλάδα και Ευρώπη**

Η παροχή βοήθειας είτε από επίσημους είτε ανεπίσημους φροντιστές εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με την παράδοση, τον πολιτισμό, τα δημογραφικά δεδομένα καθώς και με το σύστημα αξιών που περιλαμβάνει προσωπικές, ηθικές και θρησκευτικές αξίες. (Hardys, 2011) Υπάρχουν λοιπόν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες αναφορικά με τον τρόπο που παρέχεται η φροντίδα. Στις χώρες που η χρηματοδότηση από τα κράτη πρόνοιας είναι περιορισμένη όπως η Ελλάδα και η Ισπανία, συνδέονται με χαμηλότερη παροχή υπηρεσιών ενώ αντίθετα σε χώρες όπως η Δανία όπου υπάρχει υψηλή φορολογία και η παρουσία του κράτους πρόνοιας είναι ενεργότερη παρέχονται υπηρεσίες υψηλότερου επιπέδου. Παρ όλα αυτά σε πολλές χώρες όπως η Αυστρία, το Βέλγιο και η Ιταλία το ποσοστό των άτυπων φροντιστών είναι αρκετά υψηλό, αγγίζοντας το 70-80%. Αντιθέτως στην Δανία όπως προαναφέρθηκε οι οικογενειακοί φροντιστές αγγίζουν σε ποσοστό λιγότερο από το 55%.

Στην Ελλάδα ακόμη και σήμερα η οικογένεια είναι ο πρωταρχικός φορέας που επωμίζεται την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών ακόμη και όταν νοσηλεύονται σε ιδρύματα ή υπάρχουν επαγγελματίες βοηθοί. Στις περισσότερες περιπτώσεις φροντίδας των χρόνιων ασθενών απαιτείται αφοσίωση και πολύωρη φροντίδα που εξαρτάται από την ψυχική,

νοητική και σωματική κατάσταση του. Το θέμα των οικογενειακών φροντιστών στην Ελλάδα δεν έχει συζητηθεί επαρκώς καθώς η κοινή γνώμη έχει την αντίληψη ότι η οικογένεια έχει το καθήκον σύμφωνα με τα παραδοσιακά πρότυπα να αναλάβει την άτυπη φροντίδα του μέλους της.

### **2.3 Η οικογένεια σε ρόλο φροντιστή**

Οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια, οι σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές και οι διπολικές συναισθηματικές διαταραχές έχουν υψηλά ποσοστά απώλειας και μεταβολής της ποιότητας της ζωής των ασθενών που η περίθαλψη τους απαιτεί σημαντική οικονομική δαπάνη. Ωστόσο δεν είναι μόνο οι ασθενείς που βιώνουν τις επιπτώσεις αυτών των καταστάσεων. Το κίνημα για αποιδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών που ξεκίνησε από τα νοσοκομεία οδήγησε σε πρόωρη απόλυση των ασθενών που χωρίς κατάλληλη κοινοτική υποστήριξη μεταφέρθηκαν πλέον για παροχή φροντίδας στις οικογένειες τους. (Whiteford, Degenhardt, Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine, 2013)

Οι οικογενειακοί φροντιστές φροντίζουν τις καθημερινές ανάγκες των ασθενών, παρακολουθούν την ψυχική κατάσταση, εντοπίζουν τα πρώτα σημάδια της ασθένειας, της υποτροπής και της επιδείνωσης και βοηθούν την πρόσβαση του ασθενή σε υπηρεσίες. Η οικογένεια που παρέχει φροντίδα στους ασθενείς, χρειάζεται όσο πολύ υποστήριξη όσο και ο ασθενής. Αυτό σημαίνει ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να βρουν μια ισορροπία ανάμεσα στις αλλαγές των ευθυνών των φροντιστών της οικογένειας αλλά και την συμμετοχή της σε ένα σχέδιο θεραπείας παρέχοντας της πόρους υποστήριξης και σε ενδοοικογενειακό και σε κοινοτικό επίπεδο. (Ae-Ngibise, Doku, Asante, Owusu-Agyei, 2015). Οι οικογενειακοί φροντιστές στην παρηγορητική φροντίδα στο σπίτι έχουν ανάγκη για καλύτερη επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας καθώς οι ανάγκες τους για ψυχοκοινωνική υποστήριξη και πληροφόρηση συχνά δεν ικανοποιούνται. (Ventura, Burney, Brooker, Flethcer, Ricciardeli, 2014)

Τόσο οι οικογενειακοί φροντιστές όσο και οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης και περιορισμένη γνώση από την πλευρά των οικογενειακών φροντιστών είναι βασικός παράγοντας για την επιτυχία της ενδοοικογενειακής φροντίδας. Ένας φροντιστής έχει περισσότερες πιθανότητες να προσαρμοστεί στην κατάσταση εάν αισθάνεται ικανός, ότι έχει πόρους στη διάθεσή του και μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να απευθυνθεί σε κάποιον επαγγελματία. Τέτοιοι πόροι περιλαμβάνουν συναισθήματα ετοιμότητας, ικανότητας,

επαρκούς πληροφόρησης και εστίασης σε θετικές πτυχές της κατάστασης. (Funk, Stajduhar, Toye, Aoun, Grande, Todd, 2010)

Ελλείπει επαρκών υποδομών υγείας, οι οικογενειακοί φροντιστές ατόμων με ψυχικές ασθένειες αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους στην φροντίδα και υφίστανται σημαντικό βάρος και χρειάζονται βοήθεια και στήριξη από επαγγελματίες. Είναι σημαντικό για την ψυχική υγεία οι επαγγελματίες να προσδιορίσουν τις ανάγκες των οικογενειακών φροντιστών και να εισάγουν κατάλληλες παρεμβάσεις με στόχο την μείωση του στρες και του βάρους. (Chadda, 2014). Χρειάζονται εκπαίδευση και υποστήριξη, για να αντιμετωπίσουν τη δική τους κατάσταση με ανησυχίες όπως στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, πώς να φροντίζουν τα μέλη της οικογένειάς τους, πώς να διατηρούν την υγεία τους και πώς να αντιμετωπίζουν πένθος. Προκειμένου να ικανοποιήσουν την κρίσιμη ανάγκη των οικογενειακών φροντιστών για να γνωρίζουν και να κατανοήσουν ζητήματα και πληροφορίες σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα, συχνά εξαρτώνται από άλλους ανθρώπους, όπως οι επαγγελματίες υγείας. (Holm, Carlander, Furst, Wengstorm, Arestedt, Ohlen, Herinksson, 2015)

#### **2.4 Η έννοια και τα είδη της επιβάρυνσης**

Στενά συνδεδεμένη με την έννοια του «φροντιστή» είναι και η έννοια της επιβάρυνσης. Με τον όρο επιβάρυνση αναφερόμαστε σε αυτά που δύσκολα μπορεί κανείς να αντέξει και να αντιμετωπίσει είτε σωματικά είτε συναισθηματικά. Η επιβάρυνση δημιουργεί αισθήματα ανησυχίας και άγχους ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ανάληψη ευθύνης ή καθήκοντος. (Σταθάρου, 2011) Η έννοια της επιβάρυνσης της φροντίδας ορίστηκε από τον SH Zarit το 1980. Το φορτίο της φροντίδας ορίζεται συνήθως ως μια πολυδιάστατη απάντηση στην αρνητική εκτίμηση και πίεση που προκύπτει από την φροντίδα ενός ατόμου που πάσχει από την ψυχική ασθένεια. Επηρεάζει την σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική και λειτουργική υγεία των φροντιστών. Αναμφίβολα οι οικογένειες που φροντίζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζουν δυσκολίες και επηρεάζονται από την πάθηση του μέλους της. Το να είναι κανείς φροντιστής μπορεί να δημιουργήσει προσωπικά ζητήματα σχετικά με το καθήκον, την υπευθυνότητα, την επάρκεια και την ενοχή. (Malhotra, 2016) Με τον όρο «φορτίο φροντιστή» αναφερόμαστε σε όλες τις σωματικές, συναισθηματικές και οικονομικές συνέπειες που έχει η φροντίδα. (Prasanth, 2012)

Οι Grad και Sainsbury το 1963 ήταν οι πρώτοι που εισήγαγαν την έννοια της «οικογενειακής επιβάρυνσης» και εξέτασαν τις επιπτώσεις που έχει η κατ'οίκον φροντίδα των ψυχικά ασθενών στην ζωή των φροντιστών αλλά και ολόκληρης της οικογένειας. Επιπλέον, όπως παρατηρήθηκε από τους Faddenetal. το 1987 η έννοια της επιβάρυνσης συνδέεται στενά με την κοινωνική απόδοση. Η χαμηλή κοινωνική απόδοση ενός μέλους επηρεάζει αμοιβαία την απόδοση των άλλων μελών της οικογένειας τα οποία προσπαθούν να εξισορροπήσουν τις ελλείψεις ώστε να μειώσουν το βάρος.(Malthora, 2016)

Στην συνέχεια οι Hoening και Hamilton διέκριναν τις αντικειμενικές και υποκειμενικές διαστάσεις του συναισθηματικού φορτίου. Η **αντικειμενική επιβάρυνση** (objectiveburden) περιλαμβάνει «οποιοδήποτε παράγοντα μπορεί να διαταράξει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται κυρίως στα προβλήματα του ασθενούς». (Schene,Tessler, Gamache,1994). Σχετίζεται κυρίως με την μείωση της αποδοτικότητας στο εργασιακό περιβάλλον, το οικονομικό φορτίο καθώς και τις εντάσεις που δημιουργούνται μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. (Roick, Heider,Toumi, Angermeyer, 2006). Η **υποκειμενική επιβάρυνση** (subjectiveburden) σχετίζεται με την «υποκειμενική εμπειρία και τα συναισθήματα του φροντιστή» (Scheneetal.,1994) και περιλαμβάνει αισθήματα όπως ανησυχία, φόβο για μια ενδεχόμενη απώλεια, άγχος για την κοινωνική συνδιαλλαγή- κοινωνικό γίνεσθαι. (Roicketal.,2006)

Οι Miller και συν. (1991) διακρίνουν δυο άλλες διαστάσεις της επιβάρυνσης. Περιγράφουν την «προσωπική επιβάρυνση» ως την αντίληψη του φροντιστή όσον αφορά προβλήματα στις προσωπικές πράξεις και δραστηριότητες που επηρεάζονται από τη φροντίδα και τη «διαπροσωπική επιβάρυνση» όσον αφορά τα προβλήματα στη σχέση του με το φροντιζόμενο άτομο.

Το «οικογενειακό βάρος» προσδιορίζεται από τις αντικειμενικές και υποκειμενικές δυσκολίες που βιώνουν οι φροντιστές. Η αντικειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με τα πρακτικά προβλήματα που έρχονται αντιμέτωποι οι φροντιστές όπως η διακοπή των οικογενειακών σχέσεων, περιορισμοί στις κοινωνικές δραστηριότητες και στις δραστηριότητες ψυχαγωγίας, οικονομικές δυσκολίες αλλά και προβλήματα στην σωματική υγεία. Το υποκειμενικό φορτίο σχετίζεται με τον ψυχολογικό αντίκτυπο που βιώνουν οι φροντιστές όπως έντονο αίσθημα αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις και άγχους σε περιπτώσεις αντιμετώπισης ενοχλητικών συμπεριφορών. Οι φροντιστές ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές υποφέρουν διπλάσια από αυτούς του γενικού πληθυσμού. Βέβαια, το

βάρος δεν βιώνεται μόνο από οικογένειες που ζουν μαζί με τον ασθενή, αλλά και από αυτές που ζουν σε απόσταση. Παράγοντες που σχετίζονται με έντονο βάρος είναι η κατώτερη κοινωνική τάξη, το φύλο καθώς και η χρονιότητα της ασθένειας. Επιπλέον, η απρόβλεπτη φύση της ασθένειας, οι απαιτητικές ανάγκες και η ανεπάρκεια για την υλοποίηση τους είτε λόγω έλλειψης πληροφοριών, είτε έλλειψης πόρων συμβάλλουν επίσης στην επιβάρυνση. (Malthora, 2016)

## **2.5 Παράγοντες επιβάρυνσης**

Οι φροντιστές που παρέχουν φροντίδα σε μέλη οικογένειας που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για επιβάρυνση και υποβάθμιση της κατάστασης της υγείας του. Ανάμεσα στις πολλαπλές συνέπειες της επιβάρυνσης του φροντιστή ανήκουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας (πχ. Άγχος, κατάθλιψη, εξουθένωση), επιδείνωση της σωματικής υγείας καθώς και άλλες αρνητικές επιπτώσεις (πχ κοινωνική απομόνωση, οικονομικά προβλήματα, οικογενειακή δυσλειτουργία). (Souza,2017)

Το πρώτο επίπεδο καθοριστικών παραμέτρων της εξουθένωσης είναι τα χαρακτηριστικά του φροντιστή. Οι φροντιστές είναι άτομα με προσωπικά κίνητρα, συναισθήματα και γνώσεις που πολλές φορές αγνοούνται και οδηγούν στην επιβάρυνση του. Οι παράγοντες της εξουθένωσης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε αυτούς που σχετίζονται με την ασθένεια, κοινωνικό-δημογραφικούς και κλινικούς-ψυχολογικούς. (Gerain,2019)

### **Κοινωνικό –δημογραφικοί παράγοντες**

Ο φροντιστής αντιμετωπίζει παράγοντες και στοιχεία που δεν μπορούν να αλλάξουν και επηρεάζουν την πίεση της φροντίδας. Οι γυναίκες φροντιστές βιώνουν μεγαλύτερη εξάντληση και φορτίο. Ο παράγοντας του φύλου συνδέεται με την επίδραση των άλλων ζητημάτων του φύλου όπως ότι η φροντίδα είναι συχνότερη στις γυναίκες απ ότι στους άντρες. (Gerain,2019) Όσο αφορά το φύλο υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες προσαρμόζονται πιο εύκολα στις νέες συνθήκες ενώ ταυτόχρονα είναι πιο ευάλωτες στην εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και συναισθηματικής εξουθένωσης. (Shamsaeietal.,2015) Στους δημογραφικούς παράγοντες πέρα από το φύλο ανήκει και η ηλικία και το επάγγελμα.

Η ηλικία των φροντιστών αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα γιατί ο ρόλος της φροντίδας έχει διαφορετικές επιπτώσεις σε διαφορετικά στάδια της ζωής. Η επιβάρυνση

όντας μια έννοια υποκειμενική είναι άμεσα συνδεδεμένη με το πώς την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι φροντιστές αλλά και με την ωριμότητα του χαρακτήρα τους. Έτσι, οι μεγαλύτεροι ηλικιακά φροντιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης, γεγονός που μπορεί να οφείλεται είτε στην σωματική αδυναμία είτε στην αδυναμία αντίληψης των αναγκών του ψυχικά ασθενή ώστε να τον βοηθήσουν κατάλληλα. Επιπλέον, οι νεότεροι ηλικιακά φροντιστές ενδέχεται να αντιμετωπίσουν προβλήματα ιεράρχησης των αναγκών ανάμεσα στον ψυχικά πάσχοντα και την οικογένεια ή την εργασία τους. (Hardys,2011)

Στους κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες ανήκει και η εργασία. Κατά την διάρκεια παροχής άτυπης φροντίδας αποτελεί έναν προστατευτικό παράγοντα καθώς ανακουφίζει το άτομο προσφέροντας του συναισθηματική απόσπαση της προσοχής. Το εργασιακό περιβάλλον βοηθά τον φροντιστή τόσο οικονομικά όσο και ψυχολογικά. Το άτομο νιώθει παραγωγικό, συναναστρέφεται με άλλους, έχει εισόδημα κι αυτό το κάνει να ανταπεξέρχεται καλύτερα στις υποχρεώσεις του. Η εργασία λειτουργεί ως μια μορφή «ψυχοθεραπείας» καθώς δεν περιορίζεται μόνο στην φροντίδα του ψυχικά ασθενή αλλά επιδίδεται και σε άλλες δραστηριότητες. (Vianaetal.2013).Η επαγγελματική κατάσταση συνδέεται με οικονομικά θέματα και οι φροντιστές που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα είναι επιρρεπείς σε υποκειμενική επιβάρυνση και εξάντληση.

Η οικονομία και η εργασία είναι δυο παράγοντες αλληλένδετοι, που έχουν ψυχολογικό αντίκτυπο τόσο στον φροντιστή όσο και στην οικογένεια. Οι φροντιστές νιώθουν ότι χάνουν τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια τους απέναντι στους άλλους. Όταν τα έσοδα της οικογένειας δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή οι φροντιστές στρέφονται σε εναλλακτικές πηγές εισοδήματος όπως τα επιδόματα. Πολλές φορές νιώθουν ότι απαιτούν και ότι περιφρονούνται από τον περίγυρο τους γι αυτό συνήθως απομονώνονται και διακόπτουν τις επαφές τους. Επομένως, ο αντίκτυπος που έχει η εργασία είναι πιο περίπλοκος απ ότι φαίνεται.

### **Κλινικοί- Ψυχολογικοί παράγοντες**

Πολλοί ψυχολογικοί παράγοντες έχουν διερευνηθεί μεταξύ των άτυπων φροντιστών. Κατά την διάρκεια της φροντίδας οι φροντιστές έρχονται αντιμέτωποι με ένα σύνολο συναισθημάτων που σχετίζονται με τον ασθενή, την σοβαρότητα της υγείας του, τον ρόλο της φροντίδας και την δική τους ζωή. Οι συναισθηματικές ικανότητες του φροντιστή παίζουν σημαντικό ρόλο για την αποφυγή της γονεϊκής και επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και για την μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας.(Adelman,Tmanova,Delgado, Dion, Lachs,2014)



Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του φροντιστή επηρεάζουν το υποκειμενικό φορτίο και την εξάντληση του . Έχει παρατηρηθεί ότι οι φροντιστές που ακολουθούν μια απροστάτευτη ή υποτακτική προσέγγιση είναι πιο επιρρεπείς στην εξουθένωση συγκριτικά με αυτούς που εφαρμόζουν στρατηγικές αντιμετώπισης και επανεκτιμούν με αισιοδοξία τις καταστάσεις Η έλλειψη επιλογών για την ανάληψη ευθυνών στην φροντίδα αυξάνει το υποκειμενικό βάρος. Το εγγενές κίνητρο για την φροντίδα και το αίσθημα συνοχής αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες για την επιβάρυνση και την συναισθηματική εξάντληση του άτυπου φροντιστή.(Kent, Rowland, Northouse,Litzetman, Chou,etal.,2016)

Παρ όλο που τα περισσότερα γνωρίσματα σχετίζονται με την προσωπικότητα και είναι δύσκολο να τροποποιηθούν, μπορούν να δημιουργηθούν παρεμβάσεις που θα προσδιορίσουν όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται στην άτυπη εξουθένωση και θα στοχεύουν στην στήριξη των φροντιστών και την αποφυγή μελλοντικών προβλημάτων.(Gerain,2019)

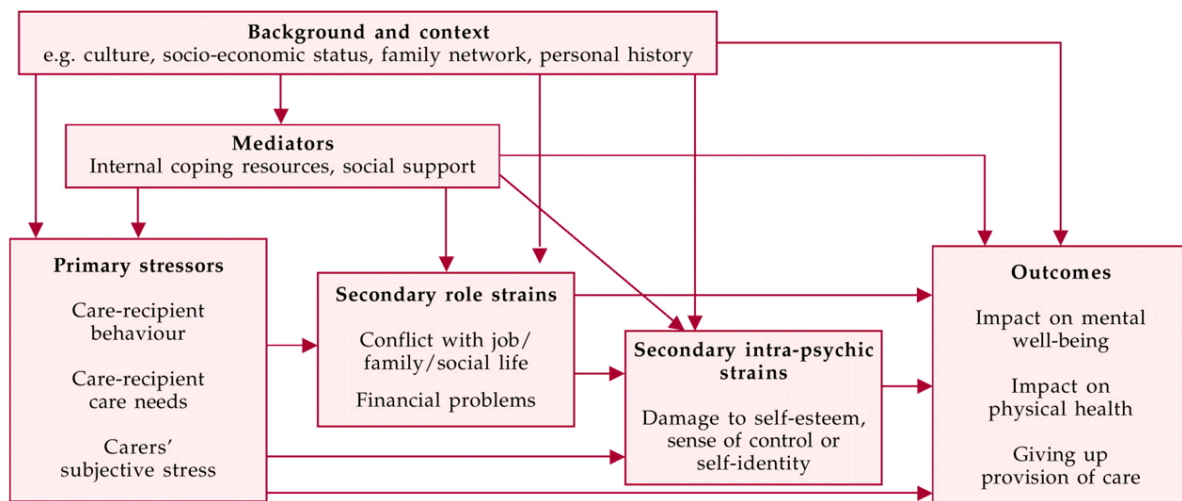
### **Παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια**

Οι μεταβλητές που σχετίζονται με τον ψυχικά ασθενή περιλαμβάνουν την διάρκεια της ψυχικής διαταραχής, τον αριθμό των φορών νοσηλείας, τον βαθμό λειτουργικής βλάβης καθώς και καταστάσεις κρίσεων ή προβλήματα συμπεριφοράς. Η χρονιότητα, ο βαθμός και η σοβαρότητα της ψυχικής ασθένειας είναι παράγοντες που συνδέονται με πιθανές υποτροπές ή «πισωγυρίσματα» στην θεραπεία. Δημιουργούν εντάσεις, αδυναμία στον ασθενή να συμμορφωθεί με την θεραπεία και την φαρμακευτική αγωγή. Όλα τα παραπάνω επηρεάζουν τόσο τον ασθενή όσο και την ίδια την οικογένεια διαταράσσοντας την ηρεμία. Ασθένειες όπως η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης του φροντιστή. Η επαφή του φροντιστή με τον ασθενή απαιτεί προσοχή, υπομονή και αντίσταση στην φροντίδα. Αν αυτές οι ιδιότητες απουσιάζουν από την φροντίδα προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα και άγχος που αυξάνουν το βάρος του φροντιστή. Οι κρίσεις ψυχικής υγείας χαρακτηρίζονται από αποδιοργάνωση και βίαιη συμπεριφορά καθώς και από αισθήματα απομόνωσης, θλίψης και ανασφάλειας.(Souza,2017)

Η συμπεριφορά του ατόμου με ψυχική διαταραχή απαιτεί πολλές φορές από τον φροντιστή να τοποθετεί τις δικές του ανάγκες και επιθυμίες μετά από αυτές του ασθενή. Το βάρος των οικογενειών κυμαίνεται από την συναισθηματική αντίδραση στην ασθένεια, το άγχος της αντιμετώπισης της διαταραγμένης συμπεριφοράς, την αλλαγή στην ρουτίνα του σπιτιού, το

στίγμα που αντιμετωπίζουν, τον περιορισμό στις κοινωνικές δραστηριότητες σε οικονομικές δυσκολίες. (Shamsaei, 2015)

Είναι δύσκολο να ζήσουν οι οικογένειες με μέλος σε έντονη ψυχολογική κρίση εξαιτίας της αποδιοργάνωσης που προκαλούν οι εσωτερικές και εξωτερικές σχέσεις γιατί όσο καλύτερη είναι η λειτουργικότητα του ασθενή τόσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της επιβάρυνσης και ο αντίκτυπος που έχει στην υγεία του ασθενή. Επομένως, η βασική φροντίδα περιλαμβάνει ομάδες οικογενειακής θεραπείας, ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα και άλλες στρατηγικές ώστε να αποφευχθεί η επιβάρυνση μειώνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης ή επανεμφάνισης κατάθλιψης σε φροντιστές ασθενών με ψυχικές διαταραχές.(Hamilton, Coker, Weeks, Williams, Henderson, Pinfold,Thornicorft,2016)



(Σχήμα 1 Πηγή: Shah,2010)

