



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Συγκριτική μελέτη των ψυχολογικών χαρακτηριστικών (εσωτερική και εξωτερική ντροπή, οικογενειακές σχέσεις, άγχος, ψυχοπαθολογία) μεταξύ ανδρών και γυναικών, συγγενών φροντιστών ασθενών με άνοια

Σπουδάστρια:

Αυδίκου Κωνσταντίνα, Ψυχολόγος (Α.Μ. 123)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Ηπείρου

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	4
2.1 Εισαγωγή στην Άνοια	4
2.2 Φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από Alzheimer	8
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το ψυχολογικό φορτίο του φροντιστή	11
2.4 Σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι φροντιστές των ασθενών με άνοια	22
2.5 Ντροπή	26
3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	29
3.1 Στόχος της μελέτης	29
3.2 Ερευνητικές υποθέσεις	29
4. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	31
4.1 Δείγμα	32
4.2 Διαδικασία	32
4.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία	33
4.3.1 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)	33
4.3.2 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	34
4.3.3 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)	35
4.3.4 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R- FES) των Moos and Moos (Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990)	35

4.3.5	Κλίμακα Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Spielberger;1970)	37
4.3.6	Λίστα Συμπτωμάτων SCL-90-R	38
4.3.7	Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	38
4.4	Στατιστική επεξεργασία	38
5.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	41
5.1	Συγκρίσεις Μέσων Όρων	41
5.1.1	Εξωτερική Ντροπή	41
5.1.2	Εσωτερική Ντροπή	42
5.1.3	Ψυχοπαθολογία (SCL-90-R)	42
5.1.4	Παροδικό Άγχος (STAI State)	42
5.1.5	Επιθετικότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)	43
5.1.6	Οικογενειακό Περιβάλλον (FES-Form-R)	43
5.2	Συσχετίσεις	43
6.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	45
7.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	49
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	50
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	57

Πρόλογος

Εργαζόμενη σε ένα περιβάλλον στο οποίο έχω την ευκαιρία να έρχομαι σε καθημερινή επαφή με ασθενείς που πάσχουν από άνοια και τους συγγενείς τους που τους φροντίζουν και αγωνιούν για αυτούς, τρέφοντας απέραντο σεβασμό για την προσπάθειά τους, ένιωσα την ανάγκη να συνεισφέρω με κάποιο τρόπο στην προσπάθεια ελάφρυνσης αυτού του φορτίου και της βελτίωσης της ζωής τόσο των ιδίων όσο και των ασθενών. Για το λόγο αυτό αποφάσισα την εκπόνηση αυτής της μελέτης με την ελπίδα ότι θα βοηθήσω λίγο στον εμπλουτισμό της βιβλιογραφίας αναφορικά με την κατανόηση του ψυχικού φόρτου των φροντιστών με απώτερο σκοπό μελλοντικά την εξεύρεση τρόπων ελάφρυνσής τους.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω:

την κυρία Γκούβα για τη βοήθεια και την υπομονή της, χωρίς την οποία η ολοκλήρωση αυτής της μελέτης δεν θα ήταν δυνατή.

την κυρία Τσολάκη που μου επέτρεψε να χρησιμοποιήσω το κέντρο ημέρας, για άτομα που πάσχουν από Alzheimer's, Άγιος Ιωάννης για το ερευνητικό κομμάτι της μελέτης.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο λόγος που επιλέχτηκε το συγκεκριμένο θέμα έχει να κάνει με το βιβλιογραφικό κενό που υπάρχει αναφορικά με το πώς βιώνουν το αίσθημα της ντροπής οι φροντιστές των ασθενών με κάποιου είδους άνοια.

Για το λόγω αυτό έχουν τεθεί οι παρακάτω πειραματικές υποθέσεις:

Ως προς την εξωτερική ντροπή, λοιπόν, η πειραματική υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής των ανδρών φροντιστών.

Ως προς την εσωτερική ντροπή, η πειραματική υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα εσωτερικής ντροπής των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα εσωτερικής ντροπής των ανδρών φροντιστών.

Όσον αφορά την εχθρότητα, η πειραματική υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα εχθρότητας των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα εχθρότητας των ανδρών φροντιστών.

Ως προς το άγχος, η πειραματική υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα άγχους των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα άγχους των ανδρών φροντιστών και ότι οι φροντιστές ασθενών με άνοια συνολικά θα βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με το φυσιολογικό πληθυσμό.

Αναφορικά με τις οικογενειακές σχέσεις, η πειραματική υπόθεση είναι ότι οι γυναίκες φροντιστές ασθενών με άνοια θα αναφέρουν διαφορετικά επίπεδα δυσλειτουργίας στις οικογένειές τους από τους άνδρες φροντιστές.

Όσον αφορά την ψυχοπαθολογία, η πειραματική υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των ανδρών φροντιστών.

Θα γίνει λοιπόν μία προσπάθεια να αποσαφηνιστεί αν υπάρχει διαφορά στα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, άγχους, επιθετικότητας, οικογενειακής δυσλειτουργίας και ψυχοπαθολογίας που βιώνουν οι γυναίκες φροντιστές σε σχέση με τους αντίστοιχους άνδρες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο που ακολουθεί θα επιχειρηθεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία θα καλύπτει τον τομέα της παροχής φροντίδας σε ασθενείς με άνοια και τις δυσκολίες που εμπεριέχονται. Επιπλέον, θα εξηγηθεί η έννοια της ντροπής και θα γίνει αναφορά σε σχετικές έρευνες.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στους στόχους και τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα αναπτυχθούν τόσο η μεθοδολογία που υιοθετίθηκε όσο και τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν.

Στο πέμπτο κεφάλαιο θα γίνει παρουσίαση των αποτελεσμάτων με όρους στατιστικής.

Στο έκτο κεφάλαιο θα επιχειρηθεί μία συζήτηση αναφορικά με τα ευρήματα της έρευνας και πώς αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν, καθώς επίσης και μία ανάλυση των μεθοδολογικών λαθών.

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο θα γίνει μία ανακεφαλαίωση των ευρημάτων και θα γίνουν προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. στο τομέα της παροχής φροντίδας και της ντροπής.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Εισαγωγή στην Άνοια

Τα τελευταία χρόνια είναι γνωστό ότι ο πληθυσμός της υψηλίου γερνάει. Το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα οξύ στις ανεπτυγμένες χώρες. Εξαιτίας αυτού του προβλήματος, οι επιστήμονες τα τελευταία χρόνια άρχισαν να ασχολούνται με τα διάφορα προβλήματα υγείας, που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν σήμερα οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας, είναι οι άνοιες. Οι άνοιες ανήκουν στην κατηγορία των νευροεκφυλιστικών ασθενειών. Νευροεκφυλιστικές ασθένειες ονομάζονται οι ασθένειες, που προσβάλλουν το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα του ατόμου.

Το νευρικό σύστημα είναι το σύστημα που ρυθμίζει και ελέγχει την λειτουργία όλων των οργάνων του ανθρωπίνου σώματος, καθώς επίσης και την μεταξύ τους αρμονική συνεργασία. Αποτελεί επίσης την έδρα των ψυχικών λειτουργιών και μέσω των αισθητήριων οργάνων (μάτι, αυτί, δέρμα, γλώσσα, μύτη) συμβάλλει στην αντίληψη του περιβάλλοντος. Αποτελείται κυρίως από εξειδικευμένα κύτταρα, τους νευρώνες και τα νευρογλοιακά κύτταρα. Η λειτουργία των νευρώνων είναι να υποδέχονται αισθητικά ερεθίσματα και να τα μεταφέρουν στα εκτελεστικά όργανα, δηλαδή τους μυς και τους αδένες καθώς και η αντίστροφη διαδικασία, η μεταφορά δηλαδή εντολών, με τη μορφή των ηλεκτρικών σημάτων από τον εγκέφαλο προς τα όργανα του σώματος. Δηλαδή στην ουσία οι νευρώνες είναι οι μεταφορείς ερεθισμάτων με τη μορφή ηλεκτρικού σήματος από και προς τον εγκέφαλο. Η λειτουργία των νευρογλοιακών κυττάρων πιστεύεται ότι είναι να υποστηρίζουν τη δράση των νευρώνων.

Το κεντρικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, ενώ το περιφερικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τα περιφερειακά νεύρα. Οι άνοιες επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, εκφυλίζοντάς το. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την άνοια, περισσότερες από όσες είναι οι μορφές της άνοιας, υπάρχουν δηλαδή πάνω από 100 ορισμοί (Biernacki, 2007).

Το 1992 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έδωσε έναν αποδεκτό ορισμό για την άνοια. Συμφωνά με αυτόν τον ορισμό «η άνοια είναι ένα σύνδρομο που εμφανίζεται, εξαιτίας της ασθένειας του εγκεφάλου. Συνήθως χρόνιας ή προοδευτικής φύσης, στο οποίο υπάρχει βλάβη πολλαπλών

ανώτερων γνωστικών λειτουργιών περιλαμβανομένων της μνήμης, της σκέψης, του προσανατολισμού, της κατανόησης, του αριθμητικού υπολογισμού, της ικανότητας μάθησης, της γλώσσας και της κριτικής ικανότητας.. Συνήθως η συνείδηση δεν είναι αλλοιωμένη. Η γνωστική βλάβη συνήθως συνοδεύεται και συχνά έπεται από την έκπτωση του συναισθηματικού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς και των κινήτρων».

Όπως φάνηκε από τον ανωτέρω ορισμό, η βλάβη που προκαλείται από την άνοια έχει επιπτώσεις στην ικανότητα των ασθενών να διαχειρίζονται την καθημερινότητα τους. Δηλαδή, η διαχείριση της καθημερινότητας των ανοϊκών δε φτάνει σε καμία περίπτωση στο προνοσηρό επίπεδο. Πράξεις που θεωρούνταν δεδομένες, όπως το πλύσιμο, το ντύσιμο, η εργασία, οι δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου και οι σχέσεις προοδευτικά γίνονται όλο και πιο δύσκολες. Δεδομένης της προοδευτικής φύσης της ασθένειας, αν το άτομο ζήσει πολύ, μπορεί να του είναι αδύνατο να εκτελέσει τις προαναφερθείσες λειτουργίες μόνος του ή να πληροφορήσει με κατανοητό τρόπο τον περίγυρό του για τις ανάγκες του (Biernacki, 2007).

Οι ασθένειες που προκαλούν την άνοια, όπως η νόσος του Αλτσχάιμερ, τα σωματίδια του Lewy, και η αγγειακή ασθένεια είναι επί του παρόντος ανίατες (Biernacki, 2007). Ο πιο συχνός τύπος άνοιας είναι η άνοια τύπου Αλτσχάιμερ. Η νόσος Αλτσχάιμερ ευθύνεται για ένα ποσοστό ανιών πάνω από 50%. Ο δεύτερος πιο συχνός τύπος άνοιας είναι η αγγειακή άνοια. Σε ένα σημαντικό ποσοστό μπορεί να συνυπάρχουν οι δυο άνοιες, ενώ για το υπόλοιπο ποσοστό ανοιών ευθύνεται η άνοια των σωματίων του Lewy (Barker et al., 2002).

Η νόσος Αλτσχάιμερ ονομάστηκε έτσι, γιατί πρώτος ο Γερμανός γιατρός Alois Alzheimer το 1907 περιέγραψε τα συμπτώματα της νόσου. Η σοβαρότητα της άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ έχει υποστηριχθεί, ότι σχετίζεται με τα επίπεδα ενός νευροδιαβιβαστή. Νευροδιαβιβαστής είναι μια χημική ουσία του εγκεφάλου, η οποία χρησιμοποιείται, για να μεταφέρει τα «μηνύματα» μεταξύ των νευρικών κυττάρων. Ένας από τους νευροδιαβιβαστές λοιπόν είναι η ακετυλοχολίνη. Όσο πιο χαμηλά είναι τα επίπεδα της ακετυλοχολίνης τόσο πιο σοβαρή είναι η μορφή της άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ (Biernacki, 2007).

Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ανοιών τύπου Αλτσχάιμερ, το οποίο κληρονομείται. Στην περίπτωση αυτή η ασθένεια αρχίζει μεταξύ την ηλικία των 40 και των 50. Η ασθένεια έχει αργή έναρξη. Στην αρχή υπάρχει κάποια μνημονική έκπτωση που αφορά πρόσφατα γεγονότα. Στη συνέχεια η μνημονική

έκπτωση, που είναι ένα από τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ασθένειας, γίνεται μεγαλύτερη (Biernacki, 2007).

Στη δεκαετία του 1970 είχε υποστηριχθεί, ότι ένα ποσοστό 10%-40% των ανοιών είναι θεραπεύσιμο. Από μια πρόσφατη μετα-ανάλυση διάφορων ερευνών από τον Clarfield (2003) έδειξε, ότι το ποσοστό αυτό είναι πολύ μικρότερο. Επί του παρόντος ουσιαστικά δεν υπάρχει ουσιαστικά θεραπεία της άνοιας.

Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποια φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αναστολή της προόδου της ασθένειας. Συνήθως τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται έχουν σχέση με τη ρύθμιση των επιπέδων της ακετυλοχολίνης, τα επίπεδα της οποίας φαίνεται να σχετίζονται με τη σοβαρότητα της άνοιας, όπως η δονεπεζίλη (Aricept), η ριβαστιγμίνη (Exelon) και η γαλανταμίνη (Razadyne)(National Institute for Clinical Excellence, 2001). Τα φάρμακα αυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τα τέλη της δεκαετίας του '90. Εκτός από τα προαναφερθέντα φάρμακα υπάρχει και η μεμαντίνη (Ebixa) που άρχισε να χρησιμοποιείται το 2002 και η οποία χρησιμοποιείται περισσότερο για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στα τελευταία στάδια, παρά για την αναχαίτιση της προόδου της ασθένειας (Biernacki, 2007). Η μεμαντίνη δεν έχει σχέση με τη ρύθμιση της ακετυλοχολίνης, αλλά δρα στους *N-μεθυλ-D-ασπαρτικούς υποδοχείς*.

Υπάρχουν και κάποιες άλλες ασθένειες, των οποίων τα συμπτώματα μιμούνται τα συμπτώματα της άνοιας και οι οποίες είναι θεραπεύσιμες. Οι ασθένειες αυτές περιλαμβάνουν διατροφικές ασθένειες, όπως ελλείψεις στη βιταμίνη B12 και στο φολικό οξύ, κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, κρανιοεγκεφαλική κάκωση μικρού βαθμού, εγκεφαλικούς όγκους, κατάθλιψη και κάποιες μεταδοτικές ασθένειες (Biernacki, 2007). Η διαφοροδιάγνωση της άνοιας από κάποιες από αυτές τις ασθένειες, μπορεί να είναι δύσκολη. Συγκεκριμένα η διαφοροδιάγνωση της άνοιας από την κατάθλιψη μπορεί να είναι πολύ δύσκολη. Αν έχει συμβεί ήδη ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, το πιθανότερο είναι να πρόκειται για κατάθλιψη (Biernacki, 2007).