## **2.6 ΚλίμακαZaritBurdenInterview**

Δεν υπάρχει Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων, Ένατη Αναθεώρηση (ICD-9) ή κωδικός ICD-10 για το βάρος του φροντιστή. Ο Zaritκαι συνεργάτες πρότειναν έναν χρήσιμο ορισμό: «Ο βαθμός στον οποίο οι φροντιστές αντιλαμβάνονται ότι η φροντίδα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην συναισθηματική, κοινωνική, οικονομική, σωματική και πνευματική τους λειτουργικότητα» Αυτός ο ορισμός δίνει έμφαση στις πολυδιάστατες αιτιολογίες της φροντίδας γεγονός που δείχνει ότι η φροντίδα είναι μια εμπειρία. Κάποιες συνθήκες φροντίδας είναι πιθανό να προκαλέσουν βάρος και άγχος στους φροντιστές (πχ κοινωνική απομόνωση, ανάγκη για βοήθεια σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και κοινωνική

στέρηση ως αποτέλεσμα της ασθένειας και της φροντίδας) αλλά διαφορετικά όρια ισχύουν για καθένα άτομο ώστε να ενεργοποιηθεί η επιβάρυνση. (Adelman,2014)

Τα συμπτώματα της επιβάρυνσης των φροντιστών αξιολογούνται με την συνέντευξη ZaritBurden(ZBI),ένα μοντέλο που βοηθάει να εκτιμηθεί κατά προσέγγιση η υποκειμενική επιβάρυνση, δηλαδή το βάρος του φροντιστή και των συγγενών ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές ασθένειες. Αποτελείται από 22 στοιχεία που περιλαμβάνουν τους παράγοντες που αναφέρονται συχνά από τους φροντιστές ως προβληματικές περιοχές στην παροχή φροντίδας στους ψυχικά ασθενείς. Σ αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνονται η υγεία του φροντιστή, η ψυχολογική του ευημερία, η οικονομική του κατάσταση, η κοινωνική ζωή, οι λεπτομέρειες του στίγματος και η σχέση μεταξύ του φροντιστή- ασθενή. Το εργαλείο αυτό έχει πιθανή βαθμολογία 0-88 ανάλογα με τις απαντήσεις του φροντιστή. Οι απαιτήσεις βαθμολογούνται από 0-4 με βάση το επίπεδο της δυσφορίας.(Shamsaei,2015)

Η συνέντευξη ZaritBurdenπαρέχει ολοκληρωμένη αξιολόγηση τόσο της αντικειμενικής όσο και της υποκειμενικής επιβάρυνσης που αποτελούν τις πιο συχνές παραμέτρους για την εκτίμηση του βάρους. (Shamsaei,2015)

## **2.7 Στίγμα και επιβάρυνση**

Οι διακρίσεις και το στίγμα γύρω από τις ψυχικές ασθένειες είναι ευρέως διαδεδομένες. Το στίγμα ορίζεται ως «η προκατάληψη, η αποφυγή, η απόρριψη και η διάκριση που απευθύνεται σε άτομα που πιστεύεται ότι έχουν ασθένεια, διαταραχή ή άλλο χαρακτηριστικό που θεωρείται ανεπιθύμητο». Το στίγμα στην ψυχική ασθένεια είναι ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα που έχει πολλές συνέπειες για το ενδιαφερόμενο άτομο και την οικογένειά του. (Ebrahim,2020)

Το στίγμα δεν επηρεάζει μόνο τον ψυχικά ασθενή αλλά και την οικογένεια του. Ο στιγματισμός που βιώνουν τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο τομέας της ψυχικής υγείας. Αν και οι ψυχικά ασθενείς πάσχουν από ένα ευρύ φάσμα αρνητικών επιπτώσεων που σχετίζονται με την διαταραχή πολλές φορές αυτά τα συμπτώματα επιδεινώνονται εξαιτίας του στιγματισμού. Το στίγμα επηρεάζει κατά πολύ την λειτουργία της οικογένειας. Υψηλά ποσοστά ατόμων με ψυχικές διαταραχές αποφεύγουν την αναζήτηση θεραπείας παρόλο που η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα που σχετίζονται με την ψυχική ασθένεια έχει αυξηθεί. (Malhotra,2016)

Ο κοινωνικός αποκλεισμός του ψυχικά ασθενή πηγάζει από τον στιγματισμό του ως αποκλίνοντα από το κοινωνικό σύνολο. Ακόμη και σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει άμεσος αποκλεισμός από την κοινωνία ή τον περίγυρο, το ίδιο το άτομο αποκόπτει τον εαυτό του από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις νοιώθοντας διαφορετικός και ότι δεν ανήκει στο κοινωνικό σύνολο. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι ο ψυχικά ασθενής να βιώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό χωρίς να έχει διαπράξει κάτι επιζήμιο σε άλλους ή στον εαυτό του.

Ο αρνητικός αντίκτυπος του στίγματος της ψυχικής υγείας δεν αφορά μόνο τον ψυχικά ασθενή αλλά εκτείνεται και στα μέλη της οικογένειας και στους στενούς φίλους. Τα μέλη της οικογένειας αναπτύσσουν αισθήματα ντροπής, χάνουν την αυτοεκτίμησή τους και συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν και το αντικειμενικό βάρος της φροντίδας και το υποκειμενικό που περιλαμβάνει την κοινωνική απόρριψη. Όλα αυτά επιδρούν αρνητικά τόσο στην ψυχική όσο και την σωματική ευεξία. Έτσι, το στίγμα είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας για την πορεία του ψυχικά ασθενούς καθώς αποτρέπει το άτομο να αναζητήσει θεραπεία ενώ το ίδιο το άτομο όσο και η οικογένεια του καλούνται να αντιμετωπίσουν διακρίσεις και προκαταλήψεις από τον κοινωνικό τους περίγυρο. (Girma, Leikmkulher, Dehning, Muller, 2014)

## **2.8 Διαφορές φύλου στην επιβάρυνση**

Με τον όρο οικογενειακή φροντίδα αναφερόμαστε στην βοήθεια που προσφέρεται χωρίς αμοιβή είτε από κάποια μέλη της οικογένειας είτε από άλλα φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό της η άτυπη φροντίδα παρέχεται από την οικογένεια και συγκεκριμένα από τις γυναίκες. Το βάρος του φροντιστή είναι μια έννοια πολυδιάστατη που περιλαμβάνει κοινωνικούς, ψυχολογικούς, σωματικούς και οικονομικούς παράγοντες που προκαλούν άγχους και σχετίζονται με την φροντίδα. (Nidhi, 2016)

Οι φροντιστές που υφίστανται μεγαλύτερη επιβάρυνση είναι κατά κύριο λόγο οι γυναίκες καθώς υπερτερούν αριθμητικά συγκριτικά με τους άνδρες στην φροντίδα των ασθενών. Ένας από τους λόγους που υπάρχει αυτή η αριθμητική διαφορά είναι πως οι γυναίκες συνδέονται περισσότερο συναισθηματικά και κοινωνικά με τον ασθενή και έχουν πιο έντονη την αίσθηση της οικογενειακής υποχρέωσης. Αυτή η προσκόλληση και το ενδιαφέρον για την ευημερία του ασθενούς είναι που τις ωθούν να ασχοληθούν με την φροντίδα. (Ennis, Bunting, 2013)

Οι γυναίκες φροντιστές είναι πιο ευάλωτες στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και σωματικής- συναισθηματικής κόπωσης. Παρ' όλα αυτά φαίνεται να προσαρμόζονται ευκολότερα στις νέες συνθήκες που δημιουργούνται μέσα στην οικογένεια με την φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή καθώς ακολουθούν τις νέες στρατηγικές παρέμβασης και συμμετέχουν σε προγράμματα συμβουλευτικής και ψυχοεκπαίδευσης. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ηρεμίας μέσα στην οικογένεια γεγονός που βοηθά τον ασθενή να αισθανθεί ασφάλεια και να βελτιώσει την κατάσταση του. (Shamsei,2015)

Αν και οι γυναίκες είναι πιο προσαρμοστικές και ανταποκρίνονται καλύτερα στις νέες στρατηγικές παρέμβασης πολλές φορές δεν εκφράζουν ούτε μοιράζονται τα συναισθήματα άγχους και ανησυχίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εσωτερικεύουν τις σκέψεις και τους φόβους τους και όλα τα αρνητικά συναισθήματα έχοντας ως επακόλουθο την δημιουργία «πρόσφορου» εδάφους για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και επιβάρυνσης. (Shah,2010)

Από την άλλη πλευρά, οι άντρες ως φροντιστές εξαιτίας του τρόπου που έχουν κοινωνικοποιηθεί προσεγγίζουν από διαφορετική οπτική την φροντίδα. Έχουν την τάση να αποστασιοποιούνται από τις καταστάσεις που δημιουργούν άγχος και συνήθως να μετατοπίζουν το «βάρος» σε άλλους προβάλλοντας ως αφορμή την εργασία τους. Προοδευτικά, τα ποσοστά των ανδρών φροντιστών αυξάνονται, ωστόσο ένας ανασταλτικός παράγοντας για την ανάληψη της ευθύνης της φροντίδας είναι ότι έχουν λιγότερη πρόσβαση σε επίσημη άτυπη υποστήριξη προκειμένου να απευθυνθούν και να ζητήσουν βοήθεια. (Nidhi,2016)

Ανάμεσα στις δυσκολίες που έχει ο ρόλος του φροντιστή υπάρχουν και προβλήματα που σχετίζονται με την εκπλήρωση του ρόλου τους. Οι φροντιστές και ειδικότερα οι γυναίκες συχνά αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες και διαδραματίζουν πολλαπλούς ρόλους, όπως σύζυγοι, μητέρες, υπάλληλοι. Αυτοί οι ρόλοι δημιουργούν υποχρεώσεις που δεν μπορούν να ιεραρχηθούν οδηγούν στην σύγκρουση. Οι πιέσεις που δημιουργούν αυτοί οι αντικρουόμενοι ρόλοι προκαλούν αρνητικές συνέπειες στους φροντιστές όπως σωματική και συναισθηματική εξάντληση, κατάθλιψη, κόπωση αλλά και αισθήματα δυσαρέσκειας απέναντι στον ασθενή. Η «υπερφόρτωση ρόλων» συνεπάγεται απαιτήσεις που καταπονούν το άτομο και δεν το αφήνουν να ανταποκριθεί και να εκτελέσει τον ρόλο του. Η σύγκρουση προκαλεί λιγότερο

θετική προοπτική για την ζωή και μεγαλύτερη ανάγκη για εξωτερική υποστήριξη. (Chang,Chiou, Chen, 2010)

Σχετικές έρευνες έχουν καταδείξει ότι η συσσώρευση ρόλων σε συνδυασμό με την άτυπη φροντίδα αυξάνουν το βάρος και την εξάντληση του φροντιστή, ο άτυπος ρόλος επηρεάζει και τους υπόλοιπους ρόλους του φροντιστή. Η ανάληψη πολλαπλών καθηκόντων και υποχρεώσεων σε συνδυασμό με την άτυπη φροντίδα οδηγεί σε επαγγελματική και γονεϊκή εξουθένωση. (Gerain,2019)

## **2.9 Ανάγκη για παρέμβαση στους φροντιστές**

Το βάρος της φροντίδας μπορεί να αντιμετωπιστεί όχι μόνο μέσα από την φροντίδα του ασθενούς αλλά και μέσα από την φροντίδα του φροντιστή. Δεν πρέπει να προσπερνάμε τα στοιχεία που δείχνουν ότι οι φροντιστές είναι «κρυμμένοι ασθενείς» που χρειάζονται προστασία από κινδύνους σωματικούς και συναισθηματικούς. Οι παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την υποστήριξη των φροντιστών θα πρέπει να στοχεύουν στην μείωση της τλαιπωρίας και της ανησυχίας που σχετίζονται με το φορτίο έτσι ώστε να νιώθουν πιο ικανοί και ότι έχουν τον έλεγχο γεγονός που οδηγεί στην παροχή αποτελεσματικότερων υπηρεσιών.(Malhotra,2016)

Είναι απαραίτητο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να εντοπίσουν το βάρος των φροντιστών των ασθενών που θεραπεύουν, ώστε να μην επηρεάζονται αρνητικά από αυτό. Η έγκαιρη αναγνώριση και οι στοχευμένες στρατηγικές παρεμβάσεις βοηθούν στην αποτελεσματική υποστήριξη των φροντιστών και στη βελτίωση της ικανότητας φροντίδας τους. Για να είναι πιο αποτελεσματική η παροχή φροντίδας, οι φροντιστές πρέπει να γνωρίζουν πληροφορίες σχετικά με την ψυχική ασθένεια, την διαχείριση προβληματικών συμπεριφορών και να λαμβάνουν θέση στις αποφάσεις της θεραπείας. (Chadda,2014)

Στον πυρήνα των παρεμβάσεων ανήκουν η Συμβουλευτική καθώς και τα προγράμματα εκπαίδευσης και υποστήριξης. Παράλληλα, η τεχνική της «εστίασης στο άτομο» που μελετά το βάρος του φροντιστή αλλά και οι ομάδες υποστήριξης βελτιώνουν τις ικανότητες και τις επιδόσεις του φροντιστή στην αντιμετώπιση των απαιτήσεων της καθημερινότητας. Μέσα από αυτές τις παρεμβάσεις οι φροντιστές έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, τις ανησυχίες τους, να προβληματιστούν, να μοιραστούν την εμπειρία

της φροντίδας με άλλα άτομα μειώνοντας το βάρος και το στρες που βιώνουν.(Ebrahimi, Seyedfatemi, Areshtanab , Ranjbar , Thornicroft, Whitehead, Rahmani,2018)

Οι οικογενειακές παρεμβάσεις έχουν συμβάλει σημαντικά στην αποτελεσματικότερη μείωση των ποσοστών υποτροπής και του αρνητικού αντίκτυπου που έχει η ψύχωση στους φροντιστές ενώ ταυτόχρονα αυξάνει την προθυμία για να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς. Οι συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης με την οικογένεια μπορούν να περιλαμβάνουν μια σύντομη περιγραφή της ασθένειας, συμπτώματα, σημάδια υποτροπής, θεραπεία και μέθοδοι αντιμετώπισης καθώς και προσδιορισμός του αντίκτυπου της επιβάρυνσης. Επιπλέον σε αυτές τις συνεδρίες συζητούνται καθημερινά προβλήματα των ασθενών και απλές πρακτικές επίλυσης τους ενώ ταυτόχρονα γίνονται συμπεριφορικές παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην μείωση του άγχους. (Sarkhel,Singh,Agora,2020)

Έρευνες έχουν δείξει πως οι συχνές επισκέψεις φίλων, συγγενών ή κατ'οίκον φροντίδα από βοηθητικό προσωπικό οδηγούν στην μείωση της αντικειμενικής επιβάρυνσης ενώ η υποκειμενική επιβάρυνση μπορεί να ελαχιστοποιηθεί μέσα από την συμβουλευτική, κατάλληλη ψυχοεκπαίδευση και ομάδες στήριξης των οικογενειών. (Ampalam,2012)

Οι φροντιστές χρειάζονται κοινωνική υποστήριξη και προγράμματα παρέμβασης έτσι ώστε η οικογένεια να αντιμετωπίσει το βάρος της παροχής φροντίδας και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της. Οι στρατηγικές που οδηγούν στην μείωση της επιβάρυνσης συνήθως πρέπει να ξεκινούν από την **φαρμακευτική θεραπεία**, όπου θα πρέπει να παρέχονται επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την φύση της ασθένειας, να εντοπίζονται τα προειδοποιητικά σημάδια της υποτροπής, να υπάρχει συμπαράσταση στην αγωνία των φροντιστών, έλεγχος και μείωση των προσδοκιών. Επιπλέον, σημαντική είναι η ύπαρξη **ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης** αλλά και η παροχή των απαραίτητων δεξιοτήτων για την καθημερινή διαβίωση τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές. Υπάρχει ανάγκη δημιουργίας **κέντρων ημέρας** και κοινωνικών συλλόγων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών και των ιδίων μέσα από την ίδρυση ξενώνων και ιδρυματική φροντίδα είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα ως εναλλακτική λύση σε μια ενδεχόμενη απουσία του φροντιστή. Τέλος, η ολοένα **καλύτερη προσαρμογή** των συγγενών στην ασθένεια βοηθά στην μείωση της εχθρότητας προς το πρόσωπο του ασθενή.(Narasipuram,2012)

Όλα τα παραπάνω βοηθούν τόσο την οικογένεια να κατανοήσει τις παραμέτρους της ψυχικής ασθένειας όσο και τον ψυχικά ασθενή και να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση την κατάσταση. Πολύ σημαντική παράμετρος πέρα των άμεσων παρεμβάσεων είναι η

δουλειά με την οικογένεια. Μέσα από μια μορφή οικογενειακής θεραπείας όπου τα μέλη συζητούν αυτά που τους απασχολούν μεταξύ τους εξαλείφονται τυχόν προβλήματα στην επικοινωνία. Η έλλειψη επικοινωνίας είναι σημαντικός παράγοντας αύξησης του άγχους του φροντιστή.(Malhotra,2016)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: COVID-19, ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ**

### **3.1 Πρώτη εμφάνιση του Covid -19**

Ο ιός του Κορονοϊού εμφανίστηκε στην πόλη Wuhan της κεντρικής Κίνας στα τέλη του 2019 και λόγω της εκθετικής του εξάπλωσης σε διεθνές επίπεδο κηρύχθηκε από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας ως παράγοντας ανάληψης έκτακτων μέτρων προστασίας της υγείας στις 30 Ιανουαρίου του 2020 ενώ αργότερα στις 11 Μαρτίου ανακοινώθηκε από τον ίδιο οργανισμό ως πανδημία.(CullenW,2020)

Η κλινική απεικόνιση της προσβολής ενός ατόμου από covid-19 κυμαίνεται από την ασυμπτωματική κατάσταση έως την σοβαρή προσβολή συνδρόμου αναπνευστικής λειτουργίας αλλά και δυσχέρειας πολλαπλών οργάνων.(CullenW, 2020). Δεδομένου λοιπόν της επιφυλακτικότητας ως προς την εφαρμογή της θεραπείας μέχρι πρότινος οι προσπάθειες αποφυγής της διασποράς περιορίζονται στον τομέα της πρόληψης με την επιβολή μέτρων περιορισμού.( Moreno,2020)

Ο κορονοϊός έλεγε ποικίλους κινδύνους που δεν αφορούν μόνο τη σωματική καταστολή του οργανισμού αλλά και την παγκόσμια δημόσια υγεία και κοινωνική συνοχή. Από το πρώτο κιόλας διάστημα φάνηκε ότι οι κρατικοί μηχανισμοί σε διεθνές επίπεδο κρίθηκαν ανεπαρκείς ως πόρους μονάδες εντατικής θεραπείας να ασφυκτιούν. (Toueli,2020)

Η στρατηγική του κλειδώματος ωστόσο φαίνεται να οδήγησε στην έξαρση προβλημάτων που έπληξαν την ψυχική υγεία μεγάλου αριθμού του πληθυσμού. Η απαγόρευση της φυσικής αλληλεπίδρασης, η ευαισθησία ως προς την φύση και τους κινδύνους ελλοχεύει ο ιός οδήγησαν σε έντονη κοινωνική απομόνωση, απώλεια εισοδήματος, αισθήματα μοναξιάς, αδράνεια, μεταστροφή προς τη χρήση ουσιών αλκοόλ και διαδικτυακών παιχνιδιών ιδιαίτερα άτομα τα οποία ήταν ίδια ή επιρρεπή ή άνηκαν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.



### **3.2 Κορονοϊός και στίγμα**

Η πανδημία Covid-19 μπορεί να προκαλέσει στιγματιστικούς παράγοντες όπως ο φόβος της απομόνωσης, του ρατσισμού, των διακρίσεων, της περιθωριοποίησης συμπεριλαμβανομένου των κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων. Μια στιγματιστική κοινότητα έχει την τάση να αναζητεί την ιατρική φροντίδα αργά αποκρύπτοντας το ιατρικό ιστορικό. Αυτή η συμπεριφορά αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης της ασθένειας στην κοινότητα.. Μια ακόμη πολύ σημαντική πτυχή είναι ο στιγματισμός και η κοινωνική απόρριψη η οποία γίνεται με την μορφή διακρίσεων, αποφυγή από την γειτονιά, προκατάληψη στον χώρο της εργασίας ακόμη και απόσυρση από κοινωνικές εκδηλώσεις. Οι φροντιστές είναι περισσότερο ευάλωτοι ώστε να επηρεαστούν ψυχολογικά και να βιώσουν μεγαλύτερο στιγματισμό από ότι ο γενικός πληθυσμός στην καραντίνα. Τα παιδιά που έχουν μολυνθεί από Covid-19 και χρειάζεται να απομονωθούν απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή ως προς την διαχείριση του άγχους, του φόβου και άλλων ψυχολογικών επιπτώσεων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει δημοσιεύσει συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικά ζητήματα για την μείωση του στίγματος που φέρει ο Covid-19.(Dubey, Biswas, Ghosh, Chatterjee, Dubey, Chatterjee, Lahiri, Lavie,2020)

### **3.3 Ψυχοκοινωνικό βάρος της καραντίνας και της απομόνωσης**

Σε περιόδους επιδημίας οι άνθρωποι τείνουν να αντιμετωπίζουν φόβο μόλυνσης από τον ιό, με αποτέλεσμα να διακατέχονται από άγχος, φόβο και κατάθλιψη. Το άγχος είναι αποτέλεσμα και συναισθηματικής και σωματικής έντασης όταν μια κατάσταση τείνει να διαταράξει την ομοιόσταση του ατόμου. Επιπλέον, ο φόβος για το άγνωστο οδηγεί με την σειρά του σε άγχος και κατάθλιψη. Ο φόβος, η άρνηση και η απογοήτευση, που αποτελούν τρία διαδοχικά στάδια της ορθολογικής απόκρισης στον φόβο, έχει αναφερθεί ότι κυριαρχούσαν μεταξύ των ασθενών ή ατόμων μέσα στην καραντίνα.

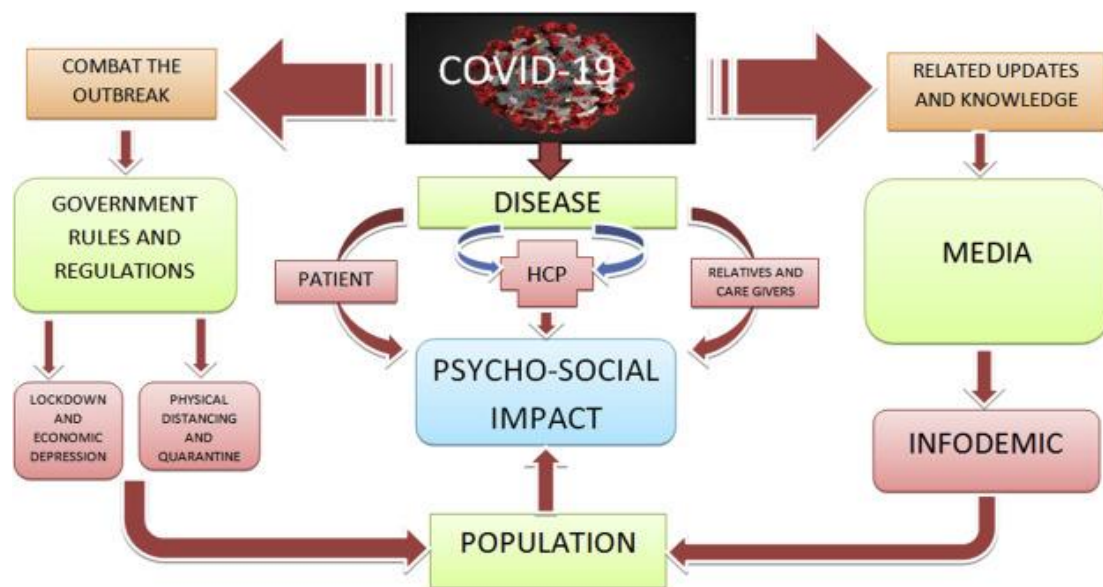
Ο φόβος για το άγνωστο, η εξάπλωση της νόσου και ο αντίκτυπος σε ανθρώπους, υγεία, νοσοκομεία και οικονομίες, για παράδειγμα, προκαλεί άγχος σε υγιή άτομα καθώς και σε άτομα με προϋπάρχουσες καταστάσεις ψυχικής υγείας (Rubin&Wessely 2020).Ατομα, οικογένειες και κοινότητες βιώνουν αισθήματα απελπισίας, απόγνωσης, θλίψης, πένθους και βαθιάς απώλειας σκοπού λόγω πανδημιών. Τα συναισθήματα της απώλειας ελέγχου οδηγούν στο φόβο και την αβεβαιότητα καθώς η πορεία των πανδημιών εξελίσσεται συνεχώς. Τα

αντιληπτά μεικτά μηνύματα από κυβερνητικούς ή υπευθύνους υγείας μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε σύγχυση του κοινού, αβεβαιότητα και φόβο (Usher, Durkin, Bhullar, 2020).

Η καραντίνα που επιβάλλεται ως ένα μέτρο αντιμετώπισης μιας πανδημίας οδηγεί επίσης σε σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα. Η καραντίνα και ο περιορισμός ουσιαστικά διαχωρίζει τα άτομα που ενδεχομένως έχουν εκτεθεί στον μολυσματικό παράγοντα από τον γενικότερο πληθυσμό, προκειμένου να περιοριστεί η μετάδοση της ασθένειας. Ο περιορισμός και η απομόνωση μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρά ψυχολογικά, συναισθηματικά και οικονομικά προβλήματα σε κάποιους ανθρώπους. Η στέρηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης που αποτελεί μια από τις βασικότερες ανθρώπινες ανάγκες και ο επακόλουθος περιορισμός των κοινωνικών επαφών και μετακινήσεων οδηγεί σε ψυχολογική αγωνία και δυσφορία.(Usher, Durkin, Bhullar,2020) Αποτέλεσμα των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης είναι η μοναξιά, που ορίζεται ως μια απόκλιση μεταξύ των επιθυμητών και των αντιληπτών κοινωνικών σχέσεων ενώ έχει συνέπειες τόσο σωματικές όσο και πνευματικές. (Jeste, Lee, Cacioppo,2020). Επιπλέον, οι Rubin και Wessely (2020) αναφέρουν πως η μαζική καραντίνα ενδέχεται να οδηγήσει σε πανικό. Στην περίπτωση της μαζικής καραντίνας η κοινωνική απομόνωση και η κούραση των ανθρώπων να υπακούσουν στους κανόνες κλιμακώνουν το άγχος και τον φόβο παγίδευσης και την απώλειας ελέγχου και τη διάδοση φημών. Οι φήμες δημιουργούν αισθήματα αβεβαιότητας και συνδέονται στενά με συσσώρευση αισθημάτων πανικού.(Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely,Greenberg, Rubin,2020)

Εκτός των παραπάνω, ο φόβος που συνδέεται με πανδημίες, όπως ο Covid 19, έχει προκαλέσει μαζικό αριθμό αυτοκτονιών. Προβλήματα που είναι απόρροια της πανδημίας όπως η κοινωνική αποστασιοποίηση, η απομόνωση, ο αναγκαστικός εγκλεισμός και η συνακόλουθη κοινωνική και οικονομική επίπτωση που έχουν μπορούν να προκαλέσουν θλίψη, φόβο, θυμό, μοναξιά, απογοήτευση, ανησυχία και νευρική κατάσταση. Σε κάποιες περιπτώσεις όπου υπάρχει κάποια ψυχική διαταραχή ενδέχεται οι αυτοκτονικές συμπεριφορές να είναι πιο έντονες (πχ. Αυτοκτονικός ιδεασμός, απόπειρες αυτοκτονίας ακόμη και πραγματική αυτοκτονία). Περίπου το 90% των παγκόσμιων αυτοκτονιών οφείλονται σε ψυχικές παθήσεις όπως η κατάθλιψη. Παρόμοια γεγονότα έχουν συμβεί και σε προηγούμενες καταστάσεις πανδημίας. Για παράδειγμα στην πανδημία SARS που συνέβη το 2003 στο Χονγκ Κονγκ το ποσοστό της αυτοκτονίας ανάμεσα στους ηλικιωμένους ήταν μεγάλο τόσο πριν όσο και μετά το τέλος της καραντίνας. (Mamun&Griffiths 2020)

Τέλος, ο παράγοντας τον αυτοκτονιών συνδέεται άμεσα με την επίδραση από την έκθεση στα μέσα ενημέρωσης. Εφόσον, οι κοινωνικές επαφές έχουν περιοριστεί η αποκλειστική πηγή άντλησης πληροφοριών των ανθρώπων είναι τα μέσα ενημέρωσης. Αν αναλογιστούμε τον καταγιστικό ρυθμό πληροφόρησης και την εκτεταμένη κάλυψη του θέματος από τα μέσα κατά την διάρκεια μιας επιδημίας η ψυχολογική ευημερία των ανθρώπων βρίσκεται σε εξαιρετικά κρίσιμη κατάσταση.(Chao, Xue, Liu, Yang, Hall, 2020)



(Σχήμα 1. Ψυχοκοινωνική σχέση μεταξύ της νόσου, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, της κυβέρνησης και του πληθυσμού Πηγή: Dubeyetal.,2020)

### **3.4 Πανδημία και Μέσα Ενημέρωσης**

Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που απειλούν την δημόσια υγεία, τα μέσα ενημέρωσης παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην πληροφόρηση και την συναισθηματική υποστήριξη, την κινητοποίηση της κοινότητας, βοηθώντας μ αυτόν τον τρόπο ακόμα και τα μεμονωμένα άτομα να αισθάνονται συνδεδεμένα. Οι άνθρωποι από την πλευρά του έχουν ανάγκη για πληροφόρηση ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν την σοβαρότητα της κατάστασης και παράλληλα να μειώσουν το άγχος που προκαλεί η αβεβαιότητα και παράλληλα να προστατεύσουν την υγεία τους. Ωστόσο, η έκθεση στα μέσα μπορεί να δημιουργήσει

περισσότερα προβλήματα. Ο μεγάλος όγκος πληροφοριών μπορεί να περιλαμβάνει τόσο πραγματικές όσο και ψευδείς ειδήσεις ενώ επίσης μπορεί μέσω των μηνυμάτων να διασπείρει φόβο και ανησυχία στους πολίτες οι οποίοι λόγω της συναισθηματικής φόρτισης δεν είναι πάντα σε θέση να διακρίνουν την εγκυρότητα των όσων προβάλλονται. Το «infodemic» μπορεί επίσης να επηρεάσει την ψυχική υγεία και την ευημερία του πληθυσμού.(Chaoetal., 2020)

Η τεχνολογική εξέλιξη έχει μετατρέψει τα μέσα μαζικής ενημέρωσης σε πολυμέσα. Περιλαμβάνουν δηλαδή πολλές πηγές περιεχομένου ενώ η ποσότητα και η ποιότητα των μηνυμάτων που δέχονται πλέον οι άνθρωποι είναι ανεξέλεγκτη. Πλέον μια είδηση συνοδεύεται από ήχο, εικόνα και βίντεο πράγμα που σημαίνει πως τα νέα μέσα περιλαμβάνουν συνήθως σκόπιμη και επεξεργασία πληροφοριών εστιασμένη σε καίρια σημεία μειώνοντας σημαντικά τις πιθανότητες οι δέκτες των πληροφοριών να παραμείνουν ανεπηρέαστοι. Παράλληλα, η νέα μορφή που έχουν πάρει τα μέσα χαρακτηρίζεται από έντονη αλληλεπίδραση μεταξύ πληροφορίας και αποδέκτη. Αυτό σημαίνει πως από την μια πλευρά ενδέχεται να βοηθήσει τα άτομα στην διαχείριση των συναισθημάτων τους και από την άλλη το αρνητικό συναίσθημα που προβάλλεται να τα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό. (Macias, Hilyard, &Freimuth, 2009).

### **3.5 Φροντιστές και ψυχική υγεία**

Η πανδημία Covid 19 έχει επηρεάσει σημαντικά τους ευάλωτους πληθυσμούς και έχει επιδεινώσει τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες στην υγεία. Μια τέτοια ομάδα είναι και οι άτυποι φροντιστές όπου ήδη αντιμετωπίζουν σωματικές και ψυχολογικές ασθένειες και έρχονται αντιμέτωποι με πρόσθετες προκλήσεις κατά την διάρκεια της πανδημίας. Η μεταδοτικότητα του ιού και η άγνοια για τις επιπτώσεις του στην υγεία τον καθιστούν επικίνδυνο τόσο για τον ηλικιωμένο πληθυσμό όσο και για άτομα με προϋπάρχουσες ασθένειες. Η φροντίδα γενικότερη ως έννοια σχετίζεται με μεγαλύτερη ψυχική δυσφορία, ιδιαίτερα κατάθλιψη και άγχος. Οι φροντιστές βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση όσο αφορά την ψυχική υγεία και την κόπωση απ ότι αυτοί που δεν παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας. Οι φροντιστές συχνά αναφέρουν σωματικές παθήσεις όπως κόπωση και σωματικό πόνο που χαρακτηρίζουν το «φορτίο του φροντιστή». Επιπλέον, η αλληλεπίδραση νου- σώματος δείχνει ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των σωματικών συμπτωμάτων, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής διάθεσης. Η ένταση της φροντίδας και η χρονιότητα της

ασθένειας δημιουργούν τις ευθύνες της φροντίδας και υποδηλώνουν πιθανούς μηχανισμούς που επηρεάζουν την υγεία των φροντιστών. Για παράδειγμα, η σωματική επιβάρυνση των καθηκόντων μπορεί να επηρεάσει άμεσα την σωματική υγεία, ενώ η ένταση της φροντίδας μπορεί να περιορίσει τον διαθέσιμο χρόνο για τους φροντιστές να διαχειριστούν την δική τους υγεία. (Park,2020)

Ειδικότερα, η πανδημία και η καραντίνα μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των εφήβων. Ο περιορισμός στο σπίτι, η ενδοοικογενειακή βία, η υπερβολική χρήση του Διαδικτύου και των κοινωνικών μέσων είναι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τους έφηβους αυτή την περίοδο. Ο Covid-19 μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένες ψυχιατρικές διαταραχές όπως το μετατραυματικό στρες, καταθλιπτικές διαταραχές και διαταραχές άγχους. Οι έφηβοι με ψυχιατρικές διαταραχές διατρέχουν έντονο κίνδυνο διακοπής ή αλλαγής στην φροντίδα μην μπορώντας πολλές φορές να διαχειριστούν την ασθένεια τους επομένως μπορεί να παρουσιάσουν αυξημένα συμπτώματα. Η ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ευπάθεια των εφήβων, καθώς και οι ατομικές και οικογενειακές ικανότητες αντιμετώπισης, είναι παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των εφήβων σε περιόδους κρίσης. Οι έφηβοι είναι περισσότερο ευάλωτοι και απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα και προσοχή από τους φροντιστές ενώ παράλληλα χρειάζεται προσαρμογή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ώστε να είναι όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερο. (Guessoum, Lachal,Radjack, Carretier,Minassian, Benoit,Moro,2020)

Οι φροντιστές παιδιών με χρόνιες ασθένειες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά γενικευμένου άγχους από τους φροντιστές υγιών παιδιών, γεγονός που σχετίζεται με το βάρος της γονικής ευθύνης για την σωστή διαχείριση της θεραπείας και όχι τόσο από την διάρκεια και την σοβαρότητα της ασθένειας. (CousinoandHazen,2013)

Η ποιότητα της ζωής των ατόμων συνδέεται στενά με την ποιότητα ζωής των ατόμων γύρω τους. Οι χρόνιες ασθένειες τείνουν να επηρεάζουν την ζωή της οικογένειας. Οι γονείς - φροντιστές παιδιών με χρόνιες ασθένειες αναφέρουν χαμηλότερη αυτό-ανάπτυξη, περιορισμούς στην ευημερία και την συναισθηματική τους σταθερότητα και χαμηλότερα επίπεδα καθημερινής λειτουργίας.

Στην έρευνα της Κωτσάκη είχε στόχο να διερευνήσει το άγχος των γονέων κατά την διάρκεια της πανδημίας στην Ελλάδα. Κεντρική υπόθεση της έρευνας ήταν οι γονείς. Ειδικότερα όσοι φροντίζουν παιδιά με υποκείμενες διαταραχές, ενδέχεται να αντιμετωπίσουν αυξημένα επίπεδα στρες γεγονός που τους καθιστά επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται

με το άγχος. Στο πλαίσιο της έρευνας διεξήχθη μια ποσοτική μελέτη μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου σε δείγμα 1.206 Ελλήνων γονέων. Από την μελέτη βρέθηκε ότι σε φροντιστές παιδιών με χρόνια ή σοβαρή υποκείμενη ασθένεια εμφανίζονται εξαιρετικά υψηλά επίπεδα στρες, ενώ οι μισοί εκ των γονέων είναι ευάλωτοι στην εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες. Κατά την διάρκεια επιδημιών μολυσματικών ασθενειών, η συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή και η συνεχόμενη χρήση υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποδειχθεί δύσκολη για αυτά τα παιδιά, προκαλώντας πρόσθετο ψυχολογικό βάρος στους φροντιστές τους. Τέλος, ενδιαφέρον προκάλεσε το εύρημα ότι οι γονείς παιδιών με αναπνευστικά και καρδιαγγειακά προβλήματα και διαταραχές στο ανοσοποιητικό σύστημα ήταν εμφανώς πιο αγχωμένοι. (Κωτσάκη,2020)

### **3.6 Ψυχολογικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας**

Ο γενικός πληθυσμός δεν είναι ο μόνος που διατρέχει υψηλό κίνδυνο μόλυνσης και ψυχολογικής πίεσης στην διάρκεια της πανδημίας. Όπως αποδείχθηκε από παρόμοιες εμπειρίες επιδημιών SARS αλλά και του ιού H1N1 η ψυχολογική δυσφορία των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι μάχονται καθημερινώς για την αντιμετώπιση της πανδημίας, είναι μεγάλη. Κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid 19, οι γιατροί στην Ελλάδα κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν πρωτόγνωρες προκλήσεις και καταστάσεις. Η ραγδαία εξέλιξη και επιδείνωση της κατάστασης απαιτούσε γρήγορες και αποτελεσματικές αποφάσεις με απομόνωση ασθενών με υποψίες λοίμωξης, κλείσιμο τμημάτων, θεατρικών χώρων και όλα αυτά ενώ οι πόροι είναι σημαντικά περιορισμένοι. Η πίεση για έγκαιρη δράση, επιτυχή διάγνωση, απομόνωση και θεραπεία ήταν τεράστια σε συνδυασμό με τα μέσα ενημέρωσης. Εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου έκθεσης στον ιό, οι γιατροί, οι νοσοκόμες και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ανησυχούν για την διασπορά του ιού στο σπίτι και την μετάδοση σε αγαπημένα τους πρόσωπα. (Tsamakias,2020)

Επιπλέον, το προσωπικό που εργάζεται στον χώρο της υγείας αναφέρει έντονο άγχος όταν έρχεται σε επαφή με ασθενείς που δεν επιθυμούν να συνεργαστούν ή δεν συμμορφώνονται με τα μέτρα και τις οδηγίες ασφάλειας. Επομένως οι επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν τον Covid-19 βρίσκονται υπό συνθήκες αυξημένης ψυχολογικής πίεσης και αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας. Το αίσθημα της απώλειας και του ελέγχου και ο επακόλουθος φόβος για ενδεχόμενη αποσταθεροποίηση των υπηρεσιών

υγείας προκάλεσαν «υπερχείλιση» άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. (Huang,2020)

Πέρα από το κύριο άγχος και τον φόβο του ιατρικού προσωπικού για την μόλυνση των ίδιων, ανησυχία τους προκαλεί και το αίσθημα να μην γνωρίζουν πώς να ανταποκριθούν όταν οι ασθενείς αρνούνται την θεραπεία ή βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Σε αυτό το πλαίσιο, τα νοσοκομεία και γενικότερα τα ιδρύματα ιατρικής περίθαλψης οφείλουν να ενισχύσουν την κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού στην αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων όπως την ανησυχία και τον πανικό των ασθενών αλλά και για τον έλεγχο της αυτοψυχολογίας του προσωπικού. Είναι επίσης απαραίτητο να αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη και να δημιουργηθούν ομάδες παρέμβασης για την παροχή άμεσων υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης σε ιατρικό προσωπικό με άγχος και διαταραχές στρες. (Chen,2020)

Πέρα από το αρχικό σοκ, οι επαγγελματίες υγείας στην Ελληνική Εθνική Υπηρεσία Υγείας έχουν επιδείξει υψηλά επίπεδα αφοσίωσης και επαγγελματισμού. Αυτή η εξέλιξη σίγουρα οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στην αντιμετώπιση προηγούμενων καταστάσεων επιδημίας. Η εμπιστοσύνη, η αίσθηση της ασφάλειας, η αντίληψη του κινδύνου είναι μεταβλητές που ενισχύουν την προθυμία των επαγγελματιών υγείας. Η πολύπλευρη γνώση σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου και η δημιουργία πρωτοκόλλων θεραπείας συμβάλλουν στην βελτίωση του ηθικού των εργαζομένων. Ωστόσο, η ύπαρξη όλων των παραπάνω δεν αναιρεί την αυξημένη ψυχολογική πίεση και το «βάρος» της πρώτης γραμμής του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία απαιτούν την λήψη μέτρων για την ψυχολογική υποστήριξη και παρεμβάσεις για την προστασία της ψυχικής υγείας που απαιτούν άμεση έγκριση και εφαρμογή. (Gouliá P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D and Hyphantis T,2010)

### **3.7 Επαγγελματίες ψυχικής υγείας**

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα τα προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των ανθρώπων κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19 χρειάζεται ένα νέο μοντέλο παρέμβασης ψυχολογικής κρίσης. Η διαμορφωθείσα κατάσταση έχει απαιτήσει την ελαχιστοποίηση της αλληλεπίδρασης πρόσωπο με πρόσωπο και έτσι οι

διαδικτυακές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποτελούν το μοναδικό μέσο επικοινωνίας μεταξύ ειδικών και ασθενών. (Talevietal.,2020)

Επιπλέον, οι ραγδαίες εξελίξεις απαιτούν ανακατανομή των αναγκών και επαναπροσαρμογή των ρόλων των ειδικών στις νέες συνθήκες. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ψυχίατροι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην υποστήριξη και την ενίσχυση της ευημερίας των πληγέντων αλλά και των οικογενειών τους, του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης που βρίσκεται στην πρώτη γραμμή καθώς και του κοινού. Οι ψυχίατροι μέσα από τον ρόλο τους μπορούν να προσφέρουν μια σταθερή και λογική προοπτική για την βελτίωση της γνώσης, της στάσης και των πρακτικών που σχετίζονται με την ασθένεια. Ταυτόχρονα, μπορούν να παρέμβουν σε τομείς όπως (i) εκπαίδευση του κοινού για τις αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, (ii) ενθάρρυνση συμπεριφορών που προάγουν υγεία, (iii) ενσωμάτωση διαθέσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, (iv) διευκόλυνση επίλυσης προβλημάτων, (v) ενδυνάμωση των ασθενών, των οικογενειών τους και των παροχών υγειονομικής περίθαλψης, (vi) προώθηση της αυτοφροντίδας. (Banerjee,2020)

Παράλληλα, η μοναξιά συνδέεται με την σειρά της με μια σειρά επιβλαβών ψυχιατρικών αποτελεσμάτων που με την σειρά τους φέρουν έναν ψυχιατρικό φόρο, βάρος. (Shiraetal,2020) Γι αυτό τον λόγο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε συνεργασία με τους υπεύθυνους προστασίας οφείλουν να αναδείξουν την σημασία των ασφαλών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. (Jesteetal.,2020)

Η πανδημία δημιούργησε την ανάγκη νέων μέσων και μεθόδων με σκοπό την παροχή οποιασδήποτε υπηρεσίας και συγκεκριμένα την επαρκή απάντηση σε κρίσιμα ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία, Ο φόβος και η απομόνωση εκείνων που είναι άρρωστοι ή σε καραντίνα, η κατάρρευση των δομών κοινωνικής υποστήριξης, η διαταραχή της καθημερινής ζωής και οι επιπτώσεις της ψυχικής υγείας ιδιαίτερα σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού είναι από τις αναμενόμενες συνέπειες της πανδημίας. Εκτός από την σοβαρότητα και τον αντίκτυπο που έχει η πανδημία στην ψυχική υγεία και στους ασθενείς στην κοινότητα, η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας έχουν κατά βάση μικρή εκπαίδευση σχετικά με την παροχή φροντίδας σε καταστάσεις πανδημίας. Γι αυτό τον λόγο, η κατάρτιση και η έγκαιρη φροντίδα σε θέματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενταχθούν ως μέρος των δραστηριοτήτων ανάπτυξης των επαγγελματιών υγείας. (Usheretal.,2020)



### **3.8 Άτομα με ψυχικές διαταραχές και Covid-19**

Τα άτομα με προϋπάρχουσες διαταραχές ψυχικής υγείας έχουν αναφέρει αυξημένα συμπτώματα και ανεπαρκή πρόσβαση σε υπηρεσίες μετά από το ξέσπασμα της πανδημίας. Πρόωρη απαλλαγή από ψυχιατρικές μονάδες και αναδιαμόρφωση της δια ζώσης ψυχιατρικής φροντίδας είναι μερικές από τις αρνητικές συνέπειες ενώ ανάμεσα τους περιλαμβάνονται η υποτροπή, η αυτοκτονική συμπεριφορά, η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και η κοινωνική απομόνωση. Η καραντίνα και η αναγκαστική απαγόρευση κυκλοφορίας μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα άτομα με προϋπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξάνοντας τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης ενώ σημειώθηκαν υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες και αϋπνίας. Ταυτόχρονα, η φυσική απόσταση έχει μειώσει την διαθεσιμότητα πολλών οικογενειακών, κοινωνικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών υποστήριξης. Άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και αντίστοιχα κοινωνικοοικονομικά μειονεκτήματα διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο και των άμεσων και των έμμεσων επιπτώσεων της πανδημίας. Ομοίως, στην διάρκεια της πανδημίας αυξήθηκαν τα συμπτώματα και η ευαλωτότητα σε άτομα με διατροφικές διαταραχές, διαταραχές φάσματος αυτισμού, άνοια και διανοητικές ή αναπτυξιακές αναπηρίες. (Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Arango, C,2020)

Ως αποτέλεσμα της συμβουλευτικής για κοινωνική απόσταση, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας για άτομα με ψυχικές ασθένειες έχουν διακόψει προσωρινώς την λειτουργία τους. Η πανδημία έχει δημιουργήσει κοινωνικές διακρίσεις κατά της ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν οδηγίες να αντιμετωπίζουν περιστατικά που χρήζουν άμεσης ιατρικής ανάγκης και άτομα με άλλα προβλήματα υγείας συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων ψυχικής υγείας θεωρούν ότι μπορούν να περιμένουν μέχρι να βελτιωθεί η κατάσταση πανδημίας. Ως εκ τούτου, τα άτομα με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας που χρειάζονται τακτική ιατρική περίθαλψη είναι αδικημένοι καθώς φαίνεται να μην ανήκουν σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης ενώ στην πραγματικότητα οι ψυχικά ασθενείς είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση υποτροπών ή επιδείνωση συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχουν την τάση να ελέγχουν συνεχώς την τιμή της θερμοκρασίας τους ή να πλένουν συνεχώς τα χέρια τους ως μέτρο πρόληψης. Παράλληλα, ασθενείς με γενικευμένη διαταραχή άγχους είναι πιθανό να παρερμηνεύσουν αβλαβή σωματικά συμπτώματα ως σημάδια μόλυνσης από τον Covid-19. Αυτό με την σειρά του μπορεί να αυξήσει το άγχος και την αγωνία, και επηρεάζουν την συμπεριφορά και την

ικανότητα τους στην λήψη αποφάσεων, επιβάλλοντας έτσι περιττό βάρος στην υγειονομική περίθαλψη. (Dubey, Biswas, Ghosh, Chatterjee, Dubey, Chatterjee, Lahiri, Lavie ,2020)

Η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας επικεντρώνεται στην βοήθεια αντίληψης και αντιμετώπισης των ελλειμμάτων των κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου μέσω της ενθάρρυνσης των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και της μείωσης των κοινωνικών αποστάσεων. Η απομόνωση στο σπίτι και το κλείσιμο των ημερήσιων κέντρων φροντίδας είναι πιθανό να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην κλινική έκβαση των ψυχικά ασθενών με κίνδυνο επιδείνωσης των συμπτωμάτων ακόμη και υποτροπής. Η παραμονή και ο εγκλεισμός στο σπίτι επιβραδύνει την πρόοδο στις εξελίξεις των κοινωνικών δεξιοτήτων. Πολύ σημαντικό είναι να μειωθεί ο αρνητικός αντίκτυπος των συναισθημάτων που εκφράζονται από την οικογένεια μέσω της ελαχιστοποίησης της άμεσης επαφής πρόσωπο με πρόσωπο μεταξύ του ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας και των μελών της οικογένειας. Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που ενδέχεται να επηρεαστούν είναι κυρίως διαταραχές άγχους, κοινωνικό άγχος και φοβικές διαταραχές, γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές, ψυχαναγκαστικές διαταραχές, αλκοολισμός και διαταραχές χρήσης ουσιών, διατροφικές διαταραχές και διαταραχές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Παρόμοιες προκλήσεις είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν παιδιά, έφηβοι καθώς και ηλικιωμένοι με προβλήματα ψυχικής υγείας. (Chaturvedi,2020)

Επομένως, από την μια πλευρά είναι η ασφάλεια και οι προφυλάξεις από το ιό και από την άλλη ο αντίκτυπος των προληπτικών μεθόδων στην αποκατάσταση ατόμων που ακολουθούν παρεμβάσεις ψυχικής υγείας. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δεν ήταν προετοιμασμένα γι αυτό το ξέσπασμα, ακόμη και για τον αντίκτυπο του στην ψυχική υγεία και τα άτομα με ψυχικές ασθένειες, ακόμη και για τα άτομα που βρίσκονται σε διαδικασία αποκατάστασης. Είναι ένα ηθικό δίλλημα και μια πρόκληση για την δημόσια υγεία. Οι επαγγελματίες πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για πιθανές καταστάσεις κρίσης όπως αυτή. (Chaturvedi,2020)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

### **4.1 Τι είναι κοινωνική εργασία**

Η κοινωνική εργασία αποτελεί ένα εφαρμοσμένο επάγγελμα το οποίο βασίζεται στις θεμελιώδεις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού στη διαφορετικότητα. Η δράση του επαγγέλματος αλλά και του ακαδημαϊκού αυτού πεδίου γενικότερα αποβλέπουν στην επίτευξη της κοινωνικής αλλαγής και ανάπτυξης, στην κοινωνική συνοχή, την ενδυνάμωση αλλά και την επιβεβαίωση των ανθρώπων.