Πολλά βιβλία για την άνοια αποφεύγουν σκόπιμα να εξετάσουν τους διάφορους τύπους άνοιας και να αναφέρουν τη συμπτωματολογία του κάθε τύπου και έτσι επιτείνουν τη σύγχυση (Biernacki, 2007), ίσως γιατί τα συμπτώματα της νόσου Άλτσχάιμερ μπορεί να είναι ποικίλα και με διαφορετική ένταση. Οι διαταραχές του συναισθήματος παρατηρούνται στα πρώτα στάδια της ασθένειας (Reisberg, Ferris, de Leon, Kluger, Franssen, Borenstein & Alba, 1989). Τα ψυχωτικά συμπτώματα εμφανίζονται στα

μεσαία στάδια της νόσου, ενώ στα τελευταία στάδια της νόσου, παρότι μπορούν να συνυπάρχουν γίνονται λιγότερο εμφανή, γιατί στο προσκήνιο έρχονται με εμφατικό τρόπο συμπτώματα, που μαρτυρούν τη σωματική κατάπτωση του ασθενούς (Tariot & Blazina, 1994). Γενικά τα συμπεριφορικά συμπτώματα της νόσου κάνουν πιο αισθητή την εμφάνισή τους στα πρώιμα στάδια της νόσου (Τζήμος στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Η ειδική συμπτωματολογία της άνοιας περιλαμβάνει παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, παρερμηνείες (λανθασμένες αναγνωρίσεις), καταθλιπτικά συμπτώματα, απάθεια, άγχος καθώς και συμπεριφορικά συμπτώματα, όπως περιπλανήσεις, αναστάτωση, καταστροφικές αντιδράσεις, άρση των αναστολών, αδιάκριτη συμπεριφορά και αρνητισμός (Τζήμος στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Πιο συγκεκριμένα σε μια έρευνα που έγινε, (Jost & Groosberg, 1996) βρέθηκε ότι στα πρώιμα συμπτώματα της άνοιας συμπεριλαμβάνονται συχνά τα καταθλιπτικά και τα αγχώδη συμπτώματα, όπως η κοινωνική απόσυρση και η έλλειψη πρωτοβουλίας. Στα ενδιάμεσα στάδια είναι συχνό φαινόμενο οι ψευδαισθήσεις παρανοϊκού τύπου, η ευερεθιστότητα, η σύγχυση και η άσκοπη περιπλάνηση είναι πιο συχνά συμπτώματα ενώ στα ύστερα στάδια της ασθένειας η κοινωνικά ανάρμοστη συμπεριφορά, οι επαναλαμβανόμενες άσκοπες πράξεις, η επιθετικότητα ή η χαρακτηριστική απάθεια, είναι συχνά παρούσες (Jost & Groosberg, 1996).

Οι γηρίατροι έχουν κάθε λόγο να ερευνηθούν τα προαναφερθέντα συμπεριφορικά συμπτώματα των ασθενών με Αλτσχάιμερ, δεδομένου ότι η περισσότερη έρευνα που έχει γίνει σε ασθενείς με άνοια έχει γίνει σε ασθενείς με Αλτσχάιμερ, και για άλλους τύπους ανοιών. Σε μια έρευνα που έγινε, βρέθηκε ότι όλοι οι ασθενείς με Αλτσχάιμερ είχαν κάποια συμπεριφορικά συμπτώματα (Tariot, Mack, Patterson, Edland, Weiner, Fillenbaum, Blazina, Teri, Rubin, & Mortimer, 1995). Τα συμπτώματα αυτά είναι πολύ εμφανή και επηρεάζουν σαφώς και τους φροντιστές. Μια άλλη έρευνα έδειξε, ότι η πιθανότητα να επιδείξει κάποια συμπεριφορικά συμπτώματα ο ανοϊκός ασθενής προσεγγίζει το 100% (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens, & Breitner, 2000).

Τα συμπεριφορικά συμπτώματα της άνοιας είναι ποικίλα και μπορεί να μπερδέψουν τον φροντιστή. Φαίνεται όμως να υπάρχουν κάποιες σταθερές στη συμπεριφορική συμπτωματολογία των ασθενών (Tariot, Ryan, Porsteinsson, Loy, & Schneider, 2001). Συνήθως τα συμπεριφορικά συμπτώματα δε φτάνουν στο επίπεδο ενός χωριστού συνδρόμου, αλλά λειτουργούν ως υποσύνδρομο της άνοιας (Tariot et al., 2001).

Αναφορικά με τον επιπολασμό της άνοιας φαίνεται να ισχύει:

- 1) δεν υπάρχουν αξιόπιστες και ευρέως αποδεκτές για άτομα ηλικίας μικρότερα των 60
- 2) η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ανέρχεται σε ποσοστό 8%-10%
- 3) η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών ανέρχεται σε ποσοστό 18%-20%
- 4) η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών και σε άτομα άνω των 90 ετών ανέρχεται σε ποσοστό 40% (Δαρδαβέσης στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Τα τελευταία χρόνια ο επιπολασμός της άνοιας έχει αυξηθεί, αφενός γιατί αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων, αφετέρου γιατί μειώθηκε το ποσοστό των νέων τουλάχιστον στις χώρες του αναπτυγμένου κόσμου (Biernacki, 2007).

Η άνοια δεν έχει σχέση με τη φήμη ή την εξουσία. Αρκετοί γνωστοί άνθρωποι όπως ο Ρόναλντ Ρέικαν και οι ηθοποιοί Τσάρτον Ήστον, Τσαρλς Μπρόνσον και Ρίτα Χέιγουορθ πάσχουν από άνοια. Οι περιπέτειες υγείας αυτών των γνωστών ατόμων, σαφώς και βοήθησαν να μειωθεί πολύ το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει αυτήν την ασθένεια. Ειδικά η περίπτωση του Ρέικαν του πρώην προέδρου των Η.Π.Α. βοήθησε ουσιαστικά στη συλλογή κονδυλίων για τη μελέτη της ασθένειας (Biernacki, 2007).

2.2 Φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από Alzheimer

Ιστορικά η φροντίδα των ασθενών με άνοια χωρίζεται σε τρεις περιόδους, σύμφωνα με τους Thornicroft και Tansella (2003). Από το 1880 έως το 1950 υπήρχε η ασυλοποίηση, από τη δεκαετία του '50 και μετά υπήρχε η αποασυλοποίηση και στα τελευταία χρόνια υπάρχει η λεγόμενη ισορροπημένη φροντίδα.

Το άσυλο ήταν απομακρυσμένο από κατοικημένες περιοχές, περιόριζε τους ασθενείς και τους παρείχε ίσα-ίσα τα βασικά για να επιβιώσουν (Thornicroft & Tansella, 2003). Στα άσυλα υπήρχε σκληρή συμπεριφορά προς τους πάσχοντες που περιελάμβανε αλυσίδες και χειροπέδες. Σε πολλές υποανάπτυκτες χώρες χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα η πρακτική του ασύλου (Thornicroft & Tansella, 2003). Η πρακτική του ασύλου είχε πολύ άσχημα θεραπευτικά αποτελέσματα για αυτό και την εγκατέλειψαν οι περισσότερες χώρες (Desjarlais, Eisenberg, Good & Kleinman, 1995).

Στη δεύτερη περίοδο υπήρξε η συνειδητοποίηση των αρνητικών επιδράσεων του ασύλου. Άρχισε ο ασθενής να αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο και νέες θεραπείες εμφανίστηκαν. Οι ψυχολογικές

θεραπείες για τους ηλικιωμένους ανθρώπους με άνοια αναπτύσσονταν πολύ αργά, εξαιτίας του ηλικισμού, της τάσης δηλαδή να θεωρούμε κάποιους ανθρώπους ως «κατώτερους», επειδή έχουν κάποια συγκεκριμένη ηλικία, και της θεωρίας, ότι η κατάσταση των ηλικιωμένων είναι μη θεραπεύσιμη. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει κάποια ουσιαστική μέριμνα και φροντίδα για τους ηλικιωμένους μέχρι τη δεκαετία του '80 (Biernacki, 2007).

Ουσιαστικά τις δεκαετίες του '60 και του '70 υπήρξε μόνο μια θεραπεία, ο προσανατολισμός προς την πραγματικότητα. Αυτή συνίστατο στο να επαναλαμβάνονται κάποιες βασικές πληροφορίες στον ανοϊκό (για παράδειγμα πληροφορίες που αφορούν τον τόπο, το χρόνο και τα άτομα), με την προοπτική ο ασθενής να ξαναμάθει τις πληροφορίες αυτές. Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται εν μέρει ακόμα και σήμερα (Biernacki, 2007).

Αργότερα η Feil (1982) ανέπτυξε μια διαφορετική θεωρία για τη φροντίδα των ασθενών με άνοια, τη θεωρία της επικύρωσης. Είναι μια θεραπεία που βασίζεται στην ενσυναίσθηση. Είναι μια ανθρωπιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει ουσιαστικά την αλλαγή προοπτικής. Μας βάζει δηλαδή να δούμε τα πράγματα από τη σκοπιά των ηλικιωμένων που έχουν άνοια.

Τα τελευταία χρόνια πέρα από τις διάφορες τεχνικές που εφαρμόζονται για την άνοια, η ανακάλυψη των φαρμάκων, που προαναφέραμε, άλλαξε την κατάσταση της φροντίδας των ασθενών με άνοια. Οδήγησε τους φροντιστές να απαιτήσουν περισσότερα για τους ανθρώπους με άνοια. Ζήτησαν ελεύθερη πρόσβαση στα φάρμακα αυτά για όλους τους ασθενείς και δε συμβιβάστηκαν με το ισχύον ιατροκεντρικό σύστημα θεραπείας της ασθένειας. Ως άτομα και ως οργανωμένες ομάδες, οι φροντιστές ζήτησαν περισσότερα για τους ανθρώπους με άνοια και αυτό συνετέλεσε στην ουσιαστική βελτίωση της φροντίδας αυτών των ατόμων (Biernacki, 2007).

Παρά το γεγονός ότι έχουν βελτιωθεί τα πράγματα σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών με άνοια, προβλήματα συνεχίζουν να υπάρχουν. Οι φροντιστές ατόμων με άνοια συχνά παραπονιούνται για τους ασθενείς. Υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς συμπεριφέρονται άσχημα και υποκρίνονται ότι δε μπορούν να κάνουν κάτι, το οποίο μόλις χθες μπορούσαν να το κάνουν. Εξαιτίας αυτής της λανθασμένα αντιλαμβανομένης προσπάθειας εξαπάτησης τους από τους ασθενείς, οι φροντιστές πολλές φορές ανταποκρίνονται θυμωμένα στους ασθενείς (Biernacki, 2007). Έτσι ουσιαστικά δηλητηριάζεται η σχέση των ασθενών με τους φροντιστές, λόγω της άγνοιας των φροντιστών για τη φύση της άνοιας.

Για αυτό είναι σημαντικό να κοινωνηθεί από τους ειδικούς, ότι η συμπεριφορά των ατόμων με άνοια επηρεάζεται άμεσα από τη βλάβη που έχουν υποστεί στο νευρικό τους σύστημα και δε γίνεται για να θυμώσει ή για να παραπλανήσει το φροντιστή και ότι η θυμωμένη ανταπόκριση των φροντιστών στις πράξεις των ατόμων με άνοια δε βοηθάει (Biernacki, 2007).

Όπως έγινε φανερό από τα ανωτέρω, καθώς η άνοια εξελίσσεται, οι δυνατότητες του πάσχοντος αλλάζουν από μέρα σε μέρα. Ο φροντιστής πρέπει να προσαρμοστεί, για να ανταποκριθεί σε αυτές τις αλλαγές (Alzheimer's Association, 2010). Στην αρχή δηλαδή το άτομο μπορεί να χρειάζεται ελάχιστη φροντίδα, αλλά στο τέλος ο φροντιστής θα αναλάβει ολόκληρη τη φροντίδα του ασθενούς (Alzheimer's Association, 2010).

Οι τομείς στους οποίους οι πάσχοντες είναι πιθανότερο να χρειαστούν βοήθεια οι ανοϊκοί είναι το λούσιμο, η φροντίδα των δοντιών, το ντύσιμο, το φαγητό, η τουαλέτα και ο καλλωπισμός. Η απώλεια της ανεξαρτησίας και της ιδιωτικότητας μπορεί να μην μπορούν να γίνουν εύκολα αποδεκτές από τον πάσχοντα. Οι φροντιστές θα πρέπει να είναι ενήμεροι για αυτό, προκειμένου να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα.

Με τα ανωτέρω λεχθέντα περιγράψαμε την μεγάλη πρόοδο που υπήρξε στο θέμα των γνώσεων για τη φύση της άνοιας. Όπως έχει διαφανεί όμως, παρά την ουσιαστικής σημασίας πρόοδο που συνετελέστηκε την τελευταία εικοσαετία στη γνώση μας για την άνοια, εξαιτίας ενός μεγάλου όγκου έρευνας, η οποία αμφισβήτησε ό,τι γνωρίζαμε μέχρι τότε για την άνοια, σχετικά λίγα έχουν πράγματα έχουν αλλάξει επί της ουσίας στη φροντίδα των ασθενών με άνοια (Biernacki, 2007). Υπήρξε δηλαδή κάποια βελτίωση, αλλά το επίπεδο της φροντίδας των ασθενών με άνοια δε είναι το επιθυμητό για διάφορους λόγους.

Ένα από τα κλειδιά προκειμένου ο φροντιστής να παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα είναι να έχει μια εξατομικευμένη διάγνωση για το πρόβλημα της άνοιας που αντιμετωπίζει ο ασθενής που φροντίζει. Αυτό αντίστοιχα θα βοηθήσει και το εξειδικευμένο προσωπικό να δώσει τις σωστές πληροφορίες και τις σωστές συμβουλές στον ασθενή (Biernacki, 2007).

Είναι επίσης σημαντικό οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, να μην παραβλέπουν τις υπαρξιακές επιπτώσεις που έχει μια ζωτική απώλεια, ενώ είναι μεγάλης σημασίας η συνειδητοποίηση του μεγάλης δυσκολίας, που έχει η συνεχής φροντίδα κάποιου ασθενούς (Βαρσαμοπούλου, Β στο

Τσολάκη και Καζής, 2005), προκειμένου να συνεργάζονται επιτυχώς το εξειδικευμένο προσωπικό με τους φροντιστές επ' ωφελεία τους ασθενούς.

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το ψυχολογικό φορτίο του φροντιστή

Η άνοια, όπως έχει προαναφερθεί δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή, αλλά και τον οικογενειακό και φιλικό περίγυρο του ασθενούς, αφού οι ασθενείς χρειάζονται χρόνια και συνεχή φροντίδα. Η φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια τις περισσότερες φορές γίνεται από άτομα του συγγενικού τους περιβάλλοντος, ενώ κάποιες φορές το ρόλο αυτό μπορεί να αναλάβει κάποιος φίλος. Στοιχεία από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής για το 2010 αναφέρουν πως το 94% των φροντιστών ατόμων με κάποιου είδους άνοια είναι συγγενικά πρόσωπα και το 60% από αυτούς είναι γυναίκες (Alzheimer's Association, 2010).

Πάνω από το 70% αυτών που έχουν Αλτσχάιμερ και άλλες συναφείς άνοιες παραμένουν στην κοινότητα και η πλειοψηφία τους δέχεται μη πληρωμένη φροντίδα από κάποιον συγγενή συνήθως, όπως προαναφέρθηκε. Πολλά μέλη οικογενειών ασθενών με άνοια νιώθουν υπερήφανοι για τη φροντίδα που παρέχουν και τα περισσότερα έχουν θετικά συναισθήματα αναφορικά με την παροχή της εν λόγω φροντίδας (Alzheimer's Association, 2010; Farran, Keane-Hagerty, Salloway, Kupferer, Wilken, 1991).

Η διαδικασία της περίθαλψης ενός ασθενούς μπορεί να μπει είτε σταδιακά (π.χ. μέσα από τη διαδικασία μιας προοδευτικής ασθένειας), είτε με τρόπο ξαφνικό (π.χ. ύστερα από κάποιο ατύχημα), στη ζωή κάποιου ατόμου. Στη διαδικασία της περίθαλψης, το σπίτι του ασθενούς μπορεί να είναι, είτε κοντά, είτε μακριά από το σπίτι του περιθάλποντος (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005). Στην περίπτωση που υπάρχει μεγάλη απόσταση μεταξύ των δυο σπιτιών η κατάσταση είναι ακόμα χειρότερη.