Το όραμα της κοινωνικής εργασίας προσανατολίζεται στην ποιοτική αναβάθμιση της ανθρώπινης καθημερινότητας μέσα από μία πολυδιάστατη αλλαγή. Αυτή αφορά γενικά στην επίλυση δυσλειτουργικών σχέσεων, την ενίσχυση του ατόμου αλλά και την χειραφέτηση του. Οι κοινωνικοί λειτουργοί απευθύνονται σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες ή άτομα που βιώνουν έντονες αναπτυξιακές αλλαγές, αγχογόνα γεγονότα ζωής αλλά και σε άτομα όπου κοινωνικές μεταβολές πλήττουν έντονα την σωματική Η ψυχολογική αλλά και κοινωνική τους διάσταση.(IFSW,2012)

### **4.2 Η κοινωνική εργασία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Ο κοινωνικός λειτουργός στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προασπίζει περίτρανα το δικαίωμα του ανθρώπου στην υγεία και υποστηρίζει ότι όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να διαθέτουν δικαίωμα πρόσβασης σε τέτοιου είδους υπηρεσίες οι οποίες να έχουν τη δυνατότητα να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της εκάστοτε κοινωνίας δημιουργώντας κατάλληλες συνθήκες.

Στόχος λοιπόν της κοινωνικής εργασίας είναι να παρεμβαίνει σε αρνητικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας των ανθρώπων ενώ παράλληλα υπό ένα συνεχές καθεστώς αναζήτησης πόρων και μεθόδων να συμβάλλει στην μείωση των ανισοτήτων και στην προώθηση της καθολικής συμμετοχής και ενδυνάμωσης. (Παπαδακάκη,2015). Σε σχέση με το άτομο και την οικογένεια, ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρωπίνων αναγκών. Διερευνά το ανθρώπινο πρόβλημα κυρίως μέσα από την κοινωνική έρευνα και την τεχνική της συνέντευξης, εντοπίζει λύσεις αντιμετώπισης,

διαμεσολαβεί προς τους αρμόδιους φορείς και παρέχει ηθική και συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση στο άτομο και την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια επίλυσης του προβλήματός τους (IASW, 2008)

Οι εφαρμογές των κοινωνικών λειτουργιών αφορά τρεις τομείς δραστηριότητας , το μακρό-επίπεδο, το μέσο επίπεδο και το μικρό επίπεδο. Στην πρώτη περίπτωση, οι κοινωνικοί λειτουργοί αναλαμβάνουν ρόλους διεκδίκησης ευνοϊκότερων συνθηκών για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες μέσω συνηγορίας αλλά και εύρεση νέων συνθηκών για αποτελεσματικότερη υγεία και πρόνοια. Στο μέσο επίπεδο, κοινωνικοί λειτουργοί συνδέονται στενά με οικογένειες και γειτονιές προκειμένου να ενισχύσουν ενδεχόμενα δίκτυα περίθαλψης ασθενών. Τέλος το μικρό - επίπεδο, αναλαμβάνουν την ενίσχυση ασθενών με χρόνια νοσήματα για διεκδίκηση υψηλότερη επιπέδων ολοκληρωτικής λειτουργικότητας στην ζωή τους. (Παπαδακάκη,2015)

Ο ρόλος συνεπώς του κοινωνικού λειτουργού στον χώρο της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως διττός αφού αφενός στοχεύει στον εντοπισμό των ανισοτήτων που περιθωριοποιούν ακόμη και σήμερα ένα κομμάτι του ευρωπαϊκού πολιτισμού από την απολαβή των υπηρεσιών υγείας , αφετέρου δρα προληπτικά στην διατήρηση της καλής υγείας αλλά και θεραπευτικά όταν αυτή πια έχει προσβληθεί από νόσο λειτουργώντας ως «ομφάλιος λώρος» ανάμεσα στον ασθενή και τις δομές υποστήριξης.( Κατσαλιάκη Κ, Παρασκευαΐδου Σ, 2014)

Μάλιστα, δεδομένου ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που πλαισιώνουν κατά καιρούς μία κοινωνία καθορίζουν και την κατάσταση της υγείας της συντριπτικής πλειοψηφίας του πληθυσμού δημιουργεί συνεχώς νέες απαιτήσεις και διαρκή διερεύνηση. Σε περιόδους μάλιστα οικονομικής κρίσης όπου η αλληλεπίδραση κοινωνικών πολιτικών πολιτισμικών συναισθηματικών και ψυχολογικών παραγόντων είναι σε μη αρμονική επιρροή αναμεταξύ τους είναι αναγκαίο ο κοινωνικός λειτουργός να εξετάζει την επιρροή που ασκεί αυτή η κρίση στο ευρύτερο επίπεδο διαβίωσης και με τις δράσεις του να προάγει την καλύτερη δυνατή υποστήριξη και ενίσχυση.

Από την ανωτέρω προσέγγιση λοιπόν κρίνεται η αναγκαιότητα για ένα ευρύ φάσμα ως προς τους τομείς δραστηριοποίησης των κοινωνικών λειτουργιών το οποίο μπορεί να παρατεθεί ως α)πρόληψη, β) προαγωγή της υγείας, γ) σχεδιασμός υπηρεσιών δ)φροντίδα ασθενών με οξεία, χρόνια νοσήματα, ε)θεραπεία, στ) αποκατάσταση, ζ) μακροχρόνια φροντίδα.

Στο πλαίσιο του ατόμου, της οικογένειας, της ομάδας αλλά και της κοινωνίας το έργο αυτό μπορεί να εφαρμοστεί συνοπτικά μέσα από τους εξής τύπους υπηρεσιών οι οποίοι είναι α)εκτίμηση δύο βιοκοινωνικών θεραπευτικών υπηρεσιών, β) παροχή απτών υπηρεσιών,

γ)παροχή συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, δ) διαβούλευση με επαγγελματίες υγείας για βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες ασθένειας και στρατηγικές παρέμβασης, ε)εκπαίδευση σε βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες ασθενείας και στρατηγικές παρέμβασης, στ) κοινωνική ανάπτυξη και ανάπτυξη ικανοτήτων (Παπαδακάκη,2015)

#### **4.3 Κώδικας Δεοντολογίας/ Σκοπός**

Την περίοδο 1960-1970 έχει σημειωθεί έντονη ενασχόληση των κοινωνικών λειτουργών με θέματα κοινωνικής δικαιοσύνης, κοινωνικής μεταρρύθμισης αλλά και με τα πολιτικά δικαιώματα των ανθρώπων. Τα δεδομένα εκείνης της εποχής με την κοινωνική αναταραχή επηρέασαν σημαντικά την επιστήμη της κοινωνικής εργασίας καθώς προάσπιζε τα ανθρώπινα δικαιώματα, την ισότητα και μάχονταν για την εξάλειψη των διακρίσεων και της καταπίεσης των κοινωνικών στρωμάτων. Όλα τα παραπάνω επέφεραν εντάσεις και κοινωνική αναταραχή γι αυτό τον λόγο εκείνη την εποχή εγκρίθηκε για πρώτη φορά ο κώδικας δεοντολογίας. (Reamer,2009)

Στις μέρες μας, όλα τα επαγγέλματα και ειδικότερα τα ανθρωποκεντρικά όπως είναι αυτό της κοινωνικής εργασίας οφείλουν να ορίζουν τις ηθικές και δεοντολογικές αρχές και αξίες που πρέπει να υπάρχουν ανάμεσα στους επαγγελματίες που το εξασκούν και των ατόμων που συνεργάζονται ή επωφελούνται από αυτή την επαγγελματική σχέση (πχ εξυπηρετούμενοι, συνάδελφοι, φορείς, οργανισμοί κλπ.) Σε όλες τις σύγχρονες κοινωνίες, οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών διέπονται από αξίες και αρχές που θέτουν τους άξονες για την σωστή κατεύθυνση και άσκηση του επαγγέλματος στη πράξη. Στην Ελλάδα, οι επαγγελματικές αξίες της κοινωνικής εργασίας βρίσκονται με την μορφή δεοντολογικών αρχών στο Προεδρικό Διάταγμα 23/1992 το οποίο έχει την θέση κώδικα δεοντολογίας άσκησης του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού. Αξιοσημείωτη διαφορά είναι πως ο ελληνικός κώδικας δεοντολογίας είναι νομικά δεσμευτικός για τους κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ, ο διεθνής κώδικας δεοντολογίας έχει καθαρά προαιρετικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα.(IFSW/ IFSSW,2004)

Ο Αμερικάνος καθηγητής κοινωνικής εργασίας Frederic Reamer (2013) ερευνήσε συστηματικά την δεοντολογία και τις αξίες του επαγγέλματος έχοντας ως στόχο να εντοπίσει τους παράγοντες που συνδέονται με την αναγκαιότητα ύπαρξης αξιών στο επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού. Επισήμανε τέσσερις βασικούς παράγοντες: α) τη φύση της

αποστολής της κοινωνικής εργασίας ως ανθρωπιστικού επαγγέλματος, β) τις σχέσεις που οι κοινωνικοί λειτουργοί δημιουργούν και διατηρούν με τους εξυπηρετούμενους, τους συναδέλφους και τα μέλη της ευρύτερης κοινωνίας, γ) τις μεθόδους παρέμβασης που χρησιμοποιούν οι κοινωνικοί λειτουργοί κατά την άσκηση του επαγγέλματος και δ) την επίλυση των ηθικών/δεοντολογικών διλημάτων στην πρακτική της κοινωνικής εργασίας. Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού έχει θεμελιωθεί πάνω σε ανθρωπιστικές αρχές και αξίες όπως η δικαιοσύνη, η αλληλεγγύη, η αξιοπρέπεια, ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που έχουν οικουμενικό και διαχρονικό χαρακτήρα και διατηρούν το νόημα και την αξία τους σε όλες τις εποχές. (Reamer,2013)

Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει τις θεμελιώδεις αξίες της κοινωνικής εργασίας και τις αρχές που περιλαμβάνονται στον Διεθνή Κώδικα Επαγγελματικής Δεοντολογίας (IFSW/IFSSW,2004)

- Σεβασμός του ατομικού δικαιώματος για αυτοδιάθεση (Respecting the right to self-determination)
- Προώθηση του δικαιώματος συμμετοχής (Promoting the right to participation)
- Αντιμετώπιση κάθε ατόμου ως ολότητας (Treating each person as a whole)
- Εντοπισμός και ανάπτυξη δυνατών σημείων (Identifying and developing strengths)
- Αμφισβήτηση των αρνητικών διακρίσεων (Challenging negative discrimination)
- Αναγνώριση της διαφορετικότητας (Recognising diversity)
- Δίκαιη και ισότιμη κατανομή πόρων (Distributing resources equitably)
- Αμφισβήτηση άδικων πολιτικών και πρακτικών (Challenging unjust policies and practices)
- Δουλεύοντας αλληλέγγυα (Working in solidarity)

Πηγή: Kreitzer 2006

Οι επαγγελματικές μας αξίες αποτελούν βασικό οδηγό για την συμπεριφορά και την προσαρμογή των κοινωνικών λειτουργών στο εκάστοτε περιβάλλον. Οι επαγγελματικές αξίες ορίζουν τον τρόπο που επικοινωνούμε και συνεργαζόμαστε με τον εξυπηρετούμενο, με τους συναδέλφους σε ενδουπηρεσιακό και διυπηρεασιακό επίπεδο. Ακόμη, δείχνουν κατά πόσο υπερασπιζόμαστε και προωθούμε πρακτικές που βασίζονται σε ηθικά και δεοντολογικά ορθές αντιλήψεις και πιστεύω τόσο εντός όσο και εκτός του οργανισμού- φορέα που τυχόν εργαζόμαστε. (Banks,2012)

Ένας κώδικας δεν μπορεί να εγγυηθεί την ηθική συμπεριφορά καθώς επίσης δεν μπορεί να δώσει λύση σε όλα τα ηθικά προβλήματα ή τις διαφορές. Αντίθετα, ένας κώδικας δεοντολογίας καθορίζει αξίες, αρχές, πρότυπα ως βάση ώστε να μπορέσουν οι επαγγελματίες να στηρίζουν τις ενέργειες τους. Η ηθική συμπεριφορά των κοινωνικών λειτουργών θα πρέπει να βασίζεται κυρίως από την προσωπική τους δέσμευση για ηθική πρακτική. Ο Κώδικας Δεοντολογίας της Διεθνούς Ένωσης Κοινωνικών Λειτουργών αντικατοπτρίζει την δέσμευση που φέρουν οι επαγγελματίες για την προάσπιση των αξιών και της ηθικής του επαγγέλματος. (NASW)

Η εξέλιξη της τεχνολογίας και η αύξηση χρήσης επικοινωνιακών μέσων σε διάφορες πτυχές της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας δημιούργησαν νέες προκλήσεις στο επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού. Οι προκλήσεις αυτές αφορούν την διατήρηση της εμπιστευτικότητας, την τήρηση αρχείων, την συναίνεση έπειτα από ενημέρωση, τα επαγγελματικά όρια κλπ. Με την βοήθεια της τεχνολογίας οι υπηρεσίες όπως η ατομική-ομαδική συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, κοινοτική οργάνωση, εκπαίδευση, εποπτεία, έρευνα, υπεράσπιση, μεσολάβηση έχουν αλλάξει μορφή και έχουν διευκολύνει την πρακτική της κοινωνικής εργασίας. (NASW)

#### **4.4 Κοινωνική Εργασία σε περίοδο πανδημίας**

Ο Covid-19 άλλαξε ριζικά πολλές πτυχές της ζωής των ανθρώπων μέσα σε μόλις έξι μήνες από το ξέσπασμα της πανδημίας. Ειδικότερα, οι συνθήκες που επικρατούν στις πληθυσμιακές ομάδες που ζουν στο περιθώριο της κοινωνίας με τους οποίους εργάζονται οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν φτώχεια, ρατσισμό και ανισότητες στην υγεία. Η κοινωνική απομόνωση έχει αυξηθεί και η υποστήριξη των κοινωνικών υπηρεσιών είναι μειωμένη εξαιτίας των έκτακτων συνθηκών. Μέσα στις ραγδαίες εξελίξεις οι κοινωνικοί λειτουργοί αγωνίστηκαν ώστε να προσαρμοστούν και να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες και να συνεχίσουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Η πανδημία έχει φέρει στο προσκήνιο πολλές επαγγελματικές, πολιτικές και προσωπικές προκλήσεις για τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής αλλά και τα άτομα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας. (Banks,Cai, Jonge, Shears, Shum, Sobocan,Strom,Truell, Uriz,Weinburg,2020)

Αν συγκεντρώσουμε τις αξίες του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού (ανθρώπινα δικαιώματα, κοινωνική δικαιοσύνη, αξιοπρέπεια του ατόμου, απόρρητο, ακεραιότητα, σημασία των ανθρώπινων σχέσεων) γίνεται αντιληπτό ότι η πανδημία τις έχει υπονομεύσει. Σήμερα η κοινωνική εργασία απειλείται καθώς η αξία της κοινωνικής δικαιοσύνης δοκιμάζεται από τις επιπτώσεις της πανδημίας στις αδύναμες ομάδες ενώ ταυτόχρονα η ανθρώπινη αξιοπρέπεια κατακερματίζεται μπροστά στην οικονομική στέρηση πολλών πολιτών να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Το να δίνεις λύση σε κοινωνικά προβλήματα που προέρχονται από την δημόσια κοινωνική και υγειονομική περίθαλψη είναι αυτό που μετράει στο επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας όπως επίσης η αντιμετώπιση των οδυνηρών κοινωνικών συνεπειών που έχει ο Covid 19 στη ζωή ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων. (Banksetal.,2020)

Σε ένα γενικό κοινωνικό επίπεδο, οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αποτρέψουν την εμφάνιση κοινωνικών διαταραχών και την εξάπλωση φημών και αισθημάτων φόβου και ανασφάλειας.

Τον Μάιο του 2020, μια ομάδα ακαδημαϊκών κοινωνικής εργασίας σε συνεργασία με το IFSW διεξήγαγε μια μελέτη για τις ηθικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί παγκοσμίως. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εστιάσει συγκεκριμένα στις ηθικές διαστάσεις της κοινωνικής εργασίας και την καθημερινή τους πρακτική στο COVID-19. Οι ηθικές προκλήσεις περιγράφηκαν ως «καταστάσεις που προκαλούν επαγγελματική ανησυχία στους επαγγελματίες και είναι δύσκολο να αποφασίσουν ποια είναι η σωστή δράση». Οι απαντήσεις που ελήφθησαν από 505 κοινωνικούς λειτουργούς συμπεριλαμβανομένων 74 μαθητών κοινωνικής εργασίας και κάποιων ακαδημαϊκών. Ταυτόχρονα, διενεργήθηκαν 11 συνεντεύξεις στο Χόνγκ Κόνγκ και στην Κίνα με κοινωνικούς λειτουργούς και οι απαντήσεις από 505 αυξήθηκαν σε 607. Με βάση τις απαντήσεις των επαγγελματιών εντοπίστηκαν έξι βασικά θέματα που σχετίζονται με τις κοινωνικές προκλήσεις. (IASW,2020)

Το πιο συνηθισμένο ζήτημα που τέθηκε παγκοσμίως αντανάκλούσε τις **δυσκολίες που προκλήθηκαν από την φυσική απόσταση που απαιτούσε η «τηλεργασία»**. Αυτό είχε αντίκτυπο στην δημιουργία και διατήρηση εμπιστοσύνης, έντιμων σχέσεων ενσυναίσθησης μέσω τηλεφώνου ή διαδικτύου διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την τήρηση του απορρήτου. Δεύτερον, λόγω των αυξημένων απαιτήσεων υπήρξε **δυσκολία στην δίκαιη αξιολόγηση των πόρων και στην κατανομή προτεραιοτήτων**. Οι δυσκολίες και οι απαιτήσεις των



χρηστών υπηρεσιών στην πανδημία είναι μεγαλύτερες και οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν. Επιπλέον, σε συνθήκες Covid -19 πολλές από τις **καθημερινές δραστηριότητες της κοινωνικής εργασίας όπως οι προσωπικές συναντήσεις, η συνοδεία χρηστών σε υπηρεσίες και οι κατ' οίκον επισκέψεις θεωρούνται επικίνδυνες για την εξάπλωση του ιού** γι αυτό κρίνεται αναγκαία η εξισορρόπηση των δικαιωμάτων, των αναγκών και του κινδύνου των χρηστών καθώς και του προσωπικού κινδύνου των εργαζομένων.

Παράλληλα, οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται στο μεταίχμιο καθώς δεν μπορούν να αποφασίσουν **αν θα πρέπει να συμβιβαστούν με τις εθνικές, οργανωτικές πολιτικές και διαδικασίες και να ακολουθήσουν την καθοδήγηση ή θα πρέπει να δράσουν με βάση την δική τους επαγγελματική εμπειρία στις περιπτώσεις που οι πολιτικές είναι ελλιπείς ή δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού.** Όπως είναι αναμενόμενο σε συνθήκες κρίσης οι κοινωνικοί λειτουργοί έρχονται αντιμέτωποι με συναισθήματα άγχους, φόβου για την υγεία αλλά και εξάντλησης. Είναι σημαντικό να **γνωρίζουν την έννοια της αυτό-φροντίδας και να μπορούν να διαχειρίζονται αυτά τα συναισθήματα κόπωσης όταν εργάζονται υπό συνθήκες πίεσης και ανασφάλειας.** Τέλος, μέσα στις κοινωνικές προκλήσεις σημειώθηκε έντονα από τους συμμετέχοντες η ανάγκη δημιουργίας δυναμικών συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας και καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, συστημάτων κοινωνικής μέριμνας και οικονομικής στήριξης του πληθυσμού. Οι συμμετέχοντες **κοινωνικοί λειτουργοί θεώρησαν σημαντικό να χρησιμοποιήσουν όλο αυτό ως μια ευκαιρία να κάνουν πίσω και να σκεφτούν πως θα μπορούσαν οι υπηρεσίες της κοινωνικής εργασίας να λειτουργήσουν αποτελεσματικότερα σε άλλες περιόδους κρίσης ή ενδεχόμενης πανδημίας.** (IASW,2020)

#### **4.5 Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση**

Η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1981 έφερε την χώρα αντιμέτωπη με ποικίλες προτάσεις για εκσυγχρονιστικές μεταρρυθμίσεις στο χώρο της ψυχικής υγείας καθώς ως εκείνη τη στιγμή το εθνικό δίκτυο αλλά και υγειονομικές υπηρεσίες σε θέματα Ψυχικής δυσλειτουργίας ήταν ιδιαίτερα ελλιπής και απαρχαιωμένες. ( Κατσαλιάκη Κ, Παρασκευαΐδου Σ, 2014)

Με ευρωπαϊκή λοιπόν χρηματική επιχορήγηση , το υπουργείο υγείας προχώρησε σε μία σειρά από μεταρρυθμίσεις κατά τις οποίες η περίθαλψη ασθενών με ψυχικά νοσήματα μεταφέρθηκε από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία με τη διακοπή λειτουργίας των τμημάτων χρονιάς νοσηλείας στην κοινότητα με τη δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και ψυχιατρικών κλινικών στα νοσοκομεία. ( Παπαδακάκη,2015)

Η μεταρρύθμιση αυτή πραγματοποιήθηκε σε στάδια όπου το πρώτο έλαβε χώρα το 2001 και κατά τη διάρκεια του οποίου οι ενέργειες στράφηκαν προς την οικοδόμηση ενός κοινωνικού δικτύου ικανό να ανταποκρίνεται επαρκώς ως προς την πρόληψη την θεραπεία και την αποκατάσταση των αναγκαιοτήτων ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα.( Κατσαλιάκη, Παρασκευαΐδου, 2014)

Το δεύτερο στάδιο από την άλλη με έναρξη το 2011 είχε ως στόχο την διακοπή ολοκληρωτικής λειτουργίας όσων ψυχιατρικών νοσοκομείων είχαν απομείνει και κατ'επέκταση την Ανάλυση πρωτοβουλιών για λειτουργία δομών ευπαθών ομάδων μεταξύ των οποίων με συνεργατικό χαρακτήρα και δυνατότητα παραπομπών θα επιχειρείται η αξιολόγηση και η εργασιακή επανένταξη των μελών των προαναφερθέντων δομών. (Κατσαλιάκη Κ, Παρασκευαΐδου Σ, 2014)

Τα νέα μεταρρυθμιστικά δεδομένα που επιβλήθηκαν στον χώρο της ψυχικής υγείας για την Ελλάδα ταυτίστηκαν με το πρόγραμμα επιβολής βασιλικού τύπου περίθαλψης και αποιδρυματοποίηση «Ψυχαργός». μέσα στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιήθηκαν οι εξής δράσεις και παροχές προς τους ψυχικά πάσχοντες:

1. Δομές στην κοινότητα, κέντρο ψυχικής υγείας (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα)
2. Ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, κινητές μονάδες
3. Καταπολέμηση κοινωνικού αποκλεισμού, καμπάνιες anti-stigma
4. Τομεοποίηση- γεωγραφική κατανομή υπηρεσιών
5. Κοινωνικοί συνεταιρισμοί περιορισμένης ευθύνης
6. Φιλοξενούσες οικογένειες ,φροντίδα στο σπίτι
7. Συνηγορία/ αυτό εκπροσώπηση

Σταδιακά φαίνεται ότι τόσο η πρακτική εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων όσο και η ίδια αντιμετώπιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και των ασθενών ανέδειξε την κοινωνική φροντίδα ως τη βέλτιστη μορφή ψυχιατρικής παρέμβασης. Αυτό διαπιστώθηκε

κυρίως από την αίσθηση αυτονομίας και του οικείου περιβάλλοντός που απέπνεαν οι κοινοτικές δομές στους πάσχοντες που διέμεναν σε αυτές. Μάλιστα κλινικά δεδομένα αποκάλυψαν την μείωση ψυχιατρικών συμπτωμάτων κυρίως σε άτομα με νοητική υστέρηση, βελτίωση της λειτουργίας λόγου και ομιλίας αλλά και γενικότερα άνοδο στην καθημερινή τους συμπεριφορά. (Κατσαλιάκη Κ, Παρασκευαΐδου Σ, 2014)

Με τον όρο Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αναφερόμαστε στην υπέρβαση του ασύλου και η αντικατάσταση του από ένα σύνολο ψυχιατρικών δομών που θα εξετάζει τις απαιτήσεις κάθε ψυχιατρικού αιτήματος πολύπλευρα και σε βάθος χωρίς να δίνει προσωρινή λύση στο πρόβλημα όπως συμβαίνει στο άσυλο. Κάνουμε λόγο για ένα ανοιχτό κοινοτικό σύστημα που θα μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα το αναφερόμενο «πρόβλημα επικινδυνότητας» των ψυχικά ασθενών.

Στην Ελλάδα οι μορφές που αφορούν την ψυχική υγεία έχουν διαμορφώσει έναν συγκεκριμένο χαρακτήρα, όπως για παράδειγμα οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας που διαχωρίζονται σε θεσμοθετημένες και άτυπες. Στις θεσμοθετημένες υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνονται κυρίως οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπου παρέχετε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών από επαγγελματίες και αφορούν προγράμματα αντιμετώπισης εκτός νοσοκομείου, σε κινητές μονάδες ακόμα και σε υπηρεσίες κάτω από εποπτεία όπως κέντρα ημέρας, λέσχες, νοσοκομεία ημέρας κτλ. Οι άτυπες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα σχετίζονται κυρίως με πρωτοβουλίες των μελών της κοινωνίας που παρέχουν μια σειρά υπηρεσιών φροντίδας σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι εργαζόμενοι σε κοινοτικά προγράμματα, μέλη οικογενειών με άτομο με ψυχιατρική διαταραχή, εθελοντές ακόμα και ομάδες αυτοβοήθειας. (Κουντουράς,2015)

#### **4.6 Κοινωνική εργασία στον χώρο της ψυχικής υγείας**

Η κοινωνική εργασία έχει ιδιαίτερα σημαντική θέση στην εφαρμογή παρεμβάσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας τόσο στα κοινοτικά κέντρα για άτομα με ψυχικές διαταραχές όσο και στην ίδια την κοινότητα. (Aniram,2002) Η κοινωνική εργασία εστίαζε στην ψυχιατρική διαταραχή στο πλαίσιο της κοινωνικής δραστηριότητας και λειτουργικότητας του ατόμου που έχει ως στόχο την ευημερία σε κοινωνικό, οικογενειακό επίπεδο, την κοινωνική δράση και τον κοινωνικό προγραμματισμό. (Australian Association of Social Workers, 2002) Η

παρέμβαση όμως των επαγγελματιών της κοινωνικής εργασίας δεν εστιάζεται μόνο σε ζητήματα που αφορούν το άτομο αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον του όπως την οικογένεια.

Μια αναφορά που γίνεται στην Λευκή Βίβλο για τον ρόλο της κοινωνικής εργασίας σε σχέση με την ψυχική υγεία αναφέρει τρία επίπεδα δράσης. Στο πρώτο επίπεδο πρέπει να υπάρχει επαρκής γνώση των συμπτωμάτων, της αιτίας, της πρόγνωσης και της θεραπείας της ψυχικής διαταραχής ενός ατόμου. Στο δεύτερο επίπεδο, είναι η εγκαθίδρυση μιας εμπιστευτικής σχέσης τόσο με τον ψυχικά πάσχοντα όσο και με την οικογένειά του ώστε να κατανοήσει τους τρόπους με τους οποίους ενδεχομένως η οικογένεια θα επηρεάσει το άτομο και τις ιδιαίτερες οικογενειακές σχέσεις που μπορεί να δημιουργηθούν ώστε να προσδιοριστεί η απαραίτητη ψυχολογική και πρακτική υποστήριξη. Τέλος, στο τρίτο επίπεδο είναι αναγκαίος ο προσδιορισμός και η εύρεση των κατάλληλων υπηρεσιών υποστήριξης που σχετίζονται με την περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση καθώς και τις προσφερόμενες κοινωνικές παροχές. (DHSS,1975)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στρέφουν τις παρεμβάσεις τους στην προσπάθεια του ατόμου να προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί από την ψυχική διαταραχή. Οι ψυχικά πάσχοντες παρουσιάζουν έντονους φόβους, άγχος, αισθήματα αποτυχίας εξαιτίας της άγνοιας του τι θα συμβεί στο νοσοκομείο ή στο ίδρυμα που νοσηλεύονται. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο κομμάτι της θεραπευτικής παρέμβασης, στρέφονται στην εκπαίδευση του ατόμου με ψυχιατρική διαταραχή και της οικογένειάς του στην συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή. Ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας συνεργάζονται με άλλες ειδικότητες όπως ψυχίατροι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές κλπ. Λειτουργώντας με γνώμονα την αποκατάσταση θέτει ως προτεραιότητα να βοηθήσει τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές να αναπτύξουν δεξιότητες ώστε να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες που δημιουργεί η ίδια η διαταραχή και επηρεάζει την προσαρμογή τους στην κοινότητα. Η παραπάνω τακτική βασίζεται στην θεωρία της ενδυνάμωσης θέτει ως προτεραιότητα την ενθάρρυνση των ασθενών να διαχειριστούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα ώστε να αναπτύξουν την αίσθηση ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν στα δεδομένα. Μέσα από την εστίαση σε αυτή την τακτική το άτομο νιώθει ότι στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις που θα το βοηθήσουν να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. (Turney, Conway,2000)

Η διάγνωση και η παρέμβαση της κοινωνικής εργασίας στον χώρο της ψυχικής υγείας έχει πολλαπλό χαρακτήρα και εξαρτάται από μια σειρά παραμέτρων που είναι απαραίτητο να αξιολογηθούν από τον κοινωνικό λειτουργό. Αυτό προϋποθέτει ότι ο επαγγελματίας θα

πρέπει να γνωρίζει μια σειρά πληροφοριών που προκύπτουν από την ιεράρχηση των προσωπικών και κοινωνικών αναγκών του αποδέκτη των υπηρεσιών ώστε να μπορέσει να οδηγηθεί στην μορφή και το είδος της παρέμβασης η οποία συναντά συχνά εμπόδια και δυσκολίες. (Acker, Lawrence, 2009)

Ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί μέσα από μια διαδικασία αξιολόγησης, λήψης αποφάσεων και δράσης με σκοπό την αναγνώριση ασυνείδητων συγκρούσεων.

#### **4.7 Θεσμικό πλαίσιο προστασίας στην Ελλάδα**

Προκειμένου για μεταβολές στον τομέα της ψυχικής υγείας, κατοχυρώθηκαν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και δημιουργήθηκαν ειδικοί μηχανισμοί προστασίας τους. Αποσκοπώντας στη διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων αυτών (παρ. 1 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999) και Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των προαναφερθέντων, η οποία λειτουργεί στα πλαίσια της συστημένης με το Ν. 2519/1997 Εθνικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (παρ. 2 άρθρο 2 του Ν. 2716/1999). Η Ειδική Επιτροπή ελέγχει και η εποπτεύει την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, το δικαίωμα για εξατομικευμένη θεραπεία, το δικαίωμα αξιοπρεπούς διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα επαφής με τον δικηγόρο του, της πρόσβασης στα δεδομένα του, της προστασίας της περιουσίας του και της επανένταξής του στην κοινότητα (Ν. 2716/1999). Η σύσταση της Ειδικής επιτροπής περιλαμβάνει εννέα άτομα:

- έναν παιδοψυχίατρο
- έναν ψυχίατρο
- δυο νομικούς
- δυο κοινωνικούς λειτουργούς
- δύο εκπροσώπους συλλόγων οικογενειών ψυχικά ασθενών ή εκπροσώπους συλλόγων με ψυχικές διαταραχές
- έναν εκπρόσωπο από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας

Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών διασφαλίζονται και καθορίζονται από την εθνική νομοθεσία δηλαδή το Σύνταγμα αλλά και με διατάξεις του Ποινικού και Αστικού Κώδικα(N. 2071/1992, 2519/1997 και 2716/1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 5.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επιβάρυνσης και της ποιότητας ζωής των άτυπων φροντιστών ψυχικά ασθενών. Η σημαντικότερη παράμετρος της έρευνας είναι ότι επιχειρεί να μετρήσει τον παράγοντα της επιβάρυνσης σε περίοδο πανδημίας Covid-19. Μέσα από την έρευνα επιχειρούμε να διερευνήσουμε τους παράγοντες που συντελούν σε αυτή την επιβάρυνση, δεδομένων των πρωτόγνωρων συνθηκών που καλούνται να αντιμετωπίσουν τόσο οι φροντιστές όσο και οι ασθενείς. Επιπρόσθετα, διερευνάται και ο ρόλος των Συλλόγων Ψυχικής Υγείας και η παρουσία τους τόσο στο πλευρό των ψυχικά ασθενών όσο και των φροντιστών στην περίοδο της πανδημίας. Οι επιμέρους στόχοι λοιπόν πέρα των προφανών θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε:

- Διερεύνηση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών τόσο των άτυπων φροντιστών όσο και των ψυχικά ασθενών.
- Διερεύνηση της επίδρασης της επιβάρυνσης στην ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών ψυχικά ασθενών.
- Διερεύνηση της βαρύτητας της διάρκειας φροντίδας στην επιβάρυνση και στην ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών.
- Διερεύνηση της επίδρασης της κατάστασης την υγείας του ασθενή στην επιβάρυνση και στην ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών.
- Διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας Covid-19 στην αύξηση των υποτροπών και των συγκρούσεων των ψυχικά ασθενών.
- Διερεύνηση του αντίκτυπου της πανδημίας Covid-19 στην ζωή- καθημερινότητα των ψυχικά ασθενών.

### 5.2 Μεθοδολογία και Υλικό

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στην κατηγορία των ποσοτικών μελετών. Πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από τον Ιούνιο του 2021 έως τον Σεπτέμβριο του 2021. Το δείγμα αναφοράς της έρευνας αποτελούν 35 άτυποι φροντιστές ψυχικά ασθενών. Οι ποσοτικές μελέτες χρησιμοποιούνται κυρίως όταν στόχος της έρευνας είναι η ανακάλυψη των αιτιών της αλλαγής των υπό μελέτη κοινωνικών φαινομένων μέσα από τον έλεγχο συγκεκριμένων

θέσεων. Στην επιστημονική ποσοτική έρευνα ο στόχος είναι η **γενίκευση** δηλαδή, η περιγραφή μίας ή περισσότερων μεταβλητών του πληθυσμού καθώς και την εξήγηση των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών του πληθυσμού. Συνεπώς, χρειάζεται να συγκεντρωθούν και να αναλυθούν πληροφορίες για τις διάφορες μεταβλητές του πληθυσμού.

Η ποσοτική μέθοδος που βασίζεται στην δειγματοληπτική έρευνα με τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, προσφέρει την δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού για τον έλεγχο της θεωρίας.

Εφαρμόστηκε δειγματοληψία ευκολίας δηλαδή το δείγμα επιλέχθηκε από ένα τμήμα του πληθυσμού στο οποίο υπάρχει εύκολη πρόσβαση, όμως είναι πιθανό ένα τέτοιο δείγμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται. Επιπλέον, ο βαθμός αξιοπιστίας των συμπερασμάτων που μπορεί να εξάγει κανείς με βάση το δείγμα είναι περιορισμένος.

Συγκεκριμένα, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν τα ερωτηματολόγια. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα έναντι των άλλων εργαλείων είναι η μεγάλη ευελιξία και προσαρμοστικότητα αναφορικά με τους τρόπους που μπορούν να εκφραστούν οι ερωτήσεις. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν δομημένα ερωτηματολόγια με ακριβείς ερωτήσεις που στόχευαν στην λήψη σαφών απαντήσεων.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των άτυπων φροντιστών καθώς και κάποιες ερωτήσεις που αφορούν τις οικονομικές συνθήκες και τις συνθήκες διαβίωσης τους. Παράλληλα, υπάρχουν και ερωτήσεις που αφορούν τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του φροντιζόμενου ατόμου.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν την υγεία του φροντιστή και απαντώνται σε μία κλίμακα από τον 1 έως το 10. Ουσιαστικά ο φροντιστής αξιολογεί την σωματική και ψυχική του κατάσταση όπως επίσης και την στήριξη που δέχεται από εξωγενείς παράγοντες όπως φορείς

Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για την πανδημία και τις συνθήκες φροντίδας. Πρόκειται για ένα σύνολο 15 ερωτήσεων που αφορούν τις νέες συνθήκες που επέβαλλε η πανδημία, πως αυτές επηρέασαν τους φροντιστές τόσο σε προσωπικό επίπεδο (άγχος, φόβος, οικονομικές απολαβές, εργασία) αλλά ταυτόχρονα αφορούν και την σχέση με το φροντιζόμενο άτομο . Σ αυτές τις ερωτήσεις εφαρμόστηκε κλίμακα Linkert(Διαφωνώ,



Μάλλον Διαφωνώ, Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ, Συμφωνώ, Μάλλον Συμφωνώ). Στόχος είναι η μέτρηση στάσεων ή απόψεων των υποκειμένων.

Το τέταρτο μέρος περιλαμβάνει το Ερωτηματολόγιο Επιβάρυνσης Zarit (ZaritBurdenInterview) που αποτελείται από 22 ερωτήσεις. Από το σύνολο των ερωτήσεων που μετρούν την επιβάρυνση υπολογίζεται το αντίστοιχο σκόρ.

Προκειμένου, να μπορέσει να διεξαχθεί η έρευνα στους Φορείς έγινε τηλεφωνική επικοινωνία με τους Υπεύθυνους ώστε να διευκρινιστεί ο αριθμός των φροντιστών που είναι διαθέσιμοι καθώς και η διαδικασία και ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Παράλληλα, επισημάνθηκε τόσο ο πληθυσμός στον οποίο απευθυνόμαστε (άτυποι φροντιστές) όσο και η δυνατότητα χειρόγραφης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου όπου κριθεί απαραίτητο.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις διαφορετικές πόλεις Πάτρα, Βόλος και Σέρρες. Συμμετείχαν ο Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία Σερρών, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Πάτρας και η Ψυχιατρική Κλινική Ασκληπιείον Βόλου. Συγκεκριμένα, το 31,4% του δείγματος είναι από τις Σέρρες, το 45,7% από τον Βόλο και το 22,9% από την Πάτρα. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά καθώς λόγω των περιορισμών που επέφερε η πανδημία ήταν δύσκολη η δια ζώσης επαφή με τους φροντιστές. Με την βοήθεια των Υπεύθυνων των Υπηρεσιών καθώς και των Κοινωνικών Λειτουργών συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις η ηλικία των φροντιστών αποτέλεσε έναν σημαντικό παράγοντα κατανόησης των ερωτήσεων.

Η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων έγινε σε πρόγραμμα Excel ενώ για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS V 26. Η ανάλυση των κατηγορικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε με πίνακες συχνοτήτων ενώ για τον έλεγχο μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας  $\chi^2$  του Pearson ή η αναλογία πιθανοτήτων (LikelihoodRatio). Για την ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή (mean) και η τυπική απόκλιση (StandardDeviation = SD). Για την συσχέτιση των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson αλλά και ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης ( $\rho$ ) του Spearman. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο του  $p < 0,05$ .

### **5.3 Ερευνητικά Εργαλεία**

Για την διεξαγωγή της έρευνας συντέθηκαν ερωτηματολόγια αποτελούμενα από ερωτήσεις ειδικά προσαρμοσμένες να απευθύνονται σε δείγμα άτυπων φροντιστών ψυχικής υγείας. Οι επιμέρους κατηγορίες των ερωτήσεων αυτών επιλέχθηκαν προσεκτικά ενώ έγινε χρήση ερωτηματολογίων εγκεκριμένης διεθνούς βιβλιογραφίας προκειμένου να εξασφαλιστεί η επιθυμητή εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

#### **5.3.1.Ερωτήσεις για κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

Η παράθεση των ερωτήσεων ξεκινά με αυτές που αποσπούν τις κοινωνικό-δημογραφικές πληροφορίες του δείγματος των άτυπων φροντιστών.

Οι ερωτήσεις αυτές είναι 10 και σχετίζονται με:

- Το φύλο
- Το έτος γέννησης
- Την οικογενειακή κατάσταση
- Τον αριθμό των τέκνων
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο
- Είδος απασχόλησης
- Το εισόδημα
- Τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν στο ίδιο σπίτι
- Τις συνθήκες κατοικίας

Στην συνέχεια ακολουθεί σύντομη κατηγορία ερωτήσεων η οποία έχει ως στόχο να αποσπάσει κοινωνικό-δημογραφικές πληροφορίες αυτήν την φορά στοχευμένες στην απεικόνιση του προφίλ του ίδιου του λήπτη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι πληροφορίες αυτές σχετίζονται με:

- Το φύλο
- Το έτος γέννησης
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο
- Το δεσμό του με τον φροντιστή
- Τα χρόνια που έχει αφιερώσει ο φροντιστής στην φροντίδα του.

### **5.3.2 Ερωτήσεις που απαντώνται με κλίμακα από το 1 έως το 10**

Στο ερωτηματολόγιο αυτό παραθέτονται πέντε ακόμη σύντομες ερωτήσεις αξιολόγησης της υγείας του φροντιστή , συμπεριλαμβανομένου και του τρόπου ζωής όσο και της ενημέρωσης την οποία εκείνοι έλαβαν κατά την διάρκεια της πανδημίας από τις αρμόδιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.Οι ερωτήσεις αυτές έχουν ως στόχο να χαρτογραφήσουν την συνολική εικόνα που έχουν οι φροντιστές για την κατάσταση της υγείας τους αλλά και την ποιότητα της ζωής του. Επιπλέον καλούνται να αξιολογήσουν την εξωγενή συνεισφορά των αρμόδιων φορέων προκειμένου να εξεταστεί αν εκείνη σχετίζεται και με ποιον τρόπο με την ένταση της επιβάρυνσης.

### **5.3.3 Ερωτήσεις που αφορούν την πανδημία**

Στο τρίτο μέρος , αναδεικνύεται ο παράγοντας της πανδημίας ο οποίος αποτελεί και την ειδοποιό διαφορά αυτής της μελέτης. Στο σημείο αυτό αποτυπώνονται 15 ερωτήσεις οι οποίες συνολικά εξετάζουν:

- ✓ την στάση του φροντιστή απέναντι στην πανδημία
- ✓ τις αρμοδιότητες του φροντιστή
- ✓ την ποιότητα ζωής του φροντιστή
- ✓ τις κοινωνικές συναναστροφές του φροντιστή
- ✓ τις συγκρούσεις του με το φροντιζόμενο άτομο
- ✓ Την κατάσταση του ασθενούς
- ✓ Την ποιότητα των υπηρεσιών υποστήριξης από τους αρμόδιους φορείς.

Το ζητούμενο σε αυτήν την φάση ήταν ο φροντιστής να μπει στην διαδικασία να αξιολογήσει τα πάντα σχετικά με την φροντίδα , αυτήν την φορά απευθυνόμενος στο διάστημα της πανδημίας και συνυπολογίζοντας τις μεταβολές που επέβαλε αυτή σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητας και του τρόπου ζωής. Για την μέτρηση των στάσεων των υποκειμένων απέναντι στο περιεχόμενο των συγκεκριμένων ερωτήσεων εφαρμόστηκε κλίμακα likert.

### **5.3.4 Κλίμακα Likert**

Η κλίμακα Likert αναπτύχθηκε από τον οργανωτικό ψυχολόγο Rensis Likert(1932) με στοχο την συστηματική μελέτη ατομικών συμπεριφορών μέσα από το επίπεδο διαφωνίας ή

συμφωνίας των ερωτηθέντων απέναντι σε θέματα κυρίως ψυχολογικού και κοινωνικού χαρακτήρα.

Αναλυτικότερα , είναι ένα εργαλείο κλειστής τύπου το οποίο προσφέρει την επιλογή της απόκρισης μέσα από πέντε, επτά ή εννέα σημεία, καθένα από τα οποία αντιστοιχεί στον βαθμό της έντασης που εμφανίζεται η συμφωνία με την ερώτηση που έχει προηγηθεί.

Στην παρούσα έρευνα , η κλίμακα likert χρησιμοποιήθηκε αφενός στο ερωτηματολόγιο που αφορούσε την πανδημία αφετέρου στην συνέντευξη καταμέτρησης της επιβάρυνσης. Τα βαθμολογημένα σημεία προσαρμόστηκαν αναλογικά με το περιεχόμενο των ερωτήσεων και παραθέτονται παρακάτω αντιστοίχως με την μορφή που έλαβαν στο ερωτηματολόγιο.