Είναι γεγονός ότι σε καταστάσεις εκφυλιστικών και προοδευτικών νόσων ο ασθενής εξαρτάται όλο και περισσότερο από τον περιθάλποντα. Ο περιθάλπων εκτός από τη φροντίδα του ίδιου του ασθενούς έχει να φροντίσει για το σπίτι του ασθενούς και όταν δε ζει με αυτόν, έχει πιθανότατα την ευθύνη για δυο σπίτια, ενώ είναι υπεύθυνος για τις απαραίτητες μετακινήσεις που χρειάζεται ο ασθενής. Είναι επίσης υπεύθυνος για τα νομικά και οικονομικά ζητήματα που προκύπτουν στον ασθενή, τη σωστή

λήψη της απαραίτητης φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς, καθώς και της ουσιαστικής επικοινωνίας με τον ίδιο τον ασθενή (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Η πολυσχιδής φύση της φροντίδας που παρέχουν οι συγγενείς στον ασθενή, είναι αγχογόνος και απαιτητική εξαιτίας των διαφορετικών σταδίων της άνοιας. Έτσι, η φροντίδα ενός ατόμου που πάσχει από κάποιο τύπο άνοιας είναι συχνά πολύ δύσκολη και για το λόγο αυτό πολλά μέλη οικογενειών αυτών των ασθενών βιώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και συναισθηματικού άγχους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι περιθάλποντες να νιώθουν πιεσμένοι ψυχολογικά, αντιμετωπίζοντας μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005). Η φροντίδα δηλαδή κάποιου ασθενούς συνδέεται με χρόνιο άγχος για το φροντιστή, ο οποίος, εξαιτίας αυτού, βρίσκεται σε ψυχολογικό κίνδυνο (Patterson & Grant, 2003; Sörensen, Pinquart, & Duberstein 2002; Rinaldi, Spazzafumo, Mastriforti, Mattioli, Marvardi, Polidori, Cherubini, Abate, Bartorelli, Bonaiuto, Capurso, Cucinotta, Gallucci, Giordano, Martorelli, Masaraki, Nieddu, Pettenati, Putzu, Tammaro, Tomassini, Vergani, Senin, & Mecocci, 2005).

Περισσότερο από το 40% των φροντιστών ατόμων που έπασχαν από κάποιο είδους άνοια ανέφεραν υψηλά έως πολύ υψηλά επίπεδα συναισθηματικού στρες, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό για τους φροντιστές άλλων ηλικιωμένων ήταν 28% (Alzheimer's Association, 2010). Περίπου το ένα τρίτο των οικογενειακών φροντιστών των ασθενών με κάποιο τύπο άνοιας παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης (Taylor, Ezell, Kuchibhatla, Ostbye, & Clipp, 2008). Εκτός από το συναισθηματικό βάρος οι συγγενείς φροντιστές των ασθενών με άνοια είναι πιο πιθανό να δηλώσουν, πως η υγεία τους είναι κακή σε σχέση με κάποιον, που δεν είναι φροντιστής (Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995). Επιπροσθέτως, η φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία, την εργασία, το εισόδημα, τη δουλειά και κατ' επέκταση στην οικονομική ασφάλεια των φροντιστών τους (Alzheimer's Association, 2010).

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός, ότι τα περισσότερα μέλη οικογενειών που φροντίζουν ασθενείς με άνοια περιγράφουν την εμπειρία αυτή ως μία συνεχή αγχογόνο και απογοητευτική κατάσταση. Προκειμένου να ορισθεί η κατάσταση που βιώνουν οι φροντιστές έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί όπως "ψυχολογικό φορτίο του φροντιστή - ΨΦ" (Care giving Burden - CB), "ποιότητα ζωής" (Quality of Life) και "ψυχική ευμάρεια" (Well Being). Οι συγκεκριμένοι ορισμοί είναι δύσκολο να περιγράψουν επαρκώς. Πρέπει να διευκρινιστεί, πως στη βιβλιογραφία, οι τρεις αυτές έννοιες είναι διαχωρισμένες, αλλά αυτό δε σημαίνει για παράδειγμα πως

το ΨΦ είναι το αντίθετο της ψυχικής ευμάρειας, αλλά ότι κάθε μία έννοια αφορά διαφορετικούς τομείς της εμπειρίας του ρόλου του φροντιστή (Coen, O'Boyle, Gregory, & Coakley, 1999).

Ο όρος "ψυχολογικό φορτίο του φροντιστή - ΨΦ" (Care giving Burden - CB) χρησιμοποιείται συχνά, για να περιγράψει το φαινόμενο της συναισθηματικής πίεσης που βιώνουν οι φροντιστές των ασθενών που πάσχουν από άνοια. Το ψυχολογικό φορτίο του να φροντίζεις κάποιον ανοϊκό στο σπίτι έχει γίνει πρόσφατα το επίκεντρο πολλών ερευνών και συζητήσεων. Εξαιτίας των ερευνών αυτών, το ΨΦ έχει συνδεθεί με σωματικές ασθένειες, κατάθλιψη, και μειωμένη ποιότητα ζωής για τους φροντιστές, ενώ έχει επιπτώσεις και στους ίδιους τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια, αφού έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας ζωής αυτών, καθώς και την πρόωμη ιδρυματοποίησή τους.

Ένας τρόπος να οριστεί το ΨΦ είναι ως: "μία πολυδιάστατη αντίδραση στους φυσιολογικούς, ψυχολογικούς, συναισθηματικούς, κοινωνικούς, και οικονομικούς στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την φροντίδα ενός ασθενούς". Η διαφορά του 'ΨΦ' από την 'παροχή φροντίδας', η οποία ορίζεται ως: "οι ενέργειες και οι εμπειρίες που εμπεριέχονται στην παροχή βοήθειας και διευκόλυνσης σε συγγενικά πρόσωπα, τα οποία δεν είναι ικανά να φροντίσουν μόνο τους τον εαυτό τους", είναι πως στη δεύτερη δε συμπεριλαμβάνεται η ψυχολογική ανησυχία και το άγχος που μπορεί να προκύψουν από αυτή (Etters, Goodall, & Harrison, 2008).

Το αυξημένο ΨΦ που βιώνουν οι φροντιστές των ατόμων που πάσχουν από άνοια, είναι ένα φαινόμενο που συναντάται πολύ συχνά και επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό το αποτέλεσμα της φροντίδας. Ο όρος αποτέλεσμα, αναφέρεται στην ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρει ο συγγενής, αλλά και στη διάρκεια αυτής της φροντίδας, η οποία μπορεί να τελειώσει με την ιδρυματοποίηση του ασθενούς. Σε γενικές γραμμές ένα άτομο που βιώνει ΨΦ είναι σίγουρο, πως θα εμφανίσει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα: ανησυχία, στρες, κατάθλιψη, κούραση, απογοήτευση, κακή υγεία, ενοχές, και αγανάκτηση (Coen, O'Boyle, Gregory, & Coakley, 1999). Το ΨΦ προέρχεται από την αντίληψη του φροντιστή, σχετικά με τις δραστηριότητες και τους αγχογόνους παράγοντες και για το λόγο αυτό επηρεάζεται από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως συγγένεια, κουλτούρα, κοινωνικό περιβάλλον, γένος, την κατάσταση του ασθενούς, και το οικογενειακό περιβάλλον.

Η αντικειμενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς έχει γίνει αντικείμενο μελέτης, αναφορικά με το ρόλο που διαδραματίζει στη δημιουργία ΨΦ στο φροντιστή. Πιο συγκεκριμένα, μία ομάδα

επιστημόνων μελέτησε τρεις θεωρητικές υποθέσεις σε μια προσπάθεια να εξηγήσουν τη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της άνοιας και του αντίκτυπου που έχει στο φροντιστή (Townsend, Noelker, Deimling, & Bass, 1989).

Από τις τρεις υποθέσεις η πρώτη υπόθεση είναι, πως οι ασθενείς με άνοια και οι φροντιστές τους βιώνουν μία σταδιακή επιδείνωση στη λειτουργικότητα όσο προχωράει η άνοια, με αποτέλεσμα τα συμπτώματα του ασθενούς να χειροτερεύουν σταθερά και ο φροντιστής να έρχεται σταδιακά αντιμέτωπος με επιπλέον αγχογόνους παράγοντες. Η δεύτερη υπόθεση είναι, πως ο φροντιστής μαθαίνει να προσαρμόζεται με τις εμπειρίες που αποκομίζει όσο περνάει ο καιρός, παρά το γεγονός ότι τα συμπτώματα του ασθενούς θα χειροτερεύουν. Συνεπώς, ο φροντιστής είτε σταθεροποιεί, είτε σε κάποιες περιπτώσεις βελτιώνει τον τρόπο, με τον οποίο λειτουργεί όσο περνάει ο χρόνος, με συνέπεια να βιώνει μειωμένο ΨΦ. Σύμφωνα με την τρίτη υπόθεση αναφέρει, πως ο φροντιστής διατηρεί ένα συνεχές επίπεδο προσαρμογής, παρά το γεγονός πως τα συμπτώματα του ασθενούς χειροτερεύουν, λόγω της τυχόν προϋπάρχουσας ικανότητας που έχει να ανταπεξέρχεται σε στρεσογόνες καταστάσεις, καθώς επίσης και λόγω άλλων πόρων και κοινωνικής συμπαράστασης που μπορεί να έχει (Townsend, Noelker, Deimling, & Bass, 1989).

Όλες οι προαναφερθείσες υποθέσεις βασίζονται στην εικασία, πως η εξέλιξη της άνοιας, τα συμπεριφορικά προβλήματα και οι αγχογόνοι παράγοντες εξελίσσονται με ένα γραμμικό τρόπο. Δηλαδή οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία άγχους, όπως για παράδειγμα τα συμπεριφορικά προβλήματα, επιδεινώνονται, καθώς η ασθένεια προχωράει. Μελέτες όμως δείχνουν, πως τα συμπεριφορικά προβλήματα και η αδυναμία του ασθενούς να αυτοεξυπηρετηθεί δεν εξελίσσεται με γραμμικό τρόπο, αλλά αντιθέτως περνάει από κάποια στάδια.

Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση της μη γραμμικότητας των προβλημάτων του ασθενούς οι αντικειμενικοί αγχογόνοι παράγοντες δεν αυξάνονται αναγκαία όσο εξελίσσεται η άνοια, αλλά σε κάθε στάδιο ο φροντιστής έρχεται αντιμέτωπος με διαφορετικού τύπου προκλήσεις και παράγοντες που μπορούν να του δημιουργήσουν στρες.

Πιο συγκεκριμένα, στα πρώτα στάδια της άνοιας ο φροντιστής θα πρέπει να αντιμετωπίσει προβλήματα που αφορούν υψηλά επίπεδα λειτουργιών του ασθενούς, όπως τη διαχείριση των οικονομικών, τα ψώνια, την οδήγηση κ.α. Στα μεσαία στάδια της άνοιας ο φροντιστής έρχεται αντιμέτωπος κυρίως με συμπεριφορικά προβλήματα, που τείνουν να αναπτύσσονται σε αυτή τη φάση

και μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς, οπότε απαιτούν τη συνεχή προσοχή του ατόμου που τον προσέχει. Επιπλέον, μπορεί να αρχίσουν να δημιουργούνται προβλήματα σε βασικές ανάγκες, όπως τη λήψη τροφής και το ντύσιμο. Τέλος, στα τελευταία στάδια της άνοιας τα συμπεριφορικά προβλήματα μπορεί να μειωθούν, αλλά πλέον ο ασθενής δε μπορεί να κάνει τίποτα μόνος του και χρειάζεται συνεχή φροντίδα. Επιπροσθέτως, το ενδεχόμενο του θανάτου είναι πλέον ορατό και είναι επιβεβλημένη η αντιμετώπιση αυτής της αγχογόνου κατάστασης. Σε όλα τα στάδια ο φροντιστής έχει να αντιμετωπίσει αγχογόνους παράγοντες, όμως οι έρευνες δείχνουν, πως τα συμπεριφορικά προβλήματα τείνουν να προκαλούν περισσότερο άγχος στους φροντιστές απ' ότι τα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης (Haley and Pardo, 1989).

Τέλος, μία ακόμα έρευνα καταδεικνύει την πολυπλοκότητα της σχέσης της σοβαρότητας της ασθένειας με το ΨΦ. Τα αποτελέσματα αυτής έδειξαν, ότι εκτός από τη σοβαρότητα των συμπεριφορικών και λειτουργικών προβλημάτων, ο ρυθμός με τον οποίο συμβαίνουν αυτές οι αλλαγές, έχει κι αυτός σημαντική επίδραση στη δημιουργία ΨΦ (Perren, Schmid, & Wettstein, 2006). Η κατανόηση της επίδρασης που έχει αυτός ο αντικειμενικός αγχογόνος παράγοντας και κατά συνέπεια της πιθανότητας, να βοηθήσει στη δημιουργία αισθήματος ΨΦ στους φροντιστές, στα διάφορα στάδια της νόσου, είναι σημαντική για τον καλύτερο σχεδιασμό των μεθόδων παρεμβάσεως, στις οποίες θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα.

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το ΨΦ είναι ο βαθμός συγγένειας μεταξύ του ασθενούς και του φροντιστή. Αυτός ο παράγοντας ήταν από τους πρώτους που μελετήθηκαν και τα αποτελέσματα που προέκυψαν είχαν αρκετές διαφοροποιήσεις. Σήμερα, η κυρίαρχη θεωρητική άποψη υποστηρίζει, πως οι σύζυγοι των ασθενών με άνοια βιώνουν περισσότερο ΨΦ, κυρίως λόγω του ότι νιώθουν φυλακισμένοι και δεν μπορούν να συνεχίσουν με τη ζωή τους (Etters, Goodall, & Harrison, 2008). Παρόλα αυτά, τουλάχιστον μία σχετικά πρόσφατη έρευνα δεν βρήκε στατιστικά σημαντικές διαφορές στο ΨΦ μεταξύ των ανήλικων παιδιών και των συζύγων ασθενών με άνοια (Chumbler, Grimm, Cody, & Beck, 2003). Σε γενικές γραμμές, όσο πιο κοντινή είναι η συγγενική και συναισθηματική σχέση μεταξύ φροντιστή και ασθενούς, τόσο μεγαλύτερα επίπεδα ΨΦ παρατηρούνται (Etters, Goodall, & Harrison, 2008).

Εκτός από την ποιότητα και το είδος της σχέσης, το φύλο βρέθηκε από έρευνες να διαδραματίζει ρόλο στο ΨΦ που βιώνουν οι φροντιστές. Ειδικότερα, η βιβλιογραφία δείχνει μία ικανότητα των ανδρών να προσαρμόζονται καλύτερα στο ρόλο του φροντιστή. Έρευνες δείχνουν, πως οι γυναίκες

διαφέρουν από τους άνδρες στη φυσιολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις τους, με τους άνδρες να έχουν μικρότερα επίπεδα στρες, κατάθλιψης, άγχους, υποκειμενικού φόρτου, θυμό-επιθετικότητα και σωματικά συμπτώματα. Επιπλέον, έχουν υψηλότερα επίπεδα φυσιολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, και νοητικής υγείας. Δεν έχουν βρεθεί διαφορές στους πόρους αντιμετώπισης (coping resources) που χρησιμοποίησαν, καθώς επίσης και στην κοινωνική υποστήριξη που ζήτησαν (Anthony-Bergstone, Zarit, & Gatz, 1988; Braun, Scholz, Bailey, Perren, Hornung, Martin, 2009; Eiters, Goodall, & Harrison, 2008).

Ένας ακόμα πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το ΨΦ είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων (ΣΑ) (coping strategies). Ο όρος στρατηγικές αντιμετώπισης, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αντιδρά σαν απάντηση στα προβλήματα και τις διαμάχες, με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο. Τα όποια σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που έχουν οι φροντιστές ατόμων με άνοια, τα οποία και θα αναλυθούν διεξοδικά παρακάτω, και ο βαθμός στον οποίο βιώνονται αυτά εξαρτώνται από κάποια χαρακτηριστικά των φροντιστών.