#### **Ερωτηματολόγιο Covid:**

0. Διαφωνώ
1. Μάλλον διαφωνώ
2. Ούτε διαφωνώ- Ούτε συμφωνώ
3. Μάλλον Συμφωνώ
4. Συμφωνώ

#### **Ερωτηματολόγιο επιβάρυνσης:**

0. Ποτέ
1. Σπάνια
2. Μερικές Φορές
3. Αρκετά συχνά
4. Σχεδόν πάντα

#### **5.3.5. Συνέντευξη επιβάρυνσης Zarit Burden interview**

Η συνέντευξη επιβάρυνσης (ZBI) αποτελεί ένα διεθνές εργαλείο μέτρησης της επιβάρυνσης το οποίο σχεδιάστηκε αρχικά για να εξετάσει το μέγεθος που αυτή εμφανιζόταν σε φροντιστές ατόμων που έπασχαν από άνοια και έκτοτε η χρήση της επεκτάθηκε και στην εφαρμογή άλλων ομάδων στόχου.

Η κλίμακα περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις που αντανακλούν στην επιρροή της φροντίδας στην ζωή των φροντιστή και οι απαντήσεις αυτών βαθμολογούνται μέσω Likert κλιμακωτά με ανιούσα σειρά από το 0(Ποτέ) έως το 4 (σχεδόν πάντα) .

Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο φόρμα σχετίζονται με τις συνέπειες της φροντίδας, την εξάρτηση του ασθενούς , την ενοχή , την αυτοκριτική , τον θυμό , την απογοήτευση , την ψυχολογική επιβάρυνση, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και την προσωπική καταπόνηση.

Κατά την επιλογή των απαντήσεων , επί της ουσίας ο ερωτώμενος δηλώνει τον βαθμό κατά τον οποίο έχει παρατηρήσει τις άνωθεν αντιδράσεις και συγκεκριμένα την συχνότητα και την ένταση αυτής της εμφάνισης ανάλογα με την ερώτηση.

Έτσι λοιπόν , μετά την ολοκλήρωση προκύπτει από την απάντηση των ερωτήσεων ένας συνολικός δείκτης του οποίου η τιμή είναι ανάλογη της επιβάρυνσης που παρουσιάζει το άτομο. Η τιμή του δείκτη αυτού κυμαίνεται από 0 έως 88 όπου όσο μεγαλύτερο αριθμητικά εμφανίζεται το σκορ , τόσο υψηλότερη είναι η επιβάρυνση.

Για τον πιο ακριβή προσδιορισμό της επιβάρυνσης έχει προκύψει η παρακάτω κατηγοριοποίηση σχετικά με την τιμή(σκορ) που μπορεί να πάρει:

- Καθόλου έως λίγη επιβάρυνση (σκορ 0-20)
- Ήπια έως μέτρια επιβάρυνση (σκορ 21-40)
- Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση (σκορ 41-60)
- Σοβαρή επιβάρυνση (σκορ 61-88).

Ανεξάρτητα ωστόσο από την ένταση της, μέσα από την παράθεση των ερωτήσεων προκύπτει και ένας ακόμη διαχωρισμός της επιβάρυνσης, αυτήν την φορά όμως σχετιζόμενος με τους παράγοντες από τους οποίους προκύπτει. Καθεμία από τις ερωτήσεις της συνέντευξης αντιστοιχεί σε μία από τις παρακάτω διαστάσεις, οι οποίες είναι οι εξής:

- ✓ Προσωπική ένταση (αντανακλάται στις ερωτήσεις 8,9,10,14,15,16,17,18,22). Αναδεικνύει το αίσθημα της απελπισίας που προκύπτει από την χρόνια φροντίδα αλλά και τις συνέπειες που προκαλεί η φροντίδα στην υγεία του ίδιου του φροντιστή.
- ✓ Ένταση ρόλου (αντανακλάται στις ερωτήσεις 1,4,5,6,7,13,19). Σχετίζεται με τα αρνητικά συναισθήματα προς το φροντιζόμενο άτομο που αναδύονται από το βάρος της φροντίδας .

- ✓ Αποστέρηση σχέσεων (αντανακλάται στις ερωτήσεις 2,3,11 και 12). Αποτυπώνει τις συνέπειες που έχει η επιβάρυνση στην κοινωνικότητα του φροντιστή , ως προς την σύναψη σχέσεων αλλά και την συναναστροφή του με φίλους, οικογένεια κλπ.
- ✓ Διαχείριση της φροντίδας(αντανακλάται στις ερωτήσεις 20 και 21). Αποκαλύπτει την στάση του φροντιστή απέναντι στις υποχρεώσεις της φροντίδας αλλά και τον βαθμό που κρίνει ότι ανταποκρίνεται σε αυτές της ανάγκες. ( Ρέππα,2018)

#### **5.4. Περιορισμοί της μελέτης**

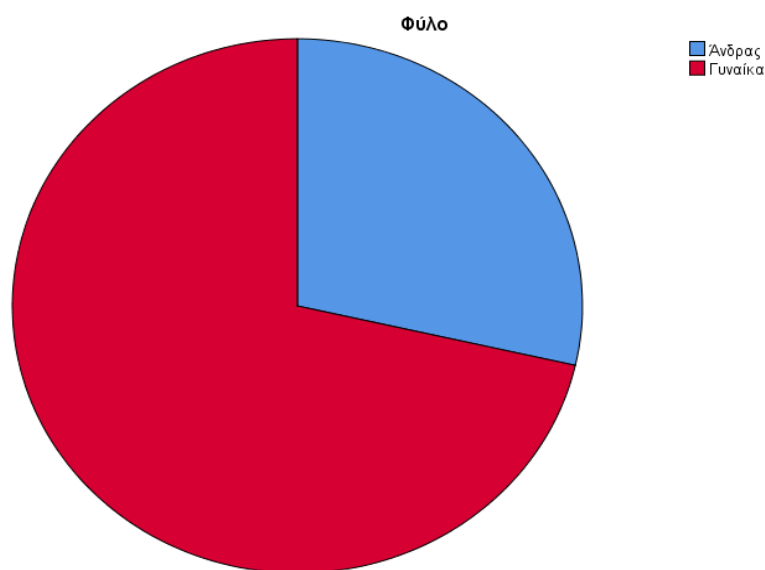
Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η έρευνα εκπονήθηκε κάτω από τους πρωτόγνωρους περιορισμούς που επέβαλε ο covid -19 . Δεδομένων των υποχρεωτικών μέτρων προφύλαξης καθώς επίσης και των μέτρων περιορισμού λειτουργίας που είχαν επιβληθεί στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν δύσκολο να καταστεί δυνατή η δια ζώσης υλοποίηση της διαδικασίας της έρευνας.

Αυτή λοιπόν η δυσμενής κατάσταση αντανακλά στο γεγονός ότι η επικοινωνία με τους φορείς πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά αλλά και η μετέπειτα αποστολή των ερωτηματολογίων έγινε σε ηλεκτρονική μορφή γι αυτό και συμπληρώθηκαν μόνο από εκείνη την μειονότητα που κατείχε μια στοιχειώδη εξοικείωση με τα ψηφιακά μέσα. Το γεγονός αυτό λοιπόν δυσχέραινε διαρκώς την συλλογή ικανοποιητικού αριθμητικά δείγματος με αποτέλεσμα ο όγκος των δεδομένων να μην μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικός ως προς τα αποτελέσματα του.

#### **5.5 Κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του δείγματος**

Σ αυτή την ενότητα θα παρουσιαστούν τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τόσο των άτυπων φροντιστών όσο και των φροντιζόμενων ατόμων (ψυχικά ασθενών). Χρησιμοποιώντας την μεταβλητή του φύλου, της επιβάρυνσης και των κατάλληλων στατιστικών δεικτών θα αναδειχτούν και διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες αλλά και συσχετίσεις ανάμεσα στο φύλο και την επιβάρυνση.

**Γράφημα 1:** Φύλο άτυπων φροντιστών ψυχικά ασθενών



Από το παραπάνω γράφημα προκύπτει περίπου ότι 7 στους 10 άτυπους φροντιστές (N=35) που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες . Συγκεκριμένα, από το σύνολο των φροντιστών 71,4% είναι γυναίκες και το 28,6% άνδρες. Όσο αφορά την ηλικία του δείγματος ο μέσος όρος είναι τα 62,89 έτη (SD± 10,27). Ο/Η μικρότερος/η ηλικιακά φροντιστής βρέθηκε στα 42 έτη ενώ ο/η μεγαλύτερος/η στα 83 έτη.

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται ανάλυση των περιοχών διαμονής των άτυπων φροντιστών οι οποίες συμπίπτουν με τις περιοχές που διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια. Πρόκειται για τρεις πόλεις, συγκεκριμένα από το δείγμα των 35 ερωτηματολογίων τα 11 (31,4%) ήταν από τις Σέρρες, τα 16 (45,7%) από τον Βόλο και τα 8 (22,9%) από την Πάτρα.

**Πίνακας 1:** Τόπος διαμονής άτυπων φροντιστών

Τόπος Διαμονής	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Σέρρες	11	31,4
Βόλος	16	45,7
Πάτρα	8	22,9

Παρακάτω παρουσιάζονται τα κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=35) που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των τέκνων, το εκπαιδευτικό

επίπεδο, το είδος απασχόλησης, το εισόδημα και τις συνθήκες κατοικίας. Στις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε και η μεταβλητή του φύλου ενώ παράλληλα έγινε χρήση του στατιστικού ελέγχου πιθανοτήτων (LikelihoodRatio) προκειμένου να διαπιστωθεί τυχόν στατιστική διαφορά.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση (Πίνακας 2) τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό έγγαμοι (54,3%)ενώ ίδια ποσοστά παρατηρήθηκαν στους/ις διαζευγμένους/ες και στους/ις χήρους/ες. Σύμφωνα με τον στατιστικό έλεγχο που έγινε δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης των φροντιστών.

**Πίνακας 2:** Οικογενειακή κατάσταση άτυπων φροντιστών

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Άνδρες Συχνότητα (%)	Γυναίκες Συχνότητα (%)	Σύνολο (%)	Στατιστικοί Έλεγχοι
Έγγαμος/η	4 (21,1)	15 (78,9)	19	Likelihood Ratio=1,613 Df=3
Ποσοστό έγγαμων ως προς το φύλο	40,0%	60,0%	54,3%	
Διαζευγμένος /η	3 (42,9)	4 (57,1)	7	
Ποσοστό διαζευγμένων ως προς το φύλο	30,0%	16,0%	20,0%	
Χήρος/α	2 (28,6)	5 (71,4)	7	
Ποσοστό χήρων ως προς το φύλο	20,0%	20,0%	20,0%	
Άγαμος/η	1 (50,0)	1 (50,0)	2	
Ποσοστό άγαμων ως προς το φύλο	10,0%	4,0%	5,7%	
ΣΥΝΟΛΟ	10 (28,6)	25 (71,4)	100,0%	
ΣΥΝΟΛΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ	100,0%	100,0%	100,0%	



Στην συνέχεια όπως φαίνεται ο Πίνακας 3 αφορά τον αριθμό των τέκνων των άτυπων φροντιστών ψυχικά ασθενών. Οι περισσότεροι που απάντησαν έχουν από δύο (40%) ή ένα παιδί (25,7%)

**Πίνακας 3:** Αριθμός τέκνων των άτυπων φροντιστών

Αριθμός Τέκνων	Συχνότητα	Ποσοστό(%)
0	2	5,7
1	9	25,7
2	14	40,0
3	7	20,0
4	2	5,7
5	1	2,9

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Η μέση τιμή του εκπαιδευτικού επιπέδου είναι τα 8,40 έτη συνεπώς η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι Απόφοιτοι Δημοτικού και Γυμνασίου (57,2%). Το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν αυτό των αναλφάβητων με συνολικό ποσοστό 11,4% σε άνδρες και γυναίκες. Ο χαμηλός μέσος όρος ετών εκπαίδευσης και το υψηλό σχετικά με άλλες περιπτώσεις ποσοστό των αναλφάβητων δικαιολογείται αν το συσχετίσουμε με τον μέσο όρο ηλικίας που είναι τα 62 έτη. Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σημειώνεται στους Πτυχιούχους Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης με ποσοστό 11,4% συνολικά και στα δύο φύλα. Με βάση τα στοιχεία που αναγράφονται στον πίνακα φαίνεται πως οι κύριοι Απόφοιτοι Γυμνασίου και Λυκείου είναι γυναίκες.

Αναφορικά με το είδος της απασχόλησης των φροντιστών η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι ανήκει πλέον στην κατηγορία των συνταξιούχων (54,3%) ενώ ακολουθεί σε υψηλό ποσοστό η κατηγορία των εργαζόμενων συνολικά 40% όπου στο μεγαλύτερο μέρος του είναι γυναίκες. Το ποσοστό των ανέργων και της ενασχόλησης με τα οικιακά παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα (2,9%) και στα δύο φύλα.

Από όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι γυναίκες υπερτερούν σε σχέση με τους άνδρες ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς σημειώνουν υψηλά ποσοστά στις κατηγορίες Απόφοιτος Λυκείου και Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Σχετικά με το είδος της απασχόλησης στην κατηγορία των εργαζόμενων παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών

φροντιστών συνεχίζει να εργάζεται σε σχέση με τους άνδρες ενώ στην κατηγορία συνταξιούχοι δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερες στατιστικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

**Πίνακας 4:** Εκπαιδευτικό επίπεδο άτυπων φροντιστών

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Άνδρες Συχνότητα (%)	Γυναίκες Συχνότητα (%)	Σύνολο(%)	Στατιστικοί Έλεγχοι
Αναλφάβητος	1	3	4	Likelihood Ratio= 8,367 Df= 5
Ποσοστό αναλφάβητων ως προς το φύλο	10,0	12,0	11,4	
Απόφοιτος Δημοτικού	4	6	10	
Ποσοστό απόφοιτων Δημοτικού ως προς το φύλο	40,0	24,0	28,6	
Απόφοιτος Γυμνασίου	2	8	10	
Ποσοστό απόφοιτων Γυμνασίου ως προς το φύλο	20,0	32,0	28,6	
Απόφοιτος Λυκείου	0	6	6	
Ποσοστό απόφοιτων Λυκείου ως προς το φύλο	0,0	24,0	17,1	
Απόφοιτος ΙΕΚ	1	0	1	
Ποσοστό απόφοιτων ΙΕΚ ως προς το φύλο	10,0	0,0	2,9	
Πτυχιούχος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης	2	2	4	
Ποσοστό Πτυχιούχων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ως προς	20,0	8,0	11,4	

το φύλο				
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου	0	0	0	
Ποσοστό Κάτοχων Μεταπτυχιακού Τίτλου ως προς το φύλο	0,0	0,0	0	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	10	25	35	
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ</b>	100,0	100,0	100,0	

**Πίνακας 5:** Είδος απασχόλησης άτυπων φροντιστών

ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	Άνδρες Συχνότητα (%)	Γυναίκες Συχνότητα (%)	Σύνολο (%)	Στατιστικοί Έλεγχοι
Εργαζόμενος /-η	2	12	14	Likelihood Ratio= 4,532 Df= 3
Ποσοστό εργαζομένων ως προς το φύλο	20,0	48,0	40,0	
Συνταξιούχος/-α	8	11	19	
Ποσοστό συνταξιούχων ως προς το φύλο	80,0	44,0	54,3	
Οικιακά	0	1	1	
Οικιακά ως προς το φύλο	0,0	4,0	2,9	
Άνεργος/-η	0	1	1	
Ποσοστό ανέργων ως προς το φύλο	0,0	4,0	2,9	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	10	25	35	
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ</b>	100,0	100,0	100,0	

**Πίνακας 6:** Επάρκεια εισοδήματος για κάλυψη των αναγκών

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	17	48,6
ΟΧΙ	18	51,4

Στον πίνακα 7 που ακολουθεί αναγράφονται ο αριθμός των ατόμων που διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τους φροντιστές. Η πλειοψηφία των φροντιστών 45,7% απάντησε ότι διαμένει μαζί με ένα ακόμα άτομο ενώ ένα ποσοστό 20% με ακόμα τρία. Από αυτό συμπεραίνουμε πως είτε ο φροντιστής διαμένει με την οικογένεια του είτε με το πρόσωπο που φροντίζει ή κάποιον άλλο από το οικογενειακό- συγγενικό περιβάλλον. Παρακάτω απεικονίζονται οι απαντήσεις σχετικά με τις συνθήκες κατοικίας.

**Πίνακας 7:** Άτομα που διαμένουν στο ίδιο σπίτι

Αριθμός Ατόμων	Συχνότητα	Ποσοστό
0	6	17,1
1	16	45,7
2	3	8,6
3	7	20,0
4	2	5,7
5	1	2,9

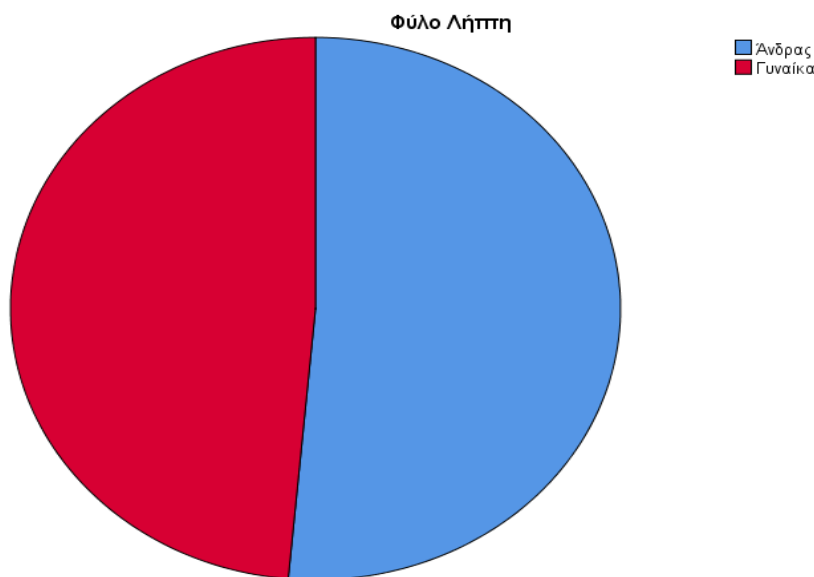
**Πίνακας 8:** Ικανοποίηση με τις συνθήκες κατοικίας

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
ΝΑΙ	7	16
ΟΧΙ	3	8

## 5.6.Ανάλυση κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στους πίνακες και στα διαγράμματα που ακολουθούν αναγράφονται τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας τους οποίους αφορά η έρευνα. Οι ερωτήσεις έχουν απαντηθεί από τους άτυπους φροντιστές (N=35)

**Γράφημα 2: Φύλο ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας**



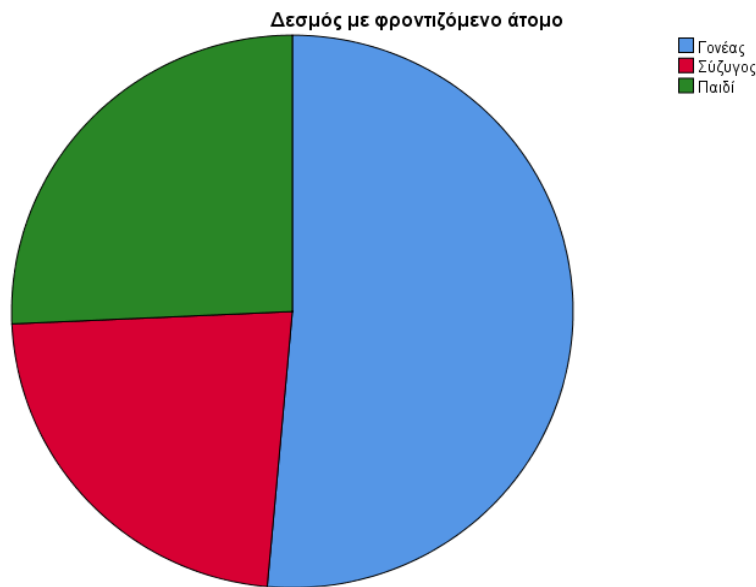
Το παραπάνω γράφημα μας αποκαλύπτει ότι από των σύνολο των ληπτών τους οποίους αφορά η παρούσα έρευνα το 51,4% είναι άνδρες ενώ το 48,6% είναι γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ληπτών είναι 57,06 έτη (S.D±24,638) με μικρότερο ηλικιακά λήπτη να παρουσιάζεται στα 20 έτη ενώ ο μεγαλύτερος στα 91.

**Πίνακας 9: Εκπαιδευτικό επίπεδο ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας**

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Άνδρες Συχνότητα(%)	Γυναίκες Συχνότητα(%)	Σύνολο (%)	Στατιστικοί Έλεγχοι
Αναλόγητος	4	3	7	
Ποσοστό	22,2%	17,6%	20,0%	

<b>αναλφάβητων ως προς το φύλο</b>			
<b>Απόφοιτος Δημοτικού</b>	4	3	7
<b>Ποσοστό απόφοιτων Δημοτικού ως προς το φύλο</b>	22,2%	17,6%	20,0%
<b>Απόφοιτος Γυμνασίου ως προς το φύλο</b>			
<b>Απόφοιτος Γυμνασίου</b>	3	5	8
<b>Ποσοστό απόφοιτων γυμνασίου ως προς το φύλο</b>	16,7%	29,4%	22,9%
<b>Απόφοιτος Λυκείου ως προς το φύλο</b>			
<b>Απόφοιτος Λυκείου</b>	4	6	10
<b>Ποσοστό απόφοιτων λυκείου ως προς το φύλο</b>	22,2%	35,3%	26,6%
<b>Απόφοιτος ΙΕΚ ως προς το φύλο</b>			
<b>Απόφοιτος ΙΕΚ</b>	1	0	1
<b>Ποσοστό απόφοιτων ΙΕΚ ως προς το φύλο</b>	5,6%	0,0%	2,9%
<b>Απόφοιτος πανεπιστημίου ως προς το φύλο</b>			
<b>Απόφοιτος πανεπιστημίου</b>	2	0	2
<b>Ποσοστό απόφοιτων πανεπιστημίου ως προς το φύλο</b>	11,1%	0,0%	5,7%
<b>Σύνολο</b>	18	17	35
	51,4%	48,6%	100%

**Γράφημα 3 :** Δεσμός φροντιστή με λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας



Όπως αποκαλύπτει και το παραπάνω γράφημα οι σχέσεις που παρατηρήθηκαν ανάμεσα στο δείγμα και στους Λ.Υ.Ψ.Υ , δηλαδή ανάμεσα στους φροντιστές και στους φρονιζόμενους ήταν τρεις : σχέση παιδιού- γονέα , σχέση λήπτη- συζύγου και σχέση γονέα παιδιού. Συγκεκριμένα , 18 φροντιστές (51,4%) δήλωσαν ότι το άτομο που φροντίζουν είναι γονέας τους , 8 φροντιστές (22,9%) δήλωσαν ότι είναι σύζυγος τους ενώ οι υπόλοιποι 9 (25,7%) δήλωσαν ότι είναι τέκνο τους. Όσο αφορά τα χρόνια που οι φροντιστές έχουν αφιερώσει στην **περίθαλψη των λ.υ.ψ.υ** οι τιμές ποικίλουν με μέση τιμή των χρόνων αυτών να είναι τα 9,11 έτη με ελάχισσα τιμή το 1 και μέγιστη τα 30 έτη.

### 5.7.Ερωτήσεις που αφορούν την υγεία του φροντιστή

Στην ερώτηση που απευθυνόταν στους φροντιστές σχετικά με το αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας το 51,4%(18/35 φροντιστές) απάντησαν «ναι» ενώ το υπόλοιπο 48,6% (17/35) απάντησαν όχι. Η κατηγορία αυτών την ερωτήσεων περιλάμβανε ακόμη πέντε ερωτήσεις των οποίων τα αποτελέσματα παραθέτονται παρακάτω.

**Πίνακας 10:** Συνολική κατάσταση της υγείας των φροντιστών από το 1 έως το 10

Κλίμακα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
από το 1										

έως το 10										
<b>Αριθμός φροντιστών</b>	0	0	0	0	10	5	9	7	3	1
<b>Ποσοστό των φροντιστών</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%	14,3%	25,7%	20,0%	8,6%	2,9%

**Πίνακας 11:** Σωματική κατάσταση της υγείας των φροντιστών από το 1 έως το 10

Κλίμακα από το 1 έως το 10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Αριθμός φροντιστών</b>	0	0	2	0	11	6	7	7	3	0
<b>Ποσοστό των φροντιστών</b>	0,0%	0,0%	5,7%	0,0%	31,4%	17,1%	20,0%	17,1%	8,6%	0,0%

**Πίνακας 12 :** Ψυχική κατάσταση της υγείας των φροντιστών από το 1 έως το 10

Κλίμακα από το 1 έως το 10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Αριθμός φροντιστών</b>	0	0	1	1	12	11	4	3	2	1
<b>Ποσοστό των φροντιστών</b>	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%	34,3%	31,4%	11,4%	8,6%	5,7%	2,9%

**Πίνακας 13:** Βαθμός ευχαρίστησης από τον τρόπο ζωής

Κλίμακα από το 1 έως το 10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Αριθμός φροντιστών</b>	0	0	0	1	12	12	7	1	2	0



<b>Ποσοστό των φροντιστών</b>	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	34,3%	34,3%	20,0%	2,9%	5,7%	0,0%
-------------------------------	------	------	------	------	-------	-------	-------	------	------	------

**Πίνακας 14:** Αξιολόγηση στήριξης συλλόγων ψυχικής υγείας

Κλίμακα από το 1 έως το 10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Αριθμός φροντιστών</b>	0	0	0	0	1	4	15	9	3	3
<b>Ποσοστό των φροντιστών %</b>	0,0	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	11,4%	42,9%	25,7%	8,6%	8,6%

## 5.8.Αποτελέσματα για την Επιβάρυνση

### 5.8.1 Επιβάρυνση και κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία φροντιστή

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι η μέση τιμή της συνολικής επιβάρυνσης για N=35 είναι 57,12 (SD 13,901) με ελάχιστο τιμή επιβάρυνσης το 32 και μέγιστη το 88. Αυτό μεταφράζεται ότι το συγκεκριμένο δείγμα των 35 φροντιστών ψυχικής υγείας παρουσίασε συνολικά μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση.

Σε σχέση με τα δύο φύλα, ο στατιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε κάποια στατιστική διαφορά καθώς η τιμή του p δεν βρισκόταν εντός των τιμών της σημαντικότητας, πράγμα που οδηγεί στην διαπίστωση πως στο συγκεκριμένο δείγμα και οι άνδρες και οι γυναίκες παρουσίασαν αντίστοιχα επίπεδα επιβάρυνσης.

Αναφορικά ωστόσο με την ηλικία σε σχέση με την επιβάρυνση η τιμή του  $p=0,045$  όπου το  $p<0,05$  και η τιμή του  $R=-0,339$  πράγμα που υποδηλώνει ότι ανάμεσα στην ηλικία και την συνολική επιβάρυνση υπάρχει στατιστική διαφορά η οποία είναι αντιστρόφως ανάλογη. Αυτό αντανακλά στο γεγονός ότι όσο νεότερος ηλικιακά εμφανίζεται ο φροντιστής τόσο αυξάνεται η τιμή της επιβάρυνσης..

Παρ όλα αυτά αρνητική συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στον τόπο διαμονής και στην επάρκεια του εισοδήματος για την κάλυψη των αναγκών και της συνολικής επιβάρυνσης. Συγκεκριμένα, στον τόπο διαμονής ο δείκτης Pearson έδειξε ότι  $R=-0,213$  και

$p=0,220$  ενώ αντίστοιχα στην επάρκεια ο δείκτης Pearson έδειξε ότι  $R= -0,148$  και  $p=0,395$  χωρίς ωστόσο και στις δυο περιπτώσεις να υπάρχει κάποια σημαντική στατιστική διαφορά.

Ενδιαφέρον επίσης αναδείχθηκε από την συσχέτιση της επιβάρυνση με το εκπαιδευτικό επίπεδο και το είδος της απασχόλησης καθώς και στις δυο περιπτώσεις ο δείκτης αποκάλυψε μεγάλη στατιστική συσχέτιση. Συγκεκριμένα , κατά την εξέταση της σχέσης της επιβάρυνσης με το εκπαιδευτικό επίπεδο προέκυψε αρνητική συσχέτιση αλλά και μεγάλη στατιστική διαφορά καθώς  $p=0,010$  όπου  $p<0,01$  , πράγμα που σημαίνει πως άτομα των οποίων το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλότερο φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερη επιβάρυνση. Τέλος, στην περίπτωση του είδους απασχόλησης αναδείχθηκε μεγάλη στατιστική διαφορά καθώς  $p=0,007$  όπου  $p<0,01$  ενώ οι σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές ήταν αντιστρόφως ανάλογη.

**Πίνακας 15:** Συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων του φροντιστή με την επιβάρυνση

Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία δείγματος	Συνολική Επιβάρυνση
Φύλο (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,191</b>
Τιμή (p)	<b>0,271</b>
Ηλικία (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,336*</b>
Τιμή (p)	<b>0,049</b>
Τόπος διαμονής (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,213</b>
Τιμή (p)	<b>0,220</b>
Οικογενειακή κατάσταση (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,55</b>
Τιμή (p)	<b>0,755</b>
Αριθμός τέκνων (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,035</b>
Τιμή (p)	<b>0,842</b>
Εκπαιδευτικό επίπεδο (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,430**</b>

Τιμή (p)	<b>0,010</b>
Είδος απασχόλησης (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,449**</b>
Τιμή(p)	<b>0,007</b>
Επάρκεια εισοδήματος (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,148</b>
Τιμή (p)	<b>0,395</b>
Άτομα διαμονής (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,207</b>
Τιμή (p)	<b>0,234</b>
Συνθήκες κατοικίας (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,147</b>
Τιμή (p)	<b>0,406</b>

### 5.8.2Επιβάρυνση Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Από την συσχέτιση των μεταβλητών που αφορούσαν τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του λήπτη με την συνολική επιβάρυνση δεν προέκυψε καμία στατιστική διαφορά..

**Πίνακας 16:** Συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων φροντιζόμενου ατόμου με την Επιβάρυνση

Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία Λ.Υ.Ψ.Υ	Συνολική Επιβάρυνση
Φύλο (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,073</b>
Τιμή (p)	<b>0,678</b>
Ηλικία (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,137</b>
Τιμή (p)	<b>0,431</b>
Εκπαιδευτικό επίπεδο (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,162</b>
Τιμή (p)	<b>0,352</b>

Δεσμός με φροντιζόμενο άτομο (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,299</b>
Τιμή (p)	<b>0,081</b>
Χρόνια περίθαλψης (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,215</b>
Τιμή p	<b>0,214</b>

### 5.8.3 Επιβάρυνση και υγεία φροντιστή

Από τον στατιστικό έλεγχο προέκυψε ότι η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος στον φροντιστή δεν κατέχει κάποιο σημαντικό ρόλο στα επίπεδα της επιβάρυνσης που εκείνος θα εμφανίσει. ( $p=0,370$ ).

Επιπλέον, οι τιμές κατά την συσχέτιση της επιβάρυνσης και της ικανοποίησης από τον τρόπο ζωής των φροντιστών δείχνουν ότι μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι όσο πιο ικανοποιημένοι είναι οι φροντιστές από τις συνθήκες διαβίωσης τους τόσο πιο χαμηλά επίπεδα επιβάρυνσης τείνουν να εμφανίζουν ( $p=0,022$ ) δεδομένου ότι η σχέση των δύο μεταβλητών είναι αντιστρόφως ανάλογη.

Ως προς τις άλλες υποθέσεις που αφορούν την αξιολόγηση της συνολικής, της σωματικής, της ψυχικής υγείας των φροντιστών από τους ίδιους άλλα και την βαθμολόγηση της στήριξης που έλαβαν από τις δομές ψυχικής υγείας, ο στατιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε κάποια στατιστική διαφορά. ( $p>0,05$ )

**Πίνακας 17:** Συσχέτιση των ερωτήσεων που αφορούν την υγεία του φροντιστή με την επιβάρυνση

Υγεία φροντιστή	Συνολική Επιβάρυνση
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,156</b>
Τιμή (p)	<b>0,370</b>
Συνολική κατάσταση υγείας (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,249</b>
Τιμή (p)	<b>0,149</b>
Σωματική κατάσταση υγείας	<b>-0,118</b>

(τιμή δείκτη ρ)	
Τιμή (ρ)	<b>0,499</b>
Ψυχική κατάσταση υγείας (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,262</b>
Τιμή ρ	<b>0,129</b>
Τρόπος Ζωής (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,387</b>
Τιμή ρ	<b>0,022</b>
Στήριξη Συλλόγου Ψ.Υ (τιμή δείκτη ρ)	<b>-0,136</b>
Τιμή ρ	<b>0,435</b>

#### 5.8.4 Επιβάρυνση και Covid-19

Αυτή η υποενότητα περιλαμβάνει τις συσχετίσεις της συνολικής επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών ψυχικά ασθενών στην περίοδο της πανδημίας Covid-19. Εξετάζονται οι παράμετροι του εγκλεισμού, του φόβου για την υγεία και τις νέες συνθήκες, των συγκρούσεων αλλά και των υποτροπών. Τα αποτελέσματα των παρακάτω συσχετίσεων υπολογίστηκαν στο σύνολο του δείγματος (N=35).

Με βάση τα αποτελέσματα της συνολικής επιβάρυνσης των φροντιστών και του παράγοντα της πανδημίας προέκυψε σημαντική θετική συσχέτιση παράγοντες όπως:

- Τον φόβο για την υγεία, δηλαδή η πανδημία δημιούργησε εντονότερο φόβο στους φροντιστές για την υγεία τους έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση της επιβάρυνσης.
- Το άγχος που επέφεραν οι νέες συνθήκες
- Τον περιορισμό του ελεύθερου χρόνου
- Τον περιορισμό που έχει επιβάλει η πανδημία στην καθημερινή ζωή
- Την αύξηση των συγκρούσεων λόγω του εγκλεισμού
- Την αύξηση των υποτροπών του φροντιζόμενου ατόμου λόγω του φόβου και του εγκλεισμού
- Την βοήθεια που προσέφερε ο Σύλλογος ως πηγή πληροφοριών μέσα στην πανδημία, δηλαδή χωρίς την καθοδήγηση του Συλλόγου η συνολική επιβάρυνση θα σημείωνε υψηλότερες τιμές.

**Πίνακας 18:** Συσχέτιση των ερωτήσεων του Covid-19 με την Συνολική επιβάρυνση

Ερωτήσεις Covid	Συνολική Επιβάρυνση
Φόβος για την υγεία (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,546**</b>
Τιμή (p)	<b>0,001</b>
Άγχος με νέες συνθήκες (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,394*</b>
Τιμή (p)	<b>0,019</b>
Περιορισμός ελεύθερου χρόνου (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,454**</b>
Τιμή (p)	<b>0,006</b>
Πανδημία και καθημερινότητα (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,374*</b>
Τιμή (p)	<b>0,027</b>
Εγκλεισμός και Συγκρούσεις (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,549**</b>
Τιμή (p)	<b>0,001</b>
Εγκλεισμός και Υποτροπές (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,494**</b>
Τιμή (p)	<b>0,003</b>
Σύλλογος και πληροφορίες (τιμή δείκτη ρ)	<b>0,506**</b>
Τιμή (p)	<b>0,002</b>

Όπως προκύπτει και από τον πίνακα οι τιμές του δείκτη Pearson έδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Ειδικότερα, όσο αφορά τον φόβο για την υγεία, τον περιορισμό του ελεύθερου χρόνου, τον εγκλεισμό και τις συγκρούσεις και τις υποτροπές, αλλά και την συμβολή του Συλλόγου με την παροχή πληροφοριών για την πανδημία υπάρχει θετική συσχέτιση με την επιβάρυνση. Με βάση την τιμή του p όπου στις παραπάνω περιπτώσεις ισχύει ότι  $p < 0,01$  άρα υπάρχει μεγάλη στατιστική διαφορά.

Επιπλέον, οι μεταβλητές όπως το άγχος για τις νέες συνθήκες και ο περιορισμός που έχει επιβάλλει η πανδημία στην καθημερινή ζωή έδειξαν θετική συσχέτιση με την συνολική επιβάρυνση. Με βάση την τιμή του  $p$  (όπως αυτή φαίνεται στον πίνακα) προκύπτει ότι  $p < 0,05$  άρα υπάρχει απλά στατιστική διαφορά.

Τέλος, αρνητική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην μεταβλητή του εμβολιασμού και της συνολικής επιβάρυνσης. Συγκεκριμένα ο δείκτης Pearson έδειξε  $R = -0,254$  και  $p = 0,141$  χωρίς ωστόσο να προκύπτει κάποια στατιστική διαφορά.

## 5.9 Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών ψυχικά ασθενών σε περίοδο πανδημίας. Η πανδημία είναι μια βασική παράμετρος που εξετάζεται στην έρευνα καθώς επηρεάζει το άτομο και την καθημερινότητά του, το περιορίζει ενώ ταυτόχρονα δημιουργεί νέες ανάγκες και προτεραιότητες. Αυτός ο επαναπροσδιορισμός της καθημερινότητας και των αναγκών με τον επακόλουθο εγκλεισμό ενέτεινε τις σχέσεις φροντιστή – φροντιζόμενου ατόμου (λήπτη) και αύξησε τα επίπεδα επιβάρυνσης.

Οι σημαντικότεροι από τους παράγοντες που επηρεάζουν την συνολική επιβάρυνση των φροντιστών έχει διαπιστωθεί μέσα από μελέτες ότι είναι το φύλο, η ηλικία του φροντιστή και τα έτη που έχει αφιερώσει στην φροντίδα του ασθενή. Η πλειοψηφία των μελετών αποδεικνύει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επιβάρυνσης καθώς αναλαμβάνουν συχνότερα την φροντίδα των ασθενών. Παρ' όλα αυτά στην συγκεκριμένη έρευνα δεν διαπιστώθηκε υψηλή διαφορά στην επιβάρυνση μεταξύ γυναικών και ανδρών φροντιστών. Ωστόσο ο αριθμός των ανδρών φροντιστών φαίνεται να αυξάνεται και αρκετές μελέτες δεν έχουν βρει διαφορές στο βάρος του φροντιστή μεταξύ των φύλων. Όπως φαίνεται στην μελέτη των Σταθάρου και Παπαθανασίου (2011) δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική επικράτηση ενός από τα δύο φύλα. Μια ακόμη παράμετρος είναι ότι στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά δέκα άνδρες ( $N=35$ ) ποσοστό αρκετά υψηλό σε ένα τόσο μικρό δείγμα.

Ενδιαφέρουσα σχέση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην ηλικία των φροντιστών και στην επιβάρυνση. Η ηλικία αποτελεί έναν αμφιλεγόμενο παράγοντα καθώς οι φροντιστές,

ανεξαρτήτου ηλικίας, εκφράζουν έντονη ανησυχία στην περίπτωση αντικατάστασης τους στην φροντίδα του ασθενούς όταν αρρωστήσουν ή πεθάνουν. Συνήθως, κυριαρχεί η άποψη ότι όσο μεγαλύτερος ηλικιακά είναι ο φροντιστής τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιβάρυνση που βιώνει (αναφορά σε έρευνα). Αντίθετα στην μελέτη των Ampalam και Gunturu (2011) αποδείχθηκε ότι ενώ η επιβάρυνση των φροντιστών σε ψυχικές ασθένειες φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία, η επιβάρυνση των απαιτήσεων φαίνεται να μειώνεται όσο μεγαλώνει ηλικιακά ο φροντιστής. Η παρούσα έρευνα συμφωνεί με την παραπάνω μελέτη.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα (16) αναδείχθηκε ότι οι μικρότεροι ηλικιακά φροντιστές παρουσίασαν μεγαλύτερη επιβάρυνση απ' ό,τι οι μεγαλύτεροι. Με την έλευση της πανδημίας οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ένιωσαν ότι απειλούνται, γι' αυτό και αποστασιοποιήθηκαν προκειμένου να προστατευθούν από τις συνέπειες της πανδημίας. Το ίδιο ισχύει και για τους λήπτες οι οποίοι θέλησαν να προστατεύσουν τους δικούς τους παίρνοντας το κομμάτι της φροντίδας πάνω τους ή μετατοπίζοντας το σε άλλα πρόσωπα μικρότερα ηλικιακά που δεν διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο.

Όσο αφορά τον τόπο διαμονής δεν παρουσιάστηκε ιδιαίτερη σχέση με την επιβάρυνση καθώς η έρευνα διεξήχθη σε τρεις πόλεις, Πάτρα, Βόλο, Σέρρες όπου οι φροντιστές δεν βρίσκονταν αποκομμένοι από υπηρεσίες καθώς υπήρχε στήριξη από Συλλόγους. Συνεπώς, η επιβάρυνση σημείωσε χαμηλότερες τιμές. Ταυτόχρονα, δεν σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά επιβάρυνσης που να σχετίζονται με την οικογενειακή κατάσταση. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (54,3%) όπως φαίνεται στην μελέτη είναι έγγαμοι οδηγώντας μας στο συμπέρασμα ότι ίσως μοιράζονται τις ευθύνες και την φροντίδα με τον/την σύζυγό τους.

Ένας ακόμα παράγοντας που σχετίζεται με υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης φροντιστών είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο το οποίο επιβεβαιώνεται και από τη παρούσα μελέτη. Σύμφωνα με τα δεδομένα προκύπτει ότι ο μέσος όρος των ετών εκπαίδευσης ανάγεται στα 8,5 έτη, ποσοστό πολύ χαμηλό το οποίο όμως δικαιολογείται από τον μέσο όρο ηλικίας που είναι τα 62 έτη. Παρόμοια υψηλά ποσοστά επιβάρυνσης εμφανίζονται και στο είδος απασχόλησης αποδεικνύοντας ότι η εργασία και η οικονομία είναι σημαντικοί παράγοντες επιβάρυνσης. Όπως και στην μελέτη των Σταθάρου και Παπαθανασίου (2011) έτσι και στην συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε ότι όσο μικρότερα είναι τα επίπεδα της απασχόλησης τόσο αυξάνονται τα επίπεδα επιβάρυνσης εφόσον δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις της οικογένειας και του ασθενή. Επιπλέον, στην κατηγορία των ανέργων παρατηρείται διπλή επιβάρυνση (αντικειμενική και υποκειμενική). Μέσα από την στατιστική ανάλυση προέκυψε



ότι υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην απασχόληση και την επιβάρυνση ( $p < 0,05$ ).

Συνεπώς διερευνώντας τα ερευνητικά ερωτήματα που σχετίζονται με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών βλέπουμε ότι δεν συμφωνούν κατά ένα μεγάλο μέρος τους με άλλες μελέτες όπως συμβαίνει στην περίπτωση των ετών φροντίδας και στην ποιότητα ζωής τους. Παρ' όλα αυτά σε κάποια ερωτήματα όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω υπάρχουν ομοιότητες στα αποτελέσματα. Αυτή η ασυμφωνία ίσως οφείλεται στο μικρό δείγμα της έρευνας αλλά και στις δύσκολες συνθήκες που επέφερε η πανδημία. Ταυτόχρονα, τα ερευνητικά ερωτήματα που σχετίζονται με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των ασθενών στην έρευνα δεν φάνηκε επίσης να συμφωνούν με τις διεθνείς μελέτες για ασθενείς με ψυχικές ασθένειες.

Παράλληλα, στο ερευνητικό ερώτημα που αφορά την κατάσταση της υγείας αλλά και την ποιότητα ζωής του φροντιστή με την συνακόλουθη επιβάρυνση δεν παρουσιάστηκαν υψηλές τιμές επιβάρυνσης. Όπως φάνηκε και από τον Πίνακα 15 δεν παρουσιάστηκε ιδιαίτερη συσχέτιση ανάμεσα στις δυο μεταβλητές, όπως επίσης σημειώθηκαν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά από τις απαντήσεις των φροντιστών σχετικά με το πώς οι ίδιοι βαθμολογούν την κατάσταση της υγείας τους είτε ψυχική είτε σωματική όπως φαίνεται στους Πίνακες 10- 14.

Σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που αφορούν την επίδραση της πανδημίας στην επιβάρυνση και την ποιότητα ζωής των φροντιστών αλλά και το αντίκτυπο που έχει η πανδημία στην καθημερινότητα των φροντιστών

Μεταξύ άλλων, ο στατιστικός έλεγχος ανέδειξε ότι οι φροντιστές εκδήλωσαν φόβο για την υγεία τους αλλά και γενικότερο άγχος για τις νέες συνθήκες. Αυτό είναι φυσικό αν λάβουμε υπόψιν ότι ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ανάγεται στα 62 έτη, δηλαδή αφορά άτομα που εντάσσονται στην ομάδα των ηλικιωμένων. Είναι ευρέως γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν εκείνη την ομάδα του πληθυσμού για τους οποίους ελλοχεύουν οι περισσότεροι κίνδυνοι σε περίπτωση νόσησης από κορονοϊό. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την φύση της νόσου η οποία επιβάλλει μια διαρκή επαγρύπνηση ως προς την πρόληψη, την προστασία και τον έλεγχο πιθανής νόσησης δικαιολογούν την ύπαρξη των παραπάνω ευρημάτων.

Στα αποτελέσματα της έρευνας εντοπίστηκε επίσης μεγάλη στατιστική διαφορά ανάμεσα στην επιβάρυνση και τον περιορισμό του ελεύθερου χρόνου ( $p = 0,454$ ), τον εγκλεισμό συγκρούσεις ( $p = 0,001$ ) και τον εγκλεισμό και υποτροπές ( $p = 0,003$ ). Από το ξέσπασμα των

πρώτων κρουσμάτων αλλά και την περίοδο της ανεξέλεγκτης εκθετικής αύξησης τους, προκειμένου να αποφευχθεί η περαιτέρω εξάπλωση της νόσου , στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας επιβλήθηκε αναστολή της δια ζώσης παροχής υπηρεσιών προς τους λήπτες και αργότερα η εφαρμογή εναλλακτικών υποστηρικτικών θεραπειών προσομοιωμένων στις συνθήκες της πανδημίας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες , ιδιαίτερα το πρώτο διάστημα της πανδημίας οι λήπτες οι οποίοι απασχολούνταν στα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ή απολάμβαναν υπηρεσίες σε ποικίλες δομές ψυχικής υγείας αναγκάστηκαν να περιοριστούν στο χώρο του σπιτιού τους . Αυτό είχε σαν επακόλουθο , οι φροντιστές των ατόμων αυτών να επωμισθούν εξ ολοκλήρου το σύνολο των αναγκαιοτήτων των ληπτών με αποτέλεσμα τον περιορισμό του ελεύθερου τους χρόνου. Επιπλέον , η τριβή μεταξύ των δύο αυξήθηκε οδηγώντας σε συχνότερες εντάσεις και συγκρούσεις αλλά και υποτροπές στην κατάσταση υγείας των ψυχικά πασχόντων ληπτών. Η ανωτέρα λοιπόν κατάσταση οδηγεί στο συμπέρασμα πως όσοι είχαν αναλάβει ρόλο φροντιστή βίωσαν έντονη αναταραχή ως προς την έκρυθμη ροή της καθημερινότητας τους από την έλευση της πανδημίας, πράγμα που επιβεβαιώνεται και από την έρευνα (ΒΛ πίνακα ) όπου  $p < 0,05$ .