Ένα από τα κρίσιμα χαρακτηριστικά των φροντιστών που καθορίζει ουσιαστικά την κατάσταση της ψυχικής υγείας των φροντιστών, είναι ο προσωπικός τρόπος που έχουν οι φροντιστές, για να αντιμετωπίζουν όποιο πρόβλημα ανακύπτει στη ζωή τους. Υπάρχουν δυο γενικοί τρόποι αντιμετώπισης των διαφόρων προβλημάτων που προκύπτουν στη ζωή των ατόμων. Η αποφυγή και η προσέγγιση. Τα άτομα πρέπει σε κάθε περίπτωση να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα, είτε με στρατηγικές αντιμετώπισης, είτε με στρατηγικές αποφυγής. Οι στρατηγικές αποφυγής περιλαμβάνουν τον αντιπερισπασμό, την καταπίεση σκέψεων, το σταμάτημα σκέψεων, τις διάφορες τεχνικές χαλάρωσης. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την επανεκτίμηση της κατάστασης, την εξέταση των εναλλακτικών λύσεων, τη δράση κ.τ.λ. (Ροδαφινός στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Ποιος τρόπος αντιμετώπισης προβλημάτων είναι πιο αποτελεσματικός, εξαρτάται από την περίσταση. Στις περισσότερες περιστάσεις, ειδικά σε αυτές που χρειάζεται δράση, απαιτούνται στρατηγικές προσέγγισης (Anshel & Kaissidis-Rodafinos, 1997; Bledin Mac Carthy, Kuipers, & Woods, 1990; Gilhooly, 1984; Suls & Fletcher, 1985), οι οποίες δίνουν στο άτομο την αίσθηση ότι ελέγχει την κατάσταση, ενώ στις περιστάσεις που η κατάσταση είναι τέτοια που δε μπορεί να μεταβληθεί, τότε η καλύτερη λύση είναι η εφαρμογή στρατηγικών αποφυγής (Ροδαφινός στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Εκτός από τους γενικότερους τρόπους αντιμετώπισης των πραγμάτων υπάρχουν τρεις ειδικότεροι τρόποι να αντιμετωπίσει ένα άτομο μια κατάσταση, που του προκαλεί άγχος. Είτε το άτομο να αντιμετωπίσει την κατάσταση που προκαλεί τον αγχογόνο παράγοντα, είτε να αντιμετωπίσει το αίτιο που προκαλεί την εν λόγω κατάσταση, είτε τέλος να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα που προκαλούνται από την κατάσταση αυτή. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να είναι εστιασμένες στο πρόβλημα, δηλαδή το άτομο να προσπαθήσει να λύσει το πρόβλημα που προκαλεί την αναστάτωση (προσέγγιση), είτε να είναι εστιασμένες στο συναίσθημα, δηλαδή να προσπαθήσει να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα που προκύπτουν από το πρόβλημα (αποφυγή).

Τρόποι αντιμετώπισης των συναισθημάτων που προκύπτουν από ένα πρόβλημα είναι η αποστασιοποίηση, που συνήθως συμβαίνει, όταν ο θάνατος του ασθενή είναι πλέον ορατός, καθώς επίσης και η ίδια η αποφυγή του προβλήματος. Όσο περισσότερο άγχος και ενοχές βιώνει ο φροντιστής, τόσο πιθανότερο είναι να χρησιμοποιήσει ένα μηχανισμό άμυνας, για να αντιμετωπίσει αυτά τα συναισθήματα (Etters, Goodall, & Harrison, 2008; Samuelsson, Annerstedt, Elmstahl, Samuelsson, & Grafstorm, 2001). Δηλαδή όσο πιο δύσκολη είναι η κατάσταση, τόσο πιθανότερο είναι να καταφύγουν σε στρατηγικές αποφυγής.

Οι έρευνες δείχνουν, πως οι άντρες έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν το στρες χρησιμοποιώντας τακτικές που στοχεύουν στην αλλαγή και διόρθωση του προβλήματος, τακτικές προσέγγισης δηλαδή, σε αντίθεση με τις γυναίκες που χρησιμοποιούν περισσότερο τακτικές που εστιάζουν στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων, δηλαδή τακτικές αποφυγής. Η πιο αποτελεσματική τεχνική αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων βρέθηκε, πως είναι μία μίξη των συναισθηματικών και πρακτικών-άμεσων τεχνικών (Borden and Berlin, 1990; Etters, Goodall, & Harrison, 2008).

Ένας καθαρά κοινωνικός παράγοντας, που έχει βρεθεί να επηρεάζει το αίσθημα του ΨΦ στο φροντιστή, είναι οι διαφορές στην κουλτούρα των λαών. Η κουλτούρα διαμορφώνει την αντίληψη που έχει κάποιος, σχετικά με τις οικογενειακές υποχρεώσεις και κατά συνέπεια επηρεάζει το ΨΦ που μπορεί να βιώσει.

Έρευνες έχουν δείξει, πως οι Αφροαμερικάνοι φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένοι με το ρόλο του φροντιστή, από ότι οι λευκοί Αμερικάνοι και πιο ευχαριστημένοι με την κοινωνική υποστήριξη που δέχονται. Είχαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και γενικά, ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, από ότι οι λευκοί Αμερικάνοι (Clay, Roth, Wadley & Haley, 2008). Τα ανωτέρω

είχαν ως συνέπεια οι λευκοί φροντιστές, να τείνουν να δηλώνουν, πως έχουν κατάθλιψη συχνότερα από τους αντίστοιχους Αφροαμερικανούς. Επιπλέον, αξιολόγησαν την παροχή φροντίδας ως πιο στρεσογόνα, από ότι οι αντίστοιχοι Αφροαμερικανοί. Άλλες μελέτες δείχνουν πως οι Αφροαμερικανοί φροντιστές βιώνουν παρόμοια επίπεδα ΨΦ, αλλά εκδηλώνουν τη δυσφορία τους διαφορετικά (Etters, Goodall, & Harrison, 2008; Halet, West, Wadley, Ford, White, Barret, Harrell, & Roth, 1995).

Εκτός από τις έρευνες για την επίδραση της διαφορετικής κουλτούρας στο ψυχικό φορτίο του φροντιστή, έγινε μια έρευνα (Youn, Knight, Jeong, & Benton, 1999) μεταξύ Κορεατών Αμερικάνων, Λευκών Αμερικάνων και Κορεατών, η οποία αφορούσε, το ποια ομάδα εμφανίζει μεγαλύτερο άγχος για το ρόλο του φροντιστή. Φάνηκε ότι ίσχυε το αντίθετο από ότι υποστήριζε η κρατούσα θεωρία περί οικογένειας. Αυτή προέβλεπε, ότι, εξαιτίας την κουλτούρας του ατομισμού, οι Λευκοί Αμερικάνοι θα είχαν υψηλότερο άγχος, ενώ τα άτομα που προέρχονταν από κοινωνίες που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην οικογένεια θα εμφάνιζαν μικρότερο άγχος. Για παράδειγμα είναι γενικώς αποδεκτό στην κουλτούρα των Κορεατών τους γονείς να τους φροντίζει και να τους γηροκομεί ο μεγάλος γιος της οικογένειας.

Παρά τα όσα προβλέπονται από τις κρατούσες θεωρίες, το αποτέλεσμα ήταν τελικά το αντίθετο από το προσδωκόμενο, δηλαδή οι δυο ομάδες των Κορεατών ένιωθαν περισσότερο άγχος, από ότι οι Λευκοί Αμερικάνοι υποδεικνύοντας ότι οι οικογενειακές αξίες σε κάθε κοινωνία επηρεάζουν το άγχος του φροντιστή, αλλά όχι με τον τρόπο που είχε προβλεφθεί αρχικά (Youn et al., 1999).

Οι Zarit, Orr και Zarit (1985) υποστήριζαν ότι το άγχος που βιώνουν οι φροντιστές μπορεί να μειωθεί, όταν λαμβάνουν υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο, για παράδειγμα, όταν οι συγγενείς ή οι φίλοι τους επισκέπτονται συχνά, αν και αυτό δε φαίνεται να ισχύει για τους Κορεάτες, σύμφωνα με τους Youn & Kim (1995). Τα αποτελέσματα της έρευνας των Youn et al. (1999) εξηγούνται με βάση την εξήγηση των Zarit et al. (1985). Δηλαδή η βοήθεια που λαμβάνουν οι φροντιστές από το κοινωνικό τους περιβάλλον εξηγεί τα αποτελέσματα της έρευνας.

Οι Λευκοί Αμερικάνοι, παρότι έχουν μια κουλτούρα ατομικισμού, είχαν μεγαλύτερη υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο για αυτό και βίωναν τελικά μικρότερα επίπεδα άγχους (Youn et al., 1999). Στις Ασιατικές κουλτούρες λόγω του ότι είναι εντονότερη η αίσθηση της υποχρέωσης της φροντίδας των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας σε συνδυασμό με την απροθυμία να συζητήσουν

τα οικογενειακά θέματα, έχει ως αποτέλεσμα να δέχονται μικρότερη κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη. Συνεπώς, οι Κινέζοι και Κορεάτες φροντιστές ατόμων που πάσχουν από άνοια, είναι πιο πιθανό να πάσχουν από κατάθλιψη και να βιώνουν έντονο ΨΦ για την υποχρέωση της φροντίδας των ασθενών που έχουν αναλάβει (Etters, Goodall, & Harrison, 2008).

Εκτός από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν το ΨΦ, υπάρχει και ο οικονομικός. Συχνά οι υποχρεώσεις του φροντιστή έρχονται σε σύγκρουση με τις επαγγελματικές υποχρεώσεις που πιθανό να έχει. Μερικές φορές η μόνη επιλογή είναι η εγκατάλειψη της δουλειάς, έτσι ώστε να έχει τον απαραίτητο χρόνο να αφιερώσει στον ασθενή. Αυτό φυσικά συνεπάγεται σε τεράστια οικονομική απώλεια. Δυστυχώς το κράτος δεν προβλέπει επαρκή χρονικά άδεια, έτσι ώστε ο φροντιστής να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του που τις περισσότερες φορές είναι μακροχρόνια (Hodgson and Gutler, 1994)

Λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω, κατά βάση, αντικειμενικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το φροντιστή στο να βιώσει ΨΦ, αρκετοί ερευνητές ισχυρίζονται πως υπάρχουν σημαντικές ατομικές διαφορές στον τρόπο, την ένταση και το βαθμό, στον οποίο αυτοί βιώνουν τις διάφορες αγχογόνες και αρνητικές καταστάσεις. Σημαντικό ρόλο λοιπόν στην αντιμετώπιση των διαφόρων αγχογόνων παραγόντων, με τους οποίους θα έρθει σε επαφή ένας φροντιστής ατόμου με άνοια, παίζει η αυτοπεποίθηση και η ικανότητα που νιώθει πως αυτό έχει, στο να αντιμετωπίζει τα επιμέρους προβλήματα που θα προκύψουν. Η αυτοπεποίθηση που έχει το άτομο μπορεί να επηρεάσει και τις τεχνικές αντιμετώπισης ΨΦ που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι έρευνες δείχνουν, πως οι φροντιστές με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση είχαν μειωμένο ΨΦ και αυξημένη ποιότητα ζωής (Etters, Goodall, & Harrison, 2008).

Μία θεωρητική προσέγγιση που αναφέρεται σε αυτό το θέμα ισχυρίζεται, πως το στρες είναι μία σχέση αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον και όχι μία εξωτερική δύναμη, η οποία αυτομάτως έχει αρνητική επίδραση στο άτομο που τη δέχεται. Για παράδειγμα, σε μία έρευνα, οι φροντιστές ασθενών με άνοια είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη, όταν έκριναν με υποκειμενικό τρόπο πως οι ασθενείς είχαν σοβαρά προβλήματα υγείας, παρά το γεγονός πως αντικειμενικά τα συμπτώματα που παρουσίαζαν δεν ήταν τόσο σοβαρά. Πιο συγκεκριμένα, οι φροντιστές που εκλάμβαναν τα συμπεριφορικά προβλήματα και την αναπηρία των ασθενών τους γενικότερα, ως υποκειμενικά αγχογόνα είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Αντιθέτως αυτοί που είχαν αυτοπεποίθηση και ένιωθαν ικανοί να αντιμετωπίσουν τα

συμπεριφορικά προβλήματα και την αναπηρία των ασθενών γενικότερα, είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη (Halley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987).

Πέρα από τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει το αυξημένο ΨΦ για τη φροντίδα των ανοϊκών, και η υγεία καθώς και η ποιότητα ζωής των φροντιστών όπως θα δούμε αναλυτικά παρακάτω μπορεί να επιβαρυνθεί σε μεγάλο βαθμό από τη συνεχή έκθεση στους αγχογόνους παράγοντες που εμπεριέχονται στην παροχή φροντίδας σε άτομα που πάσχουν από κάποιο είδος άνοιας. Για το λόγο αυτό κρίνεται επιτακτική η ανάγκη να δημιουργηθούν νέες πολυπαραγοντικές τεχνικές παρέμβασης για την καλύτερη ενημέρωση και προετοιμασία των φροντιστών στον πολύ δύσκολο και χρονοβόρο ρόλο που έχουν αναλάβει.

Παρά τα προναφερθέντα για τη δυσκολία τη φροντίδας των ατόμων με άνοια οι περισσότεροι ανοϊκοί προτιμούν να μένουν στο σπίτι όσο περισσότερο μπορούν, ενώ, όσο χειροτερεύει η άνοια, οι περισσότεροι φροντιστές αποδέχονται την ιδέα της ιδρυματοποίησης για τον δικό τους άνθρωπο (Cohen, Gold, Shulman, Wortley, McDonald & Wargon, 1993). Φαίνεται ότι, το αν ένας ανοϊκός θα ιδρυματοποιηθεί, εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του φροντιστή και όχι από τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ασθενούς (Morris, Morris, & Britton, 1988).

Τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών για τα χαρακτηριστικά των φροντιστών που επηρεάζουν την ιδρυματοποίηση των ασθενών με άνοια συνοψίζονται στα εξής: οι φροντιστές που είναι νεότεροι και έχουν δουλειά, είναι πιο πιθανό να διαλέξουν την ιδρυματοποίηση (Colerick & George, 1986; Gilhooly, 1996), καθώς και οι φροντιστές που αναφέρουν υψηλότερο αρχικό ψυχολογικό φορτίο και παρέχουν μεγαλύτερη βοήθεια σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Brown, Potter & Foster, 1990; Morycz, 1985; Zarit et al., 1985), ενώ οι φροντιστές από την άλλη που απολαμβάνουν το ρόλο τους, είναι λιγότερο πιθανό να διακόψουν τη φροντίδα που παρέχεται στην κοινότητα (Pruchno, Michaels, & Potashnik, 1990).

Επιπροσθέτως οι Colerick και George (1986) βρήκαν ότι η ιδρυματοποίηση ήταν πιο πιθανή, όταν ο φροντιστής ήταν εξοικειωμένος με αυτού του είδους τις κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ σύμφωνα με μια έρευνα των Mittleman, Ferris, Shulman, Steinberg και Levin (1996) φάνηκε, ότι όταν υπήρχε ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία μαζί με τη συμμετοχή σε υποστηρικτική ομάδα, η οποία να απευθύνεται σε φροντιστές ατόμων με άνοια, καθυστέρουσε την ιδρυματοποίηση των ασθενών με

άνοια για ένα χρόνο. Τέλος, η στάση του φροντιστή απέναντι στην ιδρυματοποίηση σίγουρα παίζει καθοριστικό ρόλο (Deimling & Poulshock, 1985).

Το φύλο δε φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην απόφαση της ιδρυματοποίησης, αν και υπάρχει η τάση οι γυναίκες να στέλνουν περισσότερο τους πάσχοντες στα ιδρύματα, αν και αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι οι γυναίκες φρόντιζαν ασθενείς μεγαλύτερους σε ηλικία, ή από το γεγονός ότι βίωναν της διαδικασία της φροντίδας με περισσότερο άγχος (Cohen et al., 1993). Στη μελέτη των Cohen et al. (1993) το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών, καθώς και η γνωστική έκπτωση των ασθενών, δεν έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην απόφαση για ιδρυματοποίηση των ασθενών, ίσως γιατί το δείγμα τους ήταν ομοιογενές, σε αντίθεση με τα προβλήματα συμπεριφοράς των ασθενών.

Η έναρξη των συμπεριφορικών συμπτωμάτων της άνοιας είναι ένας παράγοντας που αποτρέπει τη μακροχρόνια φροντίδα (Cohen et al., 1993). Ένα σωστά οργανωμένο πρόγραμμα υποστήριξης των φροντιστών είναι πιο πιθανό να καθυστερήσει την ιδρυματοποίηση (Brodaty & Gresham, 1989) και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του φροντιστή (Mohide, Pringle, Streiner, Gilbert, Muir & Tew, 1990).

Μια επαρκής αρχική αξιολόγηση είναι σημαντική, όπως έχει αναφερθεί, αλλά από μόνη της δεν αρκεί. Οι φροντιστές και οι ασθενείς χρειάζονται συνεχιζόμενη υποστήριξη. Ειδικότερα οι φροντιστές χρειάζονται κάποιον να είναι δίπλα τους σε κρίσιμες περιστάσεις, καθώς και σύστημα φροντίδας, που θα είναι ευέλικτο και θα τους βοηθήσει να σταθεροποιήσουν την κατάσταση και να αποφύγουν την ιδρυματοποίηση του ασθενούς, όπου είναι δυνατό (Cohen et al., 1993).

Οι φροντιστές των ανοϊκών είναι συνήθως άτομα μεγάλης ηλικίας και πιο συχνά ο σύντροφος του ασθενούς (Kalucy & Baum, 1993). Έγινε μια έρευνα, η οποία συνέκρινε το ψυχολογικό φορτίο των φροντιστών ατόμων που έχουν άνοια και ατόμων που είχαν εγκεφαλικό επεισόδιο και βρέθηκε, ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του ψυχολογικού φορτίου των φροντιστών των δυο ασθενειών (Draper, Poulos, Cole, Poulos, & Ehrlich, 1992). Οι ηλικιωμένοι φροντιστές ευχαριστιούνται λιγότερο το ρόλο του φροντιστή. Υπάρχει περίπτωση να επιδεινωθεί η υγεία του φροντιστή, λόγω του άγχους που περιλαμβάνει ο ρόλος του φροντιστή (Pruchno et al., 1990).

Οι παράγοντες κινδύνου για τους φροντιστές των δυο ασθενειών, της άνοιας και του εγκεφαλικού επεισοδίου δηλαδή, είναι οι ίδιοι. Αυτοί περιλαμβάνουν το φύλο του φροντιστή (είναι χειρότερα το να είναι γυναίκα (Morris et al., 1991), τη δυσλειτουργική προνοσηρή σχέση μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς (Morris et al., 1988a), τη στενή συγγενική ή αλλού είδους σχέση μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς (Morris et al., 1988b), την έλλειψη ικανοποίησης από την κοινωνική υποστήριξη (Clipp & George, 1990) τη διαταραγμένη κοινωνική λειτουργικότητα (Poulshock & Deimling, 1984) και τα συμπεριφορικά προβλήματα του ασθενούς (O'Connor et al., 1990).

Οι παράγοντες κινδύνου για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν τη δική τους φυσική ανικανότητα, το χαμηλό εισόδημά τους και την περιορισμένη πρόσβασή τους στα μέσα δημόσιας μεταφοράς (Kalucy & Baum, 1993). Όπως προαναφέρθηκε ο τύπος της ασθένειας δεν παίζει ρόλο στην εξέλιξη του άγχους του ασθενούς (Draper, Poulos, Cole, Poulos, & Ehrlich, 1992).

2.4 Σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι φροντιστές των ασθενών με άνοια

Τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και πιο προφανής η εξάρτηση των ψυχικών λειτουργιών, από τη φυσική λειτουργία του εγκεφάλου και το αντίστροφο. Με τις εξελίξεις στις επιστήμες που ασχολούνται με τον εγκέφαλο, αναδεικνύεται η ενότητα ανάμεσα στον εγκέφαλο ως βιολογικό όργανο και το νου, ανατρέποντας τη διστακτική θέση περί της διαφορετικής «ουσίας» του πνεύματος από την ύλη. Έτσι, πριν εμφανιστεί ένα πρόβλημα υγείας παρατηρούνται δυσμενείς παράγοντες και συνθήκες, που σαφώς επηρεάζουν την έναρξη και την πορεία μιας ασθένειας (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Η πολυσχιδής φύση της φροντίδας των ασθενών με άνοια, όπως σκιαγραφήθηκε παραπάνω, έχουν ως αποτέλεσμα την ουσιαστική υποβάθμιση της ζωής του ίδιου του φροντιστή. Εκλείπουν οι δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την προσωπική ανάπτυξη του ίδιου του περιθάλποντος. Συχνά περιφέρεται άσκοπα, χωρίς να γνωρίζει τι ακριβώς θέλει και δε γνωρίζει, πώς να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Μιλάει συχνά για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, αλλά δε μπορεί να δώσει λύσεις στα προβλήματα του. Ένας λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό, είναι οι ανεπαρκείς γνώσεις για τη φύση της ασθένειας της άνοιας. Οι ξαφνικές αλλαγές που μπορούν να συμβούν στην εξέλιξη της άνοιας σαφώς και επιδεινώνουν την κατάσταση (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Σε καθημερινή βάση βλέπουμε λοιπόν, ότι οι περιθάλποντες παρουσιάζουν κάποια ψυχολογικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά είναι:

Άγχος:

Η έρευνα έχει δείξει ότι η έκθεση σε αγχογόνους παράγοντες κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου, σχετίζεται με εγκεφαλική υπερδραστηριότητα και συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης στη μετέπειτα ζωή του ατόμου (Heim, Newport, Heit, Graham, Wilcox, Bonsall, Miller, & Nemeroff, 2000).

Όταν το άτομο βρεθεί σε αγχογόνο κατάσταση, τότε αρχίζει μια αλυσιδωτή αντίδραση που μπορεί να έχει επιπτώσεις στα συναισθήματα, στη σκέψη του και στη φυσιολογία του. Η ψυχολογική πίεση διαταράσσει την προσοχή, τη συγκέντρωση, τη μνήμη και την κρίση του ατόμου (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005). Σε διαπροσωπικό επίπεδο το άγχος δημιουργεί δυσκολίες, γιατί το άτομο απορροφάται από τα προβλήματα του και γίνεται ανασφαλές και οξύθυμο, ενώ σε σωματικό επίπεδο το άτομο γίνεται πιο ευάλωτο σε ασθένειες, είτε καταβάλλει μόνο του το ανοσοποιητικό του σύστημα με τη χρήση αλκοόλ και ουσιών. Σε ψυχολογικό επίπεδο τα αυξημένα επίπεδα άγχους συνδέονται με αϋπνίες και διατάραξη της ψυχικής ευεξίας του ατόμου (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Ουσιαστικά το άγχος που βιώνουν οι φροντιστές των ατόμων με άνοια, είναι το αποτέλεσμα των απαιτήσεων των διαφόρων πτυχών του πολυσχιδούς ρόλου του φροντιστή. Κάθε μέρα αντιμετωπίζει άγχος για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, καθώς και το άγνωστο μέλλον που επίκειται. Το άγχος τον εμποδίζει στις δραστηριότητες του και κατά συνέπεια περιορίζει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχει (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Όπως προαναφέρθηκε, οι φροντιστές ασθενών με άνοια βιώνουν άγχος εξαιτίας του πολυσχιδούς ρόλου του φροντιστή. Το άγχος δηλαδή που βιώνουν οι φροντιστές εξαρτάται από πολλές πηγές. Οι πηγές του άγχους των φροντιστών έχουν χωριστεί σε διάφορες κατηγορίες, μερικές εκ των οποίων είναι: στα προβλήματα συμπεριφοράς του ασθενούς, στα προβλήματα μνήμης του ασθενούς και στα προβλήματα ικανότητας του ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό του, στα προβλήματα του φροντιστή στη δουλειά του, στις συγκρούσεις με τα άλλα μέλη της οικογένειας του, η έλλειψη αναψυχής για το φροντιστή κ.α. (Ροδαφινός στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Το αυξημένο άγχος που βιώνουν οι φροντιστές έχει περαιτέρω επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική τους υγεία και αυτό φυσικά έχει δυσμενή αντίκτυπο στη φροντίδα του ασθενούς με άνοια. Σύμφωνα με την εταιρεία Alzheimer's Disease and Related Disorders πάνω από το 80% των φροντιστών

ανέφεραν, ότι βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ περίπου οι μισοί ισχυρίζονται ότι πάσχουν από κατάθλιψη (Ροδαφινός στο Τσολάκη και Καζής, 2005). Το άγχος πέρα από τα ψυχολογικά συμπτώματα έχει δείχθει, ότι σχετίζεται και με σωματικά συμπτώματα, όπως η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κρυολογήματος (Cohen, et al., 1991), καθώς και η αργή επούλωση των τραυμάτων (Kielcot-Glaser et al., 1999).

Κάποιοι από τους φροντιστές προκειμένου να αντιμετωπίσουν το άγχος καταφεύγουν σε λανθασμένες «θεραπείες», όπως η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η κατάχρηση αλκοόλ, φαγητού και γενικότερα την παραμέληση της ψυχικής και σωματικής υγείας τους, το ξέσπασμα σε άλλους κ.α. (Baumeister & Scher, 1988; Weiten & Lloyd, 1999). Οι υγιείς αντιδράσεις στο άγχος περιλαμβάνουν στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων, αναζήτηση βοήθειας από το περιβάλλον του φροντιστή, αλλαγή στον τρόπο σκέψης (υιοθέτηση δηλαδή ενός πιο προσαρμοστικού και ευέλικτου τρόπου σκέψης), φυσική άσκηση και διατροφή (Ροδαφινός στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Τα προβλήματα συμπεριφοράς του ασθενούς, αν και δεν είναι από τα πιο συχνά, είναι αυτά που θεωρούν οι φροντιστές ότι τους αγχώνουν περισσότερο, γιατί τα προβλήματα που σχετίζονται με τη φροντίδα του ασθενούς θεωρούνται ελεγχόμενα (Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987). Τα προβλήματα συμπεριφοράς του ασθενούς θεωρείται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη (Schulz, O' Brien, Bookwala & Fleissner, 1995).

Θυμός:

Ο φροντιστής είναι πιθανόν να νιώθει θυμό, γιατί πρέπει να φροντίσει τον ασθενή, γιατί τα άλλα μέλη της οικογένειας δεν είναι διατεθειμένα να βοηθήσουν, καθώς και λόγω της δύσκολης συμπεριφοράς του ασθενούς (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Ενοχή:

Τα ανωτέρω συναισθήματα του θυμού είναι πιθανό να δημιουργήσουν ενοχή. Έτσι, για όποιες διαφωνίες ή διαπληκτισμούς είχαν με τον ασθενή στο παρελθόν ο φροντιστής είναι πιθανό να αισθάνεται ένοχος. Πέρα από αυτό είναι πιθανό να αισθάνεται ενοχές για το γεγονός, ότι μπορεί να μην παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα για τον ασθενή, ενοχή για την απώλεια του ελέγχου του εαυτού, ενοχή για τα αισθήματα θυμού απέναντι στον ασθενή, ενοχή εκτός από το συναίσθημα του θυμού, γιατί έχει το δύσκολο έργο της περίθαλψης του ασθενούς (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και

Καζής, 2005). Συναφής με αισθήματα της ενοχής, είναι και τα αισθήματα της ντροπής, τα οποία θα αναλυθούν διεξοδικά.

Θλίψη:

Η άνοια είναι ασθένεια που έχει συνεχείς απώλειες, οπότε είναι λογικό οποιαδήποτε απώλεια να συνδέεται με θλίψη. Καθώς εξελίσσεται η άνοια ο φροντιστής χάνει ουσιαστικά την όποια σχέση είχε με τον ασθενή, ιδιαίτερα όταν υπάρχει έκπτωση στις λειτουργίες της λεκτικής επικοινωνίας και της αναγνώρισης προσώπων, στοιχεία που είναι κρίσιμα για την επικοινωνία του ασθενούς με το περιβάλλον του (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

Κατάθλιψη:

Οι πιο πολλοί φροντιστές, όπως έχει προαναφερθεί βρίσκονται στην τρίτη ηλικία. Οι ηλικιωμένοι φροντιστές λοιπόν, είναι λογικό να έχουν προβλήματα υγείας. Έτσι, έρευνες έχουν δείξει, ότι από μόνη της η τρίτη ηλικία είναι παράγοντας, ο οποίος αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005). Η έρευνα των Newman, Sheldon και Bland (1998) έδειξε, ότι το 11,2% των ατόμων άνω των 65 ετών έχουν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι ακόμα συχνότερη στους ηλικιωμένους, που έχουν κάποια σωματική αναπηρία (Katona & Livingston, 2000).

Οι καταθλιπτικές και γενικότερα οι ψυχικές διαταραχές μένουν πολλές φορές αδιάγνωστες στους ηλικιωμένους, εν μέρει γιατί θεωρούνται φυσικό επακόλουθο του γήρατος (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005). Δηλαδή η περιορισμένη γνώση σχετικά με το τι είναι φυσιολογικό γήρας, επηρεάζει τις πεποιθήσεις των ανθρώπων σχετικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση και την υποτίμηση αυτών.

Εκτός από τα προαναφερθέντα συμπτώματα των φροντιστών είναι πιθανόν να συνυπάρχουν η ψυχική εξάντληση, οι απρόβλεπτες συναισθηματικές αντιδράσεις, η έλλειψη συγκέντρωσης, η κοινωνική απόσυρση και τα συνοδά προβλήματα υγείας. Η υπεραπλούστευση των γεγονότων που μπορεί να κάνουν κάποιοι από τους φροντιστές, μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω όλη την κατάσταση (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

2.5 Ντροπή

Η κοινωνική μας συμπεριφορά σχετίζεται με την ανάγκη μας να ελέγξουμε τις κοινωνικές μας συναναστροφές (να μεγιστοποιήσουμε τα οφέλη και να ελαχιστοποιήσουμε τις ζημιές). Ένα βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής αλληλεπίδρασης σχετίζεται με τα μοντέλα που έχουν οι άλλοι στο μυαλό τους για το άτομο μας (Gilbert & Miles, 2001). Η κοινωνική μας αλληλεπίδραση δηλαδή, έχει σχέση με τη λεγόμενη θεωρία του νου μας. Η θεωρία του νου σχετίζεται με το να αντιλαμβανόμαστε, τι μπορεί να σκέφτονται για εμάς οι άλλοι (Gilbert, 2001b).

Ένα από τα συναισθήματα, τα οποία βιώνουν τα άτομα από την κοινωνική τους αλληλεπίδραση, είναι η ντροπή. Όπως προαναφέρθηκε και οι φροντιστές των ασθενών με άνοια βιώνουν ντροπή. Υπάρχουν πολλές έρευνες που συνδέουν τα συναισθήματα (μεταξύ αυτών και τη ντροπή) με τις γνωστικές λειτουργίες (Brewin, 1996; Frijda, 1993; Oatley & Jenkins, 1992), οι οποίες έδειξαν ότι το συναίσθημα είναι ένας κρίσιμος παράγοντας για την ψυχοπαθολογία.

Η ντροπή παίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη του εαυτού, καθώς και στην κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Από την παιδική ηλικία εμφανίζονται διαφορές στη ντροπή μεταξύ των διαφόρων παιδιών και αυτές οι διαφορές αργότερα παίζουν ρόλο στην ψυχολογική προσαρμογή των ατόμων (Mills, 2005). Η ντροπή αναγνωρίζεται γενικώς, ως ένα ιδιαίτερα έντονο και συχνά αρνητικό συναίσθημα, που περιλαμβάνει αισθήματα κατωτερότητας, και ανικανότητας μαζί με την επιθυμία να αποκρυφτούν αυτές οι αδυναμίες (Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996; Wicker, Payne, & Morgan, 1983).