Ανάλογες έρευνες έχουν επίσης αναδείξει πως ο covid-19 αποτελεί μια συνθήκη κάτω από την οποία είναι πιθανό η σχέση ανάμεσα σε φροντιστή και λήπτη φροντίδας να επιδεινωθεί αλλά και να επιδεινώσει την γενικότερη οικογενειακή λειτουργία.

Παρόλα αυτά κατά την διερεύνηση του ερευνητικού ερωτήματος σχετικά με τον ρόλο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας , ο στατιστικός έλεγχος αποκάλυψε ότι η πλειοψηφία των φροντιστών έκρινε την στήριξη που έλαβε από τους φορείς αποτελεσματική ( $p=0,002$ ). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι απουσιάζουν μελέτες και επιστημονικά ευρήματα σχετικά με την διερεύνηση της υγείας ( ψυχικής και ιατρικής ) της ομάδας των φροντιστών πράγμα που αντικατοπτρίζει την συνολική στάση του υγειονομικού ενδιαφέροντος απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και του συνακόλουθου βάρους που υφίστανται οι φροντιστές τους σε απρόοπτα δυσμενείς καταστάσεις και μη. Με την αναστολή της λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας ωστόσο το βάρος των ψυχικά ασθενών μετατέθηκε οφθαλμοφανώς προς τους οικογενειακούς τους φροντιστές αφυπνίζοντας τις υπηρεσίες να στρέψουν το ενδιαφέρον και την καθοδήγηση τους αποκλειστικά προς εκείνους .

## 5.10 Προτάσεις

Η κοινωνική εργασία αποτελεί ένα αντικείμενο το οποίο εξ ορισμού ασχολείται στην επίλυση έκτακτων και δυσχερών καταστάσεων γι αυτό και οφείλει να μένει αφυπνισμένη σε περιόδους κρίσης.

Ωστόσο μέσα από τα σύγχρονα επιστημονικά ευρήματα πολλές φορές αναδύεται το συμπέρασμα ότι οι παρεμβάσεις και οι προσεγγίσεις που εφαρμόζονται αδυνατούν να οδηγήσουν σε προσοδοφόρα αποτελέσματα. Κάτι τέτοιο δεν φαντάζει παράλογο αν αναλογιστεί κανείς ότι αυτές οι πρακτικές αποτελούν απαρχαιωμένα μοντέλα παρέμβασης που δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των σύγχρονων δεδομένων.

Τα επαγγέλματα οφείλουν να εξελίσσονται , να αναπτύσσουν το περιεχόμενο τους και τις πρακτικές τους προκειμένου να εφοδιάζουν τους επερχόμενους επαγγελματίες με τα ζητούμενα προσόντα ώστε να μπορούν να κρίνουν, να σχεδιάζουν και να παρεμβαίνουν με ανάλογο τρόπο σε οποιαδήποτε έκτακτη κατάσταση κλονίζει την ισορροπία και την ευημερία, όπως συμβαίνει με την πανδημία. Προτάσεις όπως ο εκσυγχρονισμός των τεχνικών παρέμβασης , οι προσεγγίσεις που προκύπτουν από μελέτες , η εκπαίδευση , η διαβούλευση , η επίβλεψη από γνώστες τέτοιων πρακτικών είναι ικανές να βοηθήσουν με εποικοδομητικό τρόπο σταδιακά να επέλθει η επιθυμητή εξέλιξη.

Επιπλέον , οι αναδυόμενες μορφές ψηφιακής ηλεκτρονικής πρακτικής αποτελούν εργαλεία τα οποία προσφέρουν ευφάνταστες και πρωτοπόρες δυνατότητες στους επαγγελματίες να παρέχουν τις υπηρεσίες τους μέσα από πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης, ηλεκτρονικά ταχυδρομεία, διαδικτυακές θεραπείες ,συμβουλευτική με βίντεο κ.α. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν χρέος να αξιολογούν στοχαστικά αυτές τις καινοτόμες πρακτικές και μέσα από κριτική σκέψη να καθιερώσουν ποια ψηφιακά, ηλεκτρονικά και διαδικτυακά μέσα είναι ωφέλιμα και αποτελεσματικά .

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

### **Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία**

1. ΦΕΚ 96/Α/17-5-1999-Νόμος 2716/1999 : Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2716-1999.html>
2. Κωτσάκη, Σ., (2020) .Σκέψεις και συναισθήματα γονέων για την επιδημία του SARS-COV-2.(Μεταπτυχιακή Εργασία), Πανεπιστήμιο Πατρών.
3. Μπαμπινιώτης, Γ. (2009): Ετυμολογικό λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα
4. Παπαδάκη, Μ., (2015). Ο Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. <https://www.kallipos.gr/el/>
5. Παπασταύρου, Ε., Ευσταθίου, Γ., Νικηταρά, Μ., Τσαγκάρη, Χ., Μερκούρης, Α., Κάρλου, Χ., Palese, A., Tomietto, M., Balogh, Z, Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Jarosona, D., Ποτηράκη, Ε. (2010): Η έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μια πιλοτική ερευνητική εργασία, Νοσηλευτική, 49 (4): 406-417
6. Παρασκευαΐδου, Σ., Κατσαλιάκη, Κ., (2015), Αξιολόγηση των υπηρεσιών κ' των δομών ψυχικής υγείας προγράμματος «Ψυχαργός». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32 (4) 467-474.
7. Σακελλαρίου, Ε. (2015): Εθνική έκθεση για τους φροντιστές νεαρής ηλικίας που ανήκουν σε ειδικές εθνικές και εθνοτικές ομάδες, KMOP, The Care2work, Project is funded by Erasmus+, Αθήνα
8. Τριανταφυλλίδου, Μ., (2020), Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 στην Ψυχική Υγεία. *RostrumofAsclepius* / *VimatouAsklipiou* 19(4). [DOI: 10.5281/zenodo.4061809](https://doi.org/10.5281/zenodo.4061809)
9. Τριανταφύλλου, Τ., Μεσθεναίου, Ε., Προύσκας, Κ., Γκόλτση, Π., Κοντούκα, Σ., Λουκίσσης, Α. (2006): Πανελλαδική έρευνα – Η Οικογένεια που φροντίζει εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα, Ερευνητική Ομάδα Sextant και «50+Ελλάς», Ομάδα EUROFAMCARE, Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης, Αθήνα.

## **Ξενογλώσση Βιβλιογραφία**

1. Acker, G. M., & Lawrence, D. (2009). Social Work and Managed Care. *Journal of Social Work*, 9(3), 269–283. [doi:10.1177/1468017309334902](https://doi.org/10.1177/1468017309334902)
2. Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden. *JAMA*, 311(10), 1052 <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed. (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
4. Ampalam P, Gunturu S and Padma V. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic mental illness. *Indian Journal of Psychiatry*, (2012), 54(3) : 239-243. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102423>
5. Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *BMJ*, 345(dec27 3), e8508–e8508. [doi:10.1136/bmj.e8508](https://doi.org/10.1136/bmj.e8508)
6. Bandelow, B., Michaelis, S., (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21<sup>st</sup> century. <https://dx.doi.org/10.31887%2FDCNS.2015.17.3%2Fbbandelow>
7. Banks, S., Cai, T., Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobocan, A. M., Strom, K., Truell, R., Uriz, M. J., Weinburg, M., (2020) Practising ethically during COVID-19: Social Work challenges and responses. *International Social Work*. <https://doi.org/10.1177%2F0020872820949614>
8. Banks, S., (2012). *Ethics and Values in Social Work* (4<sup>th</sup> ed.).
9. Banerjee, D. (2020). The COVID-19 outbreak: Crucial Role the psychiatrists can play. *Asian Journal of Psychiatry* <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ajp.2020.102014>
10. Belmaker, R. H., & Agam, G. (2008). Major Depressive Disorder. *New England Journal of Medicine*, 358(1), 55–68. [doi:10.1056/nejmra073096](https://doi.org/10.1056/nejmra073096)
11. Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W., (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 318-327 <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.492484>
12. Braga, R. J., Reynolds, G. P., & Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210(1), 1–7. [doi:10.1016/j.psychres.2013.07.030](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.030)
13. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [doi:10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)

14. Chadda, R., (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(3), 221. <https://dx.doi.org/10.4103%2F0019-5545.140616>
15. Chang, H.-Y., Chiou, C.-J., & Chen, N.-S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics* , 50(3), 267-271. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.archger.2009.04.006>
16. Chao,M., Xue, D., Liu, T., Yang, H., & Hall, B.J., (2020). Media use and acute psychological outcomes during Covid-19 outbreak in China. *Journal of anxiety disorders*, 74, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102248>
17. Chaturvedi, S. K., (2020). Covid-19, Coronavirus and Mental Health Rehabilitation at Times of Crisis. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s40737-020-00162-z>
18. Chen,Q., Liang,M., Li, Y.,Guo,J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai,Y., Li, X., Cai, Y., Li, X.,Wang, G., Zhang,Z., (2020). Mental health care for medical staff in China during the Covid-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30078-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30078-x)
19. Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809–828. [doi:10.1093/jpepsy/jst049](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049)
20. Cullen, W., Gulati, G., Lelly, B.D., (2020). Mental health in the Covid -19 pandemic. *An International Journal of Medicine* 113(5) 311-312 <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
21. Druss, B.G., (2020). Addressing the Covid-19 pandemic in populations with serious mental illness, *Jama Psychiatry* 77(9), 891-892. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0894](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0894)
22. Dubey, S., Biswas, P., Ghosh,R., Chatterjee, S., Dubey, M.J., Chatterjee, S., Lahiri, D., Lavie, C.J. (2020) Psychosocial impact of Covid-19. *Diabetes& Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.dsx.2020.05.035>
23. Ennis E and Bunting B. Family burden, family health and personal mental health. *BMC Public Health*,(2013). 13:255
24. Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672–1682. [doi:10.1016/s0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60857-0)
25. Gerain, P., & Zech, E.(2019). Informal Caregiver Burnout Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10 <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2019.01748>

26. Girma E, Leimkuhler A, Dehning S, Muller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*,(2014),4(7): 37-43. <https://dx.doi.org/10.2147%2FJMDH.S57259>
27. Goulia, P., Mantas,C., Dimitroula, D., Mantis, D., Hyphantis, T. (2010). General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infectious Diseases*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-322>
28. Grad J. and Sainsbury P. Problems of Caring for the Mentally Ill at Home. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, (1966), 59(1): 20-23. PMID: [5902369](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5902369/)
29. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [doi:10.1016/s0140-6736\(15\)00241-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00241-x)
30. Hardys T, Adamowski T, Kienja A. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2011), 46(5): 363-372 <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0200-8>
31. Huang, J.Z., Han M.F., Luo, T.D., Ren, A.K. and Zhou X.P.,: Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing ZaZhi.*, (2020), Mar 20;38(3):192-195 <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
32. Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang L., Fan G., Xu J., Gu X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li,H., Liu, M., Xiao,Y., Gao,H., Guo,L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Jin,Z., Wang, J., Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. [doi:10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5)
33. IFSW (International Federation of Social Workers) (2004). *Ethics in Social Work, Statement of Ethical Principles*. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/> (Ημερομηνία προσπέλασης: 8/3/2020)
34. Jiloca, RC., (2020). Covid-19 and Mental health. *Epidemiology International* ( E-ISSN: 2455-7048) 5(1)
35. Jorge, R. E., (2015). *Mood Disorders*.<https://doi.org/10.1016/b978-0-444-63521-1.00038-8>
36. Kreitzer, L.(2006). Social Work values and Ethics: Issues of Universality. *Currents: New Scholarship in the Human Services*, 5, 1-14. <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/currents/article/view/15917>

37. Mamun, M., & Griffiths, M., (2020). First Covid-19 suicide case in Bagladesh due to fear of Covid-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*,51 <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ajp.2020.102073>
38. Malhotra, M., (2016). Burden among Caregivers of Mentally- Ill Patients: A Review. *International Journal of Multidisciplinary and Current Research*.
39. Marenco, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Arango, C., (2020). How mental health care should change as a consequence of the Covid-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30307-2)
40. Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2008). Bipolar disorder. In W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, & L. W. Craighead (Eds.), *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations* (p. 366–401). John Wiley & Sons Inc.<https://psycnet.apa.org/record/2008-11035-010>
41. Muharrem A, Nergis L, Hakan M. Evaluation of burden in a group of patients with chronic psychiatric disorders and their caregivers. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, (2012), 25:330-337.
42. Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302), 241–247. [doi:10.1016/s0140-6736\(02\)07450-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)07450-0)
43. NASW. (National Association of Social Workers). <https://www.socialworkers.org/About/Ethics>
44. Narasipuram S, Kasimahanti S. Quality of life and perception of burden among caregivers of persons with mental illness. *Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine*, (2012), 13(2): 99-103
45. Otte, C., Gold, S. M., Pennix, B.W., Pariante, C.M, Etkin, A., Fava, M., Mohr, D.C, Schatzberg, A.F. *Major Depressive Disorder*. (2016)
46. Park, S. S. (2020). Caregivers Mental Health and Somatic Symptoms During Covid-19. *The Journals of Gerontology: Series B* <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa121>
47. Petmesidou, M. (2013): Is social protection in Greece at a crossroads?, *European societies*,15(4):597-616. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1080%2F14616696.2013.836407>
48. Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions.(2013)*The Lancet*, 381(9878), 1663–1671. [doi:10.1016/s0140-6736\(13\)60989-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60989-7)



49. Pratima B and Jena SPK. Caregiver Burden in Severe Mental Illness. *Delhi Psychiatry Journal*,(2011), 14(2) : 211-219
50. Ramirez, A., Hall, A., Richards, W. (1998): ABC of palliative care: The careers, *British Mental Journal*, 316(7126):208-2011 <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7126.208>
51. Reamer, F. G. (2013). Social Work in a Digital Age: Ethical and Risk Management Challenges. *Social Work* , 58(2) , 163-172. <https://doi.org/10.1093/sw/swt003>
52. Roick, C., Heider, D., Toumi, M., & Angermeyer, M., (2006). The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114 (5), 363-374 <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00797.x>
53. Sarkhel, S., Singh, O. P., Arora, M., (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders Gender Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry* [https://dx.doi.org/10.4103%2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry\\_780\\_19](https://dx.doi.org/10.4103%2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry_780_19)
54. Schmitt, A., Hasan, A., Gruber, O., & Falkai, P. (2011). Schizophrenia as a disorder of disconnectivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(S2), 150–154. [doi:10.1007/s00406-011-0242-2](https://doi.org/10.1007/s00406-011-0242-2)
55. Shamsaei, F., Cheraghi, F., Bashirian, S., (2015). Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iran J. Psychiatry*, 10(4):239-245 PMC ID: PMC 4801494
56. Shamsaei F, Cheraghi F and Esmaeilli R. The Family Challenge of Caring for the Chronically Mentally Ill: A Phenomenological Study. *Iran Journal Behavior Science*, (2015), 9(3):1898 <https://dx.doi.org/10.17795%2Fijpbs-1898>
57. Shah A, Wadoo O and Lato J. Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *British Journal of Medical Practitioners (BJMP)*, (2010), 3(3):327-334.
58. Schene, A. H., Tessler, R. C., & Gamache, G. M., (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(5), 228-240. [doi:10.1007/bf00796381](https://doi.org/10.1007/bf00796381)
59. Souza, A.L.R., Guimaraes, R. A., de Araujo Vilela, D., de Assis, R.M., de Almeida Cavalcante Oliveira, L. M., Souza, M.R., Barbosa, M.A. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1) <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1501-1>
60. Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3–10. [doi:10.1016/j.schres.2013.05.028](https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028)

61. Turney, H.M. & Conway, P.G., (2000). Managed mental health care: Implications of Social Work practice and social work education. *Journal of Family Social Work* , 5,5-19  
[https://doi.org/10.1300/J039v05n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J039v05n01_02)
62. Tsamakidis, K., Rizos, E., Manolis, A. J., Chaidou, S., Kypouropoulos, S., Spartalidis, E., Spandidos, D.A., Tsiptsios, D., Triantafyllis, A. S., (2020) COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine* <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646>
63. Usher, K., Durkin, J., & Bhullar, N. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*,  
<https://doi.org/10.1111/inm.12726>
64. Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B., & Perlis, R. H. (2014). MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN DSM-5: IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE AND RESEARCH OF CHANGES FROM DSM-IV. *Depression and Anxiety*, 31(6), 459–471. [doi:10.1002/da.22217](https://doi.org/10.1002/da.22217)
65. Rush, J.A., (2007). The Varied Clinical Presentations of Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* ;68(8), 4-10
66. Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A., Muana, A., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 210-214. <https://dx.doi.org/10.2471%2FBLT.15.158543>
67. Van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203–212. [doi:10.1038/nature09563](https://doi.org/10.1038/nature09563)
68. Viana M, Gruber M, Shahly V, Alhamzawi A, Alonso J, Andrade L, Angermeyer M, Benjet C, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida J, Girolamo G, Jonge P, Ferry F, Florescu S, Gureje O, Haro J, Hinkov H, Hu C, Karam E, Lepine J, Levinson D, Posada-Villa J, Sampson N and Kessler R. Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health surveys. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (2013), 35:115-125 <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0919>
69. WHO (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
70. Wittchen, H., Hoyer, J., (2001). Generalized Anxiety Disorder: Nature and Course. *Journal of Clinical Psychiatry*. 65,15-21.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### A. Δημογραφικά Στοιχεία

##### 1. Φύλο

1. Άνδρας

2. Γυναίκα

##### 2. Έτος Γέννησης .....

##### 3. Τόπος διαμονής .....

##### 4. Οικογενειακή Κατάσταση

1. Έγγαμος/-η

2. Διαζευγμένος/-η

3. Χήρος/-α

4. Άγαμος/-η

5. Άλλο

##### 5. Αριθμός Τέκνων : .....

##### 6. Εκπαιδευτικό Επίπεδο

1. Αναλφάβητος

2. Απόφοιτος Δημοτικού

3. Απόφοιτος Γυμνασίου

4. Απόφοιτος Λυκείου

5. Απόφοιτος ΙΕΚ

6. Πτυχιούχος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης

7. Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου

##### 7. Είδος απασχόλησης

1. Εργαζόμενος/-η

2.Συνταξιούχος/-α

3.Οικιακά

4. Άνεργος/-η

5.Άλλο

8. Θεωρείτε πως το εισόδημα σας επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών σας;

1.ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

9. Πόσα άτομα διαμένουν μαζί σας; (χωρίς εσάς) .....

10. Είστε ευχαριστημένος από τις συνθήκες κατοικίας σας;

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

**Β. Ερωτήσεις που αφορούν το φρονιζόμενο άτομο (λήπτη υπηρεσιών)**

1. Φύλο

1. Άνδρας

2. Γυναίκα

2. Έτος Γέννησης.....

3. Εκπαιδευτικό Επίπεδο

1.Αναλφάβητος

2.Απόφοιτος Δημοτικού

3.Απόφοιτος Γυμνασίου

4.Απόφοιτος Λυκείου

5.Απόφοιτος ΙΕΚ

6.Απόφοιτος Πανεπιστημίου

4.Ποιός ο δεσμός σας με το άτομο που φροντίζετε;

1. Γονέας

2. Σύζυγος- Σύντροφος

- 3. Παιδί
- 4. Άλλο
- 5. Πόσα χρόνια έχετε αφιερώσει στη περίθαλψη του ατόμου που φροντίζετε; .....

**Γ. Ερωτήσεις που αφορούν την υγεία του φροντιστή**

- 1. Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;
  - 1. ΝΑΙ
  - 2. ΟΧΙ
- 2. Με άριστα το 10 πως θα βαθμολογούσατε την συνολική κατάσταση της υγείας σας; .....
- 3. Με άριστα το 10 πως θα βαθμολογούσατε την σωματική κατάσταση της υγείας σας; .....
- 4. Με άριστα το 10 πως θα βαθμολογούσατε την ψυχική κατάσταση της υγείας σας; .....
- 5. Με άριστα το 10 πόσο ευχαριστημένος είστε με τον τρόπο που ζείτε; .....
- 6. Με άριστα το 10 πως θα βαθμολογούσατε την στήριξη από τον Σύλλογο Ψυχικής Υγείας;

**Δ. Ερωτήσεις για την πανδημία και τις συνθήκες φροντίδας**

- 1. Έχω εμβολιαστεί
  - 1. ΝΑΙ
  - 2. ΟΧΙ

Ερωτήσεις	Διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε Ούτε Συμφωνώ	Διαφωνώ- Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ
1. Φοβάμαι για την υγεία μου						
2. Συμμορφώνομαι στα μέτρα προστασίας και τις υποδείξεις των ειδικών						

3. Η έλευση της πανδημίας επηρέασε την ποιότητα της ζωής μου
4. Την περίοδο της πανδημίας υπήρξαν αλλαγές στις οικονομικές απολαβές μου
5. Νιώθω περισσότερο αγχωμένος με τις νέες συνθήκες
6. Η έλευση της πανδημίας αύξησε τις αρμοδιότητες απέναντι στο άτομο που φροντίζω
7. Οι νέες συνθήκες πανδημίας έχουν περιορίσει τον προσωπικό ελεύθερο χρόνο
8. Ο εγκλεισμός επηρέασε αρνητικά την σχέση μου με το άτομο που φροντίζω
9. Οι νέες συνθήκες πανδημίας έχουν επιβαρύνει την καθημερινότητα μου
10. Έχω περιορίσει της κοινωνικές μου συναναστροφές
11. Ο εγκλεισμός έχει εντείνει τις συγκρούσεις με το άτομο που φροντίζω
12. Κατά την περίοδο της πανδημίας ο φόβος και ο εγκλεισμός οδήγησαν σε υποτροπές του ατόμου που φροντίζω
13. Ο Σύλλογος ήταν πηγή πληροφοριών για θέματα που προέκυψαν από την πανδημία.
14. Οι Υπηρεσίες ψυχικής υγείας προσαρμόστηκαν στις συνθήκες πανδημίας και υποστήριξαν λήπτη και φροντιστή
15. Ο Σύλλογος ψυχικής υγείας με στήριξε την περίοδο της πανδημίας με υπηρεσίες και προγράμματα

### ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Τα παρακάτω αποτελούν ένα κατάλογο δηλώσεων, οι οποίες αντανακλούν το πως αισθάνονται οι άνθρωποι μερικές φορές όταν φροντίζουν έναν άλλο άνθρωπο. Μετά από κάθε ερώτηση, δηλώστε πόσο συχνά εσείς αισθάνεστε με αυτό τον τρόπο: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, αρκετά συχνά ή σχεδόν πάντοτε. Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Αρκετά Συχνά	Σχεδόν Πάντα
1. Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια από ότι χρειάζεται;					
2. Πιστεύετε επειδή σπαταλάτε αρκετό χρόνο με τον/την συγγενή σας ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;					
3. Νιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για το					

συγγενή σας και στην προσπάθεια σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένεια σας ή την εργασία σας;					
4. Νιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της/του συγγενή σας;					
5. Νιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από το/τη συγγενή σας;					
6. Νιώθετε ότι ο/η συγγενή σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με ένα αρνητικό τρόπο;					
7. Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για το/τη συγγενή σας;					
8. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;					
9. Νιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από το/τη συγγενή σας;					
10. Νιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με το/τη συγγενή σας;					
11. Νιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του συγγενή σας;					
12. Νιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για το/τη συγγενή σας;					
13. Νιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του συγγενή σας;					
14. Νιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να τον/την φροντίζετε σαν να είσατε η/ο μοναδική/ός στον/στην οποίο/α θα μπορούσε να στηριχτεί;					
15. Νιώθετε ότι επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδά σας δεν έχετε αρκετά λεφτά για τη φροντίδα της/του συγγενή σας;					
16. Νιώθετε ότι είσατε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε το/τη συγγενή σας;					
17. Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει αρρωστήσει ο/η συγγενής σας;					
18. Θα ευχόσασταν έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενή σας σε κάποιον άλλον;					
19. Αισθάνεστε αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάνετε για το/τη συγγενή σας;					
20. Νιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για το/τη συγγενή σας;					
21. Νιώθατε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της/του συγγενή σας;					
22. Γενικά πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνμένος/η με τη φροντίδα του συγγενή σας;					