Οι πιο πολλές μελέτες αναφορικά με τη σχέση ντροπής και ψυχοπαθολογίας έχουν βασιστεί σε συσχετιστικές μελέτες, οι οποίες δεν υποδεικνύουν αιτιότητα (Andrews, Qian, & Valentine, 2002). Κατά καιρούς η ντροπή έχει σχετιστεί με την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το κοινωνικό άγχος και τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου (Mills, 2005).

Ένας λόγος για τον οποίο δεν έχει μελετηθεί η συνεισφορά της ντροπής στην ψυχοπαθολογία, είναι ότι δεν είναι εύκολο να φτιαχτούν κλίμακες, που να μελετούν τη ντροπή χωριστά (Strongman, 1987). Πολλοί ερευνητές αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο τα χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν υψηλά επίπεδα ντροπής (Andrews, 1998).

Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της ντροπής είναι η Test of Self-Conscious Affect (TOSCA; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1989). Μια άλλη μέθοδος μέτρησης της ντροπής είναι μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, όπου οι συμμετέχοντες ρωτούνται ευθέως, για το αν έχουν αισθανθεί ντροπή για κάποια από τα προσωπικά χαρακτηριστικά τους, είτε για κάποια συμπεριφορά τους (Andrews et al., 2002).

Φαίνεται λοιπόν από τα πορίσματα των σχετικών ερευνών ότι η ντροπή παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Andrews, 1995; Andrews & Hunter, 1997; Andrews et al., 2002). Η ντροπή για σωματικά και χαρακτηριστικά σημεία, έχει μεγαλύτερη σημασία από ότι η ντροπή για συγκεκριμένες συμπεριφορές του ατόμου (Andrews et al., 2002). Ακόμα φαίνεται ότι η ντροπή που σχετίζεται με στοιχεία του χαρακτήρα, είναι πιο γενικευμένη από ότι τα άλλα δυο είδη ντροπής (Andrews et al., 2002).

Κατά τα φαινόμενα, η έννοια της ντροπής κατανοείται καλύτερα, αν χωριστεί στα δύο. Το πρώτο κομμάτι είναι η εσωτερική ντροπή, η οποία εστιάζεται στην αρνητική αξιολόγηση του εαυτού. Το δεύτερο κομμάτι είναι η εξωτερική ντροπή, η οποία σχετίζεται με το φόβο του ανθρώπου να δεχτεί αρνητικές κρίσεις από άλλους ανθρώπους (Gilbert, 1998). Μια συναφής αξιολόγηση με την παραπάνω είναι να βλέπουμε τη χαμηλή αυτοπεποίθηση και τη ντροπή, ως δυο διαφορετικές έννοιες (Andrews, 1995; Tangney, 1996).

Η έκθεση σε φυσιολογικά επίπεδα της ντροπής βοηθάει στην υγιή ανάπτυξη του ατόμου, όπως έχει προαναφερθεί. Παρόλα αυτά οι συνεχείς εμπειρίες ντροπής, δεν είναι καλές για την υγεία των ατόμων που τη βιώνουν (Mills, 2005). Οι συνεχείς εμπειρίες ντροπής έχουν συνδεθεί με διάφορα ψυχολογικά συμπτώματα, όπως άγχος, κοινωνική φοβία, φόβος της αρνητικής αξιολόγησης, κατάθλιψη, θυμό, επιθετικότητα, εξωτερίκευση ευθυνών, κατάχρηση ουσιών, αισθήματα κατωτερότητας, σωματοποίησης και συμπτώματα διατροφικών διαταραχών (Andrews et al., 2002; Lutwak & Ferrari, 1997a; Sanftner, Barlow, Marschall, & Tangney, 1995; Scheff, 1995; Tangney, Burggraf, & Wagner, 1995).

Επίσης έχει υποστηριχθεί, ότι παρατεταμένη έκθεση σε υψηλά επίπεδα ντροπής, μπορεί να έχει πολύ άσχημες συνέπειες για τη σωματική υγεία των ατόμων, γιατί ενεργοποιούν κάποιους σωματικούς μηχανισμούς, των οποίων η παρατεταμένη λειτουργία βλάπτει το άτομο (Dickerson, Gruenewald, & Kemeny, 2004). Το να είναι επιρρεπής κάποιος στη ντροπή αποτελεί έναν χρόνιο παράγοντα άγχους και σχετίζεται με την ενεργοποίηση συγκεκριμένων συστημάτων του εγκεφάλου, τα οποία με τη σειρά τους σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, η οποία σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα

άγχους σε διάφορες περιστάσεις (όπως για παράδειγμα στη συνθήκη της δημόσιας ομιλίας) (Mills, 2005).

Υπάρχουν έρευνες που συνδέουν την αρνητική αυτοαξιολόγηση, με την οποία σχετίζεται η ντροπή, με τα αυξημένα επίπεδα άγχους (Lewis & Ramsay, 2002). Στην έρευνα των Lewis και Ramsay (2002) δόθηκε στα παιδιά να εκτελέσουν ένα έργο. Άλλα από αυτά πέτυχαν και άλλα από αυτά απέτυχαν. Από τα παιδιά που απέτυχαν στο έργο, αυτά που συνδύασαν την αποτυχία στο έργο με αρνητική αξιολόγηση του εαυτού τους, είχαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης από ότι τα υπόλοιπα παιδιά που απέτυχαν.

Σχετιζόμενη με την αρνητική αξιολόγηση του εαυτού είναι και ο αρνητικός τρόπος απόδοσης αιτίου. Οι θεωρητικοί που ασχολούνται με τις διαδικασίες απόδοσης αιτίου πιστεύουν, ότι η τάση των ατόμων που έχουν υψηλά επίπεδα ντροπής να θεωρούν, ότι αρνητικό τους συμβαίνει σε εσωτερικές, σταθερές και γενικές αποδόσεις αιτίου και αντίστοιχα, ότι θετικό τους συμβαίνει σε εξωτερικά, ασταθή και μη γενικά αίτια, είναι γενεσιουργός αιτία της κατάθλιψης (Lewis, 1971; Lewis, 1992). Αυτός λοιπόν ο «καταθλιπτικός» τρόπος απόδοσης αιτίου φαίνεται να είναι προδιαθεσικός παράγοντας της κατάθλιψης (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989).

3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1 Στόχος της μελέτης

Ο κύριος στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι διερεύνηση του ρόλου του φύλου των φροντιστών ατόμων που πάσχουν από άνοια στον τρόπο και την ένταση με την οποία βιώνουν τη ντροπή. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζεται αν οι άνδρες φροντιστές διαφέρουν στον τρόπο και την ένταση με την οποία βιώνουν την εσωτερική και την εξωτερική ντροπή σε σχέση με τις γυναίκες φροντιστές.

Άλλες ψυχολογικές παράμετροι που εξετάζονται αφορούν:

- α) την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων στις οικογένειες οι οποίες πρέπει να φροντίσουν ένα ασθενή με άνοια.
- β) τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι φροντιστές ατόμων που πάσχουν από άνοια.
- γ) τα επίπεδα επιθετικότητας που παρατηρούνται στην ομάδα των εν λόγω φροντιστών.
- δ) άλλες παράμετρους της ψυχοπαθολογίας.

3.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η ντροπή συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή (Gilbert, 1998; Shweder, 2003). Ως προς την εξωτερική ντροπή, λοιπόν, η πειραματική υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής των ανδρών φροντιστών.
- Ως προς την εσωτερική ντροπή, η πειραματική υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα εσωτερικής ντροπής των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα εσωτερικής ντροπής των ανδρών φροντιστών.

- Όσον αφορά την εχθρότητα, η πειραματική υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα εχθρότητας των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα εχθρότητας των ανδρών φροντιστών.
- Ως προς το άγχος, η πειραματική υπόθεσή μας είναι ότι τα επίπεδα άγχους των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα άγχους των ανδρών φροντιστών και ότι οι φροντιστές ασθενών με άνοια συνολικά θα βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με το φυσιολογικό πληθυσμό.
- Αναφορικά με τις οικογενειακές σχέσεις, η πειραματική υπόθεση είναι ότι οι γυναίκες φροντιστές ασθενών με άνοια θα αναφέρουν διαφορετικά επίπεδα δυσλειτουργίας στις οικογένειές τους από τους άνδρες φροντιστές.
- Όσον αφορά την ψυχοπαθολογία, η πειραματική υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια θα διαφέρουν από τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των ανδρών φροντιστών.

4. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Αντιμετώπιση του Πόνου» από τον Νοέμβριο του 2010 έως τον Σεπτέμβριο του 2010.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν συγγενείς ασθενών με άνοια και Alzheimer.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών) συγγενείς ασθενών με άνοια και Alzheimer.
2. Μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον αποφοίτου δημοτικού σχολείου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρυνμένη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλαμβάνει την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που θα αφορούν στο συναίσθημα της ντροπής, το άγχος, την εχθρότητα και τις μορφές της, καθώς και το οικογενειακό περιβάλλον.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονται από τα ίδια τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα, σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, θα καταγράφουν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Τα άτομα που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργήσει έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώνει το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή

πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

4.1 Δείγμα

Συνολικά τα άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα και δέχθηκαν να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια ήταν 55. Συγκεκριμένα, 21 άνδρες (ποσοστό 38%) και 34 γυναίκες (ποσοστό 62%). Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 51 (T.A.= 12.42) χρόνια.

4.2 Διαδικασία

Οι ερευνητές θα χορηγήσουν σε άτομα ενήλικα, συγγενείς ασθενών με άνοια και Alzheimer, τα αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο θα παραδίδει κλειστό (αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές θα βρίσκονται στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειαστεί.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων θα γίνει από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες θα καταγραφούν και θα προσδιοριστούν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

4.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία

4.3.1 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες και έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες που εξέταζαν το αίσθημα της ντροπής (Guilbert, 2000; Guilbert and Miles, 2000; Benn, Harvey, Gilbert, and Irons, 2005; Guilbert, Boxall, Cheung, and Irons, 2005). Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Paschou, Kaltsouda and Gouva, 2009; Paschou and Gouva, 2008; Paschou, Damigos, Mavreas, and Gouva, 2010).

4.3.2 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002). Το ESS έχει χρησιμοποιηθεί

στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Kaltsouda, Paschou and Gouva, 2009; Paschou and Gouva, 2008, Paschou, Damigos, Mavreas, and Gouva, 2010).

4.3.3 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και σε σωματικούς ασθενείς (Gouva et al., 2008; Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

4.3.4 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos (Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990)

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους

των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos (Moos, R. 1990) έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους (Holahan et al., 1995; Holahan et al., 1997)

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
 - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
 - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
 - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς και σε μέλη της οικογένειάς τους (Gouna et all, 2008; Γκούβα, 2003; Μάτσα, 1997).

4.3.5 Κλίμακα Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Spielberger;1970)

Για την αξιολόγηση του άγχους, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτερων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002; Γκούβα, 2003; Gouna et al., 2008). Οι Fountoulakis κα. (2006) σε μια πρόσφατη μελέτη εξέτασαν την αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας άγχους STAI τόσο σε υγιή άτομα όσο και σε ασθενείς με κατάθλιψη. Ανέφεραν μέσο όρο για το υγιές δείγμα 34.30 (T.A.=10.79) για το παροδικό άγχος και 36.07 (T.A.=10.47) για το μόνιμο άγχος. Για το δείγμα των ασθενών με κατάθλιψη τα αποτελέσματα ήταν 56.22 (T.A=8.66) και 53.83 (T.A.=10.87) αντίστοιχα. Ο δείκτης Cronbach's alpha βρέθηκε να είναι 0.93 για την υποκλίμακα του παροδικού άγχους και 0.92 για την υποκλίμακα του χρόνιου άγχους. Τέλος, η μέθοδος ελέγχου αξιοπιστίας με επανεξέταση έδειξε συσχέτιση 0.96 για την υποκλίμακα παροδικού άγχους και 0.98 για την υποκλίμακα χρόνιου άγχους (Fountoulakis, Papadopoulou, Kleanthous, Papadopoulou, Bizeli, Nimatoudis, Iacovides, & Kaprinis, 2006).

4.3.6 Λίστα Συμπτωμάτων SCL-90-R

Η λίστα συμπτωμάτων SCL-90-R η οποία δημιουργήθηκε από τον Derogatis (1975, 1994) είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ψυχολογικά εργαλεία αξιολόγησης από τους ψυχοθεραπευτές. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται ως βοήθεια στις διαγνώσεις, ως μέτρηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας, καθώς επίσης και ως εργαλείο συγκέντρωσης πληροφοριών αναφορικά με τη σχεδίαση του θεραπευτικού πλάνου. Το SCL-90-R έχει χορηγηθεί σε ασθενείς με ποικίλες διαγνώσεις και διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά σε ποικίλους θεραπευτικούς χώρους (Derogatis, 1994). Αποτελείται από 90 ερωτήσεις οι οποίες είναι σχεδιασμένες να σκιαγραφήσουν τα πιο συχνά απαντώμενα συμπτώματα ψυχιατρικών και μη ασθενών (Swett, 1996). Πιο συγκεκριμένα, συμπεριλαμβάνει εννιά κύριες διαστάσεις συμπτωμάτων και τρεις γενικευμένες μετρήσεις σε μια προσπάθεια να μετρηθούν αξιόπιστα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα. Οι εννιά διαστάσεις συμπτωμάτων είναι: Σωματοποίηση, Ψυχαναγκασμός, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Επιθετικότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοϊκός Ιδεασμός, και Ψύχωση, ενώ οι γενικευμένες μετρήσεις είναι: ο δείκτης σοβαρότητας των συμπτωμάτων, ο δείκτης των θετικών συμπτωμάτων ανησυχίας, και ο συνολικός δείκτης θετικών συμπτωμάτων (Derogatis, 1994). Το SCL-90-R έχει βρεθεί να είναι αξιόπιστο και έγκυρο όταν οι μετρήσεις του χρησιμοποιούνται για την πρόβλεψη της έκβασης διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων, στις περιπτώσεις όπου χρησιμοποιήθηκαν οι παραδοσιακές κλίμακες συλλογής ψυχολογικών μετρήσεων (Elliot, Fox, Beltyukova, Stone, Gunderson, & Xi Zhang, 2006).

4.3.7 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία), αλλά και ερωτήσεις για την σωματοψυχική τους υγεία και την ταυτότητα του συγγενούς που ασθενεί με Alzheimer.

4.4 Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, θα χρησιμοποιηθούν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος

όρος, σταθερή απόκλιση (SD), τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) των ανδρών συγγενών ασθενών με άνοια και Alzheimer και των γυναικών συγγενών ασθενών με άνοια και Alzheimer ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Για τη σύγκριση των δύο κατανομών (απαντήσεις ανδρών και γυναικών) που αφορούν τις ποσοτικές μεταβλητές, θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία t test, αν οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποιήσουν ότι η υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών δεν απορρίπτεται. Δηλαδή οι κατανομές είναι κανονικές.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία χ^2 . Συγκεκριμένα, θα χρησιμοποιηθεί (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000):

- το X^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το X^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το X^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ της ομάδας των ανδρών και των γυναικών θα χρησιμοποιηθεί ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης, Pearson αν η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους είναι κανονική. Συγκεκριμένα, με το συντελεστή συσχέτισης θα προσδιοριστεί:

- η στατιστική συσχέτιση όλων των ποσοτικών μεταβλητών ανά δύο τόσο για την ομάδα των ανδρών, την ομάδα των γυναικών όσο και για το σύνολο του δείγματος.

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών θα γίνουν στα προγράμματα Excel και SPSS ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που θα αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών θα εφαρμοστούν στο στατιστικό πακέτο SPSS

Τελικά επιλέχτηκε η χρησιμοποίηση δεκαέξι t-test με ανεξάρτητες μετρήσεις για να εξεταστούν οι διαφορές μεταξύ ανδρών και δυναικών αναφορικά με τις ακόλουθες μεταβλητές: Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS), Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (ESS), Κλίμακα Παροδικού Άγχους STAI (State), Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας HDHQ, Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES-FORM R, και SCL 90 - R και τις υποκλίμακες του (γενικός δείκτης σοβαρότητας των συμπτωμάτων: GSI, συνολικός δείκτης θετικών συμπτωμάτων: PST, δείκτης των θετικών συμπτωμάτων ανυσηχίας: PSDI, Σωματοποίηση, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Επιθετικότητα, και Φοβικό Άγχος).

Επίσης, ένα one-sample t-test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των επιπέδων του άγχους του δείγματος των φροντιστών ασθενών με άνοια με τα επίπεδα άγχους του Ελληνικού πληθυσμού.

Τέλος, το παραμετρικό τεστ συσχέτισης Pearson r χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ όλων των μεταβλητών για το δείγμα δυναολικά.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Συγκρίσεις Μέσων Όρων

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τα t-test για ανεξάρτητα δείγματα όλων των μεταβλητών παραθέτονται στον Πίνακα 5.1.

Πίνακας 5.1 - Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις με διαφορές t. Ψυχολογικοί Παράμετροι των Φροντιστών Ασθενών με Άνοια			
	Γυναίκες Μέσος όρος (T.A.)	Άνδρες Μέσος όρος (T.A.)	Διαφορές t
Εξωτερική Ντροπή (OAS) ΣΥΝΟΛΙΚΑ	17.85 (11.30)	11.00(6.36)	2.54*
Εσωτερική Ντροπή (ESS) ΣΥΝΟΛΙΚΑ	51.12 (14.66)	43.52 (9.51)	2.11*
Παροδικό Άγχος (STAI State)	44.50 (9.77)	44.48 (12.21)	0.08
Επιθετικότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)	15.91 (5.67)	17.43 (7.30)	-.86
Οικογενειακό Περιβάλλον (FES-Form-R)	56.76 (10.23)	57.86 (11.45)	-.37
Λίστα Ψυχολογικών Συμπτωμάτων - Αναθεωρημένη (SCL-90-R) ΣΥΝΟΛΙΚΑ	75.82 (44.30)	56.67 (43.05)	1.59
Γενικός Δείκτης Σοβαρότητας των Συμπτωμάτων (SCL-90-GSI)	0.89 (0.52)	0.63 (0.48)	1.86 _{MS}
Συνολικός Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90-PST)	44.03 (19.83)	32.90 (17.64)	2.11*
Δείκτης των Θετικών Συμπτωμάτων Ανησυχίας (SCL-90-PSDI)	1.64 (0.44)	1.52 (0.41)	0.96
Σωματοποίηση	11.38 (9.20)	8.24 (7.47)	1.39
Διαπροσωπική Ευαισθησία	9.03 (6.00)	6.33 (5.44)	1.67
Κατάθλιψη	13.97 (10.62)	9.38 (8.98)	1.65
Άγχος	6.56 (5.91)	4.71 (5.88)	1.13
Επιθετικότητα	3.85 (3.00)	3.62 (2.40)	0.30
Φοβικό Άγχος	1.91 (3.00)	1.65 (2.59)	0.34

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05; MS (Οριακά μη-στατιστικά σημαντικό) (0,05<P<0,10)

5.1.1 Εξωτερική Ντροπή

Το παραμετρικό τεστ σύγκρισης μέσων όρων t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι οι γυναίκες φροντιστές (M.O.=17.85, T.A.=11.30) βιώνουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής συγκριτικά με τους άνδρες φροντιστές (M.O.=11.00, T.A.=6.36) (t(53)=2.54, p<0.05).

5.1.2 Εσωτερική Ντροπή

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε επίσης μεταξύ των γυναικών (M.O.=51.12, T.A.=14.66) και ανδρών (M.O.=43.52, T.A.=9.51) φροντιστών αναφορικά με τα καταγεγραμμένα επίπεδα εσωτερικής ντροπής, με τις γυναίκες φροντιστές να βιώνουν περισσότερη εσωτερική ντροπή από τους αντίστοιχους άνδρες φροντιστές ($t(53)=2.11, p<0.05$).

5.1.3 Ψυχοπαθολογία (SCL-90-R)

Οι γυναίκες φροντιστές φρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα σκορ σε ορισμένες κλίμακες μέτρησης της ψυχοπαθολογίας σε σύγκριση με τους άνδρες φροντιστές. Πιο συγκεκριμένα, ένα τεστ σύγκρισης μέσω t -test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι οι γυναίκες φροντιστές (M.O.=44.03, T.A.=19.83) είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα αποτελέσματα στην υποκλίμακα των Συνολικών Θετικών Συμπτωμάτων (PST) από τους αντίστοιχους άνδρες φροντιστές (M.O.=32.90, T.A.=17.64) ($t(53)=2.11, p<0.05$).

Ένα ακόμα t -test για ανεξάρτητα δείγματα φανέρωσε παρόμοια αποτελέσματα, με τις γυναίκες φροντιστές (M.O.=0.89, T.A.=0.52) να έχουν υψηλότερα σκορ στην υποκλίμακα Γενικό Δείκτη Σοβαρότητας των Συμπτωμάτων (GSI) σε σύγκριση με τους φροντιστές του αντίθετου φύλου (M.O.=0.63, T.A.=0.48) ($t(53)=1.86, MS$). Παρά το γεγονός ότι η παραπάνω καταγεγραφήσα διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική, άλλα οριακά μη-στατιστικά σημαντική, δείχνει την πιθανή ύπαρξη μιας ενδιαφέρουσας σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών.

5.1.4 Παροδικό Άγχος (STAI State)

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ένταση του παροδικού άγχους που βιώνουν οι γυναίκες φροντιστές σε σχέση με το παροδικό άγχος που βιώνουν οι άνδρες φροντιστές έτσι όπως αυτό μετρήθηκε με την κλίμακα μέτρησης παροδικού άγχους STAI ($t(53)=.08, NS$). Αυτό σημαίνει πως οι άνδρες και οι γυναίκες φροντιστές δε διαφέρουν στα επίπεδα άγχους που βιώνουν.

Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του άγχους του δείγματος συνολικά (M.O.=43.21) και του μέσου όρου του άγχους του φυσιολογικού πληθυσμού (M.O.=43.21) ($t(54)=0.38, p=NS$). Η τιμή του μέσου όρου που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτή που προέκυψε από τη

δεύτερη στάθμιση της κλίμακας άγχους STAI για τον Ελληνικό πληθυσμό (Αναγνωστοπούλου, 2002) (Πίνακας 5.2).

Πίνακας 5.2 - Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις με διαφορές t για το Παροδικό Άγχος.			
	Φροντιστές	Φυσιολογικός Πληθυσμός	Διαφορές
	Μέσος Όρος	Μέσος Όρος	t
Παροδικό Άγχος (STAI State)	44.49	43.21	.38 _{NS}

NS= Δεν είναι στατιστικά σημαντικό

5.1.5 Επιθετικότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα επιθετικότητας που εκδηλώνουν οι γυναίκες φροντιστές σε σχέση με τα επίπεδα επιθετικότητας που εκδηλώνουν οι άνδρες φροντιστές έτσι όπως αυτό μετρήθηκε με την κλίμακα μέτρησης επιθετικότητας και κατεύθυνσης της επιθετικότητας HDHQ ($t(53)=-.86$, NS). Αυτό σημαίνει πως οι άνδρες και οι γυναίκες φροντιστές δε διαφέρουν όσον αφορά την επιθετικότητά τους.

5.1.6 Οικογενειακό Περιβάλλον (FES-Form-R)

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος των οικογενειών των γυναικών φροντιστών σε σχέση με την κατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος των οικογενειών των ανδρών φροντιστών έτσι όπως αυτή καταγράφηκε από την κλίμακα μέτρησης οικογενειακού περιβάλλοντος (FES-Form-R) ($t(53)=.08$, NS). Αυτό σημαίνει πως η οικογενειακή λειτουργία και οι σχέσεις μεταξύ των μελών των οικογενειών των γυναικών και ανδρών φροντιστών βρίσκονται σε παρόμοια επίπεδα.

5.2 Συσχετίσεις

Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών παραθέτονται στον Πίνακα 5.3.

Πιο αναλυτικά, βρέθηκε στατιστικά σημαντική μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ ($r=.61$, $df=53$, $p<0.05$) εσωτερικής ντροπής όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Experience of Shame Scale (ESS) και

εξωτερικής ντροπής όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Other As Shamer scale (OAS). Μέτριες θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν επίσης μεταξύ εσωτερικής ντροπής και παροδικού άγχους ($r=.39$, $df=53$, $p<0.05$), χρόνιου άγχους ($r=.38$, $df=53$, $p<0.05$), και επιθετικότητας ($r=.38$, $df=53$, $p<0.05$).

ΜΕΤΑΒΑΗΤΕΣ	Πίνακας 5.3 - Συσχετίσεις					
	OAS	ESS	STAI State	STAI Trait	HDHQ	FES-Form R
Γενικός Δείκτης Σοβαρότητας των Συμπτωμάτων (SCL-90-GSI)	.58***	.60***	.49***	.57***	.49***	-.21
Συνολικός Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (SCL-90-PST)	.56***	.61***	.43**	.51***	.48***	-.27*
Δείκτης των Θετικών Συμπτωμάτων Ανησυχίας (SCL-90-PSDI)	.47***	.61***	.47***	.51***	.51***	-.11
Σωματοποίηση	.45**	.40**	.46***	.51***	.36**	-.11
Διαπροσωπική Ευαισθησία	.62***	.67***	.33*	.51***	.45**	-.23
Κατάθλιψη	.54***	.59***	.61***	.71***	.53***	-.30*
Άγχος	.53***	.61***	.65***	.66***	.45**	-.11
Επιθετικότητα	.11	.32*	.18	.20	.43**	-.25
Φοβικό Άγχος (OAS) ΣΥΝΟΛΙΚΑ	-	.61***	.17	.23	.17	-.23*
(ESS) ΣΥΝΟΛΙΚΑ		-	.39**	.38**	.38**	-.10
Παροδικό Άγχος (STAI State)			-	.78***	.25MS	-.21
Χρόνιο Άγχος (STAI Trait)				-	.43**	-.29*
Επιθετικότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας (HDHQ)					-	-.32*
Οικογενειακό Περιβάλλον (FES-Form R)						-

*** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$; MS (Οριακά μη-στατιστικά σημαντικό) ($0,05<P<0,10$)

Η εξωτερική ντροπή από την άλλη έχει βρεθεί να είναι αρνητικά συσχετιζόμενη με το οικογενειακό περιβάλλον όπως μετρήθηκε από την κλίμακα FES-Form R ($r=-.23$, $df=53$, $p<0.05$). Αυτό σημαίνει ότι η αστάθεια στο οικογενειακό περιβάλλον των φροντιστών ατόμων που πάσχουν από Alzheimer's συμβάλει στο να αισθάνονται οι φροντιστές μεγαλύτερη εξωτερική ντροπή.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το φύλο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής που βιώνουν οι φροντιστές ατόμων που πάσχουν από κάποιου είδους άνοια. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες φροντιστές βρέθηκε να είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άνδρες φροντιστές σε συναισθήματα ντροπής για το ρόλο τους σαν πάροχες φροντίδας σε ένα συγγενή τους που πάσχει από άνοια.

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά την εξωτερική ντροπή οι γυναίκες φροντιστές φαίνεται πως βιώνουν εντονότερα από τους αντίστοιχους άνδρες το αίσθημα πως κρίνονται και υποτιμούνται από τον κοινωνικό τους περίγυρο για το ρόλο τους αυτό. Αυτή η διαφορά που παρατηρήθηκε ίσως έχει να κάνει με το γεγονός ότι οι γυναίκες συνήθως έχουν περισσότερο ανεπτυγμένα κοινωνικά δίκτυα από τους άνδρες με αποτέλεσμα αυτό να τις καθιστά πιο ευαίσθητες σε παράγοντες που επηρεάζουν τις δυναμικές αυτών των δικτύων (Maccoby, 1990; Kim, Jorgensen, & Thibodeau, 2011). Τέτοιες καταστάσεις είναι πιο σύνηθες σε επαρχιακές πόλεις της Ελλάδας όπου οι κοινωνίες είναι ακόμα πιο συντηρητικές και οι άνθρωποι λιγότερο ενημερωμένοι σχετικά με ασθένειες όπως η άνοια. Ιδιαίτερα στο μέσο στάδιο της άνοιας όπου τα συμπεριφορικά συμπτώματα (π.χ. αυξημένη επιθετικότητα, να φεύγει από το σπίτι) του ασθενή είναι πιο έντονα μπορεί να φέρουν τον φροντιστή σε δύσκολη θέση αυξάνοντας το αίσθημα πως γίνεται αντικείμενο αρνητικού σχολιασμού από τον κοινωνικό περίγυρο.

Η παραπάνω υπόθεση ενισχύεται από τα αποτελέσματα της μέτρησης της διαπροσωπικής ευαισθησίας. Παρά το γεγονός ότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας μεταξύ των δύο φύλων, οι γυναίκες φροντιστές $M.O.=9.03$ ($T.A.=6.00$) παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα στην εν λόγω μέτρηση από ότι οι άνδρες $M.O.=6.33$ ($T.A.=5.44$). Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την τάση που έχουν οι άνθρωποι που βιώνουν μια "ιδιαίτερη" κατάσταση να παρατηρούν τις αντιδράσεις των άλλων. Αυτή η τάση γίνεται κατανοητή σαν η προσπάθεια που κάνει το άτομο να "επιβιώσει", μιας και η εξωτερική ντροπή αφορά κυρίως αυτο που είναι γνωστό ως "το βλέμμα των άλλων". Είναι δηλαδή μία αντίδραση στο αίσθημα πως το άτομο δεν προκαλεί αρκετά θετικά συναισθήματα ή ακόμα χειρότερα προκαλεί αρνητικά συναισθήματα στους άλλους (Heller, 2003; Paschou, Damigos, Mavreas, & Gouva, 2010). Με βάση αυτή τη θέση ένα άτομο που έχει μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο είναι αναμενόμενο να παρουσιάσει μεγαλύτερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας.

Οι γυναίκες φροντιστές εκτός από το ότι αισθάνονται εντονότερα και πιο επικριτικά τα "βλέμματα" των άλλων γύρω τους βιώνουν εντονότερα από τους άνδρες φροντιστές και το αίσθημα της εσωτερικής ντροπής. Η αυξημένη εσωτερική ντροπή μεταφράζεται σε αυξημένες τύψεις που νιώθει κάποιος και οι οποίες καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο στα συναισθήματά του. Η δύσκολη και μακροχρόνια προσπάθεια ενός φροντιστή ασθενή με άνοια είναι πολύ επίπονη τόσο ψυχικά όσο και σωματικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα συχνά οι φροντιστές να έχουν αρνητικές σκέψεις για τον ασθενή για τις οποίες αργότερα αισθάνονται τύψεις. Τα στοιχεία της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν πως οι γυναίκες φροντιστές βιώνουν αυτή τη διαδικασία εντονότερα από τους αντίστοιχους άνδρες.

Όσον αφορά την ντροπή γενικότερα, μελέτες έδειξαν πως οι ατομικές διαφορές στην εκδήλωσή της σχετίζονται με ένα φάσμα διαπροσωπικών και ενδοπροσωπικών χαρακτηριστικών προσαρμογής (Tangney, 2001; Gilligan, 2003). Τα στοιχεία της παρούσας μελέτης δείχνουν πως τουλάχιστον αναφορικά με τους φροντιστές των ασθενών με άνοια ένας πρόσθετος παράγοντας που επηρεάζει την εμπειρία της ντροπής είναι το φύλο του φροντιστή.

Εκτός από την ντροπή όμως οι γυναίκες φροντιστές φάνηκε να είναι πιο επιρρεπείς και στις ψυχικές παθήσεις όπως μετρήθηκαν από το δείκτη μέτρησης των θετικών συμπτωμάτων του SCL-90-R. Επιπλέον, και ο γενικός δείκτης σοβαρότητας των συμπτωμάτων (SCL-90-GSI) παρόλο που οριακά δεν ήταν στατιστικά σημαντικός, ίσως λόγω του σχετικά μικρού αριθμού του δείγματος, έδειξε μία μεγαλύτερη επιρρέπεια των γυναικών φροντιστών σε σύγκριση με τους αντίστοιχους άνδρες ως προς την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας.

Τα αποτελέσματα αναφορικά με τις συσχετίσεις που δείχνουν μία μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και εσωτερικής ντροπής ($r=.59$) συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Andrews, Qian, και Valentine (2002) οι οποίοι ομοίως ανέφεραν θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών ($r=.60$). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι και στις δύο μελέτες χρησιμοποιήθηκε η ίδια μέτρηση για την εσωτερική ντροπή και την κατάθλιψη. Ομοίως, μία πρόσφατη μέτα-ανάλυση ενός μεγάλου αριθμού μελετών αναφορικά με τη σχέση ντροπής και κατάθλιψης ανέφερε συσχέτιση της τάξης του ($r=.42$) (Kim, Jorgensen, & Thibodeu, 2011).

Η ίδια έρευνα ανέφερε την ύπαρξη μέτριας θετικής συσχέτισης και μεταξύ της εξωτερικής ντροπής και της κατάθλιψης ($r=.56$) (Kim, Jorgensen, & Thibodeu, 2011) αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με το αντίστοιχο αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ($r=.54$).

Υπάρχουν όμως και κάποιοι παράγοντες που μπορεί να περιορίσουν την εξαγωγή συμπερασμάτων από την παρούσα έρευνα. Ένας περιορισμός έχει να κάνει με το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος (55 συμμετέχοντες) σε σύγκριση με άλλες σχετικές μελέτες. Ο λόγος για το μικρό αριθμό των συμμετεχόντων έχει να κάνει κυρίως με τον μεγάλο αριθμό ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν και των συνεπαγόμενο μεγάλο χρόνο που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωσή τους. Πιο συγκεκριμένα, ο χρόνος αυτός ανέρχονταν σε περισσότερο από μία ώρα, γεγονός που έδρασε ανασταλτικά στη συμμετοχή των περισσότερων από τα άτομα στα οποία ζητήθηκε να συμμετάσχουν.

Ένας δεύτερος περιορισμός αφορά το γεγονός ότι υπάρχει ένας αριθμός δευτερευόντων μεταβλητών που μπορεί να είχαν ανεπιθύμητη επίδραση στη σχέση των μεταβλητών οι οποίες υπήρξαν αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης έρευνας. Παραδείγματα τέτοιων μεταβλητών είναι: η ηλικία του φροντιστή, το στάδιο της ασθένειας του ασθενή, το χρονικό διάστημα που νοσεί ο ασθενής και τη σχέση μεταξύ του φροντιστή και του ασθενή (π.χ. αδέρφια, σύζυγοι, παιδί-γονίος, άλλου είδους συγγένεια). Ένας νεότερος φροντιστής για παράδειγμα πιθανόν να βίωνε λιγότερη ντροπή σε σύγκριση με ένα μεγαλύτερο, λόγω του ότι η αποδοχή του κοινωνικού περίγυρου και η ενημέρωση σχετικά με την άνοια τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί. Εξάλλου, το στάδιο της ασθένειας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στα επίπεδα άγχους, ντροπής και κατάθλιψης του φροντιστή (Braun et al, 2009). Τα μεσαία στάδια της άνοιας είναι γνωστό πως μπορεί να προκαλέσουν περισσότερο άγχος και εξωτερική ντροπή λόγω των έντονων συμπεριφορικών συμπτωμάτων που είναι κυρίαρχα σε αυτό το στάδιο, ενώ στο τελικό στάδιο η σχεδόν ολοκληρωτική απώλεια της μνήμης και το ενδεχόμενο του επικείμενου θανάτου μπορεί να προκαλέσει αυξημένη κατάθλιψη. Τέλος, το είδος της σχέσης και η ποιότητα του δεσμού μεταξύ φροντιστή και ασθενή έχει βρεθεί πως έχει επίδραση στους περισσότερους ψυχολογικούς τομείς.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν μία επιρρέπεια των γυναικών φροντιστών ασθενών με άνοια αναφορικά με το αίσθημα της ντροπής, μία πληροφορία την οποία θα μπορούσαν να εκμεταλευτούν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας. Εξίσου σημαντική είναι και η παρατήρηση σχετικά με το γεγονός ότι οι γυναίκες φροντιστές είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι την πλειοψηφία των φροντιστών τέτοιου είδους ασθενών στην Ελλάδα αποτελούν γυναίκες γίνεται αντιληπτό πως οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας θα πρέπει να δουλέψουν προς την κατεύθυνση της ανακούφισης αυτής της ευπαθούς ομάδας. Σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας υψηλού

ψυχολογικού φόρτου στον φροντιστή, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων υγείας για τον φροντιστή και να επιφέρει την πρόωρη ιδρυματοποίηση του ασθενούς.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Γίνεται αντιληπτό πως οι γυναίκες φροντιστές ασθενών με άνοια είναι ευκολότερο να νιώσουν απόρριψη ή αρνητική κριτική από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Επιπλέον, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μέτρησης της εσωτερικής ντροπής τους είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπίσουν το μεγάλο αριθμό των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούνται από αυτή τη δύσκολη μακροχρόνια διαδικασία. Αυτή η δυσκολία έχει ως επακόλουθο την εμφάνιση σύνοδων ψυχολογικών προβλημάτων, όπως κατάθλιψη, που απειλούν τόσο την υγεία των γυναικών φροντιστών όσο και την αποτελεσματικότητα του έργου τους ως φροντιστές.

Λόγω της έλλειψης μελετών αναφορικά με την εσωτερική και την εξωτερική ντροπή σε σχέση με την παροχή φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από κάποιου είδους άνοιας η παρούσα μελέτη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως σημείο αναφοράς για μελλοντικές έρευνες σε αυτόν τον τομέα.

Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στη σχέση μεταξύ φύλου και ντροπής σε φροντιστές άλλου είδους ασθενών. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ντροπής και ψυχολογικού φόρτου.

Βιβλιογραφία

- Alzheimer's Association. (2010). National site. Retrieved June 25, 2010, from <http://www.alz.org/>
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 277–285.
- Andrews, B. (1997). Bodily shame in relation to abuse in childhood and bulimia. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 41–50.
- Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse and course of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cognition and Emotion, 11*, 373–381.
- Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 29-42.
- Anthony-Bergstone, C.R., Zarit, S.H., & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging, 3* (3), 245-248.
- Barker, W., Luis, C., Kashuba, A., Luis, M., Harwood, D., Loewenstein, D., Waters, C., Jimison, P., Shepherd, E., Sevush, S., Graff-Radford, N., Newland, D., Todd, M., Miller, B., Gold, M., Heilman, K., Doty, L., Goodman, I., Robinson, B., Pearl, G., Dickson, D. Duara, (2002). Relative Frequencies of Alzheimer Disease, Lewy Body, Vascular and Frontotemporal Dementia, and Hippocampal Sclerosis in the State of Florida Brain Bank. *Alzheimer Disease & Associated Disorders: 16* (4), 203-212.
- Benn, L., Harvey, J.E., Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness. *Personality and Individual differences, 38*, 1813-1822.
- Borden, W., & Berlin, S. (1990). Gender, coping, and psychological well-being in spouses of older adults with chronic dementia. *American Orthopsychiatric Association, 60* (4), 603-610.
- Braun, M., Scholz, U., Bailey, B., Perren, S., Hornung, R., & Martin, M. (2009). Dementia caregiving in spousal relationships: a dyadic perspective. *Aging and Mental Health, 13* (3), 426-436.
- Brody, H. & Gresham, M. (1982). Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia. *British Medical Journal, 299*, 1375-1379.
- Brown, L. Potter, J. Foster, B. Caregiver burden should be evaluated during geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society, 38* (4), 455-460.

- Chumbler, N., Grimm, J., Cody, M., & Beck, C. (2003). Gender, kinship, and caregiver burden: the case of community dwelling, memory-impaired seniors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 722-732.
- Clarfield, A.M. (2003). The decreasing prevalence of reversible dementias: an updated metaanalysis. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2219–2229.
- Clark, M.C., and Diamond, P.M. (2010). Depression in family caregivers of elders: a theoretical model of caregiver burden, sociotropy, and autonomy. *Research in Nursing & Health*, 33, 20-34.
- Cirpar, O.C., Muluk, N.B., Yalcinkaya, F., Arikan, O.K., Oguzturk, O., & Aslan, F. (2010). State-trait anxiety inventory (STAI) assessment of mother with language delayed children. *Clinical Investigative Medicine*, 33(1), 30-35.
- Cohen, C., Gold, D., Shulman, K., Wortley, J., McDonald, G. & Wargon, M. (1993). Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: A prospective study. *The Gerontologist*, 33 (6), 714-720.
- Coen, F. C., O'Boyle, A.O., Gregory, R.J., & Coakley, D. (1999). Measuring the impact on relatives of caring for people with Alzheimer's disease: quality of life, burden and well-being. *Psychology and Health*, 14, 253-261.
- Colerick, E. & George, L. (1986). Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34 (7), Jul 1986, 493-498.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Deimling, G. & Poulshock, W. (1985). The Transition from Family In-Home Care to Institutional Care. *Research on Aging*, 7, 563-576.
- Dragioti, E., Damigos, D., Mavreas, V., & Gouva, M. (2010). The relationship between cardiac anxiety and hostility in panic attack patients. *Interscientific Health Care*, 2(3), 132-140.
- Draper, B., Poulos, C. J., Cole, A. M. D., Poulos, R. G. & Ehrlich, F. (1992). A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. *Journal of American Geriatric Society*, 40, 896-901.
- Elliot, R., Fox, C. M., Beltyukova, S. A., Stone, G. E., Gunderson, J., & Zhang, X. (2006). Deconstructing therapy outcome measurement with rasch analysis of a measure of general clinical distress: the symptom checklist-90-revised. *Psychological assessment*, 18(4), 359-372.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 243-428.

- Farran, C.J., Keane-Hagerty, E., Salloway, S., Kupferer, S., Wilken, C.S. (1991). "Finding meaning: An alternate paradigm for Alzheimer's disease family caregivers." *Gerontologist*, 31 (4), 483–489.
- Fountoulakis, K.N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, B., Nimatoudis, I., Iacovides, A., & Kaprinis, G.S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the state-trait anxiety inventory form Y: preliminary data. *Annals of General Psychiatry*, 5(2).
- Frijda, N. H. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition and Emotion*, 7, 357–387.
- Garton, A. F., Harvey, R., & Price, C. (2004). Influence of perceived family environment on adolescent leisure participation. *Australian Journal of Psychology*, 56(1), 18-24.
- Gaugler, J.E., Mittelman, M.S., Hepburn, K., & Newcomer, R. (2009). Predictors of change in caregiver burden and depressive symptoms following nursing home admission. *Psychology and Aging*, 24 (2), 385-396.
- Gaugler, J.E., Zairit, H. S., & Pearlin, L.I. (2003). The onset of dementia caregiving and its longitudinal implications. *Psychology and Aging*, 18(2), 171-180.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews, (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3–38). New York:Oxford University Press.
- Gilhooly, M. (1986). Senile dementia: Factors associated with caregivers' preference for institutional care. *British Journal of Medical Psychology*, 59 (2), 165-171.
- Gilligan, J. (2003). Shame, guilt and violence. *Social Research*, 70(4), 1149-1180.
- Goss K, Gilbert P, Allan S. 1994. An exploration of shame measures. I: The 'other as shamer scale'. *Personality and Individual Differences*, 17, 713–717.
- Gros, D. F., Antony, M.M., Simms, L. J., & McCabe, R. E. (2007). Psychometric properties of the state-trait inventory for cognitive and somatic anxiety (STICSA): comparison to the state-trait anxiety inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19(4), 369-381.
- Guilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Guilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 124-133.

- Guilbert, P. & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to social put-down: its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gunning, M.D., Denison, F.C., Stockley, S.P., Sandhu, S.P., & Reynolds, R.M. (2010). Assessing maternal anxiety in pregnancy with the state-trait anxiety inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 266-273.
- Hafner, R. J. & Miller, R. M. (1991). Predicting schizophrenia outcome with self-report measures of family interaction. *Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 33-41.
- Halet, W.E., West, C.A.C., Wadley, V.G., Ford, G.R., White, F.A., Barret, J.J., Harrell, L.E., & Roth, D.L. (1995). Psychological, social and health impact of caregiving: a comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychology of Aging*, 10 (4), 540-552.
- Hodgson, L.G., & Cutler, S. J. (1994). Caregiving and alzheimer's disease. *Educational Gerontology*, 20 (7), 665-678.
- Haley, W.E., & Pardo, K.M. (1989). Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging*, 4 (4), 389-392.
- Haley, W.E., Levine, E.G, Brown, S.L., & Bartolucci, A.A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptation outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*. 2 (4), 323-330.
- Heller, A. (2003). Five approaches o the phenomenon of shame. *Social Research*, 70, 1016-1030.
- Kalucy, E. & Baum, F. (1993). The epidemiology of caring: The pattern in a South Australian suburban population. *Australian Journal of Ageing*, 11 (3), 3-8.
- Mittelman, M., Ferris, S., Shulman, E., Steinberg, G., & Levin, B. (1996). A family Intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer. *JAMA: The journal of the American Medical Assosiation*, 276 (21), 1725-1731.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137 (1), 68-96.
- Maccoby, E. E. (1990). Gender and relationships: A developmental account. *American Psychologist*, 45, 513-520.
- Mohide, A., Pringle, D., Streiner, D., Gilbert, R., Miur, G. & Tew, M. (1990). A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38 (4), 446-454.
- Morris, R., Morris, L., Britton, P. (1988a). Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry*, 153, 147-156.

- Morris, R. G., Morris, L. W. & Britton, P. G.(1988b). Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry*, 153, 147-156.
- Morris, R. G., Woods, R. T., Davies, K. S. and Morris L. W. (1991) Gender differences in carers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry*, 158, 69-74.
- Morycz, R.K. (1985). Caregiving Strain and the Desire to Institutionalize Family Members with Alzheimer's Disease. *Research on Aging*, 7, 329-361.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Sakkas, P., & Vlahos, L. (2009). The psychometric properties of the Greek version of the state-trait anxiety inventory in cancer patients receiving palliative care. *Psychology & Health*, 24(10), 1215-28.
- Newman, S.C., Sheldon, C., & Bland, R.C. (1998). Prevalence of depression in an elderly community sample: a comparison of GMS-AGECAT and DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Medicine*, 28, 1339-1345.
- O'Connor, D.W., Pollitt, P.A., Roth, M., Brook, C.P.B., & Reiss, B.B. (1990) Problems reported by relatives in a community study of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 835-841.
- Paschou, A., Damigos, D., Mavreas, V., & Gouva, M. (2010). An exploratory study on the relationship between shame and bodily pain. *Interscientific Health Care*, 2 (2), 86-92.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. *Gerontologist*, 35 (6), 771–791.
- Perren, S., Schmid, R., & Wettstein, A. (2006). Caregivers' adaptation to change: the impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregiver's subjective well-being. *Aging and Mental Health*, 10, 539-548.
- Poulshock, S. W. & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39, 230-239.
- Pruchno, R., Michaels, E. & Potashnik, S. (1990). Predictors of Institutionalization among Alzheimer Disease victims with caregiving spouses. *Journal of Gerontology*, 34,: *Social Sciences*, 45, S259-S266.
- Reisberg, B., Ferris S.H., de Leon, M.J., Kluger, A., Franssen, E., Borenstein, J., Alba, R.C., (1989). The stage specific temporal course of Alzheimer's disease: functional and behavioral concomitants based upon cross-sectional and longitudinal observation. *Progress in clinical and biological Research*, 317, 23-41.
- Rinaldi, P. Spazzafumo, L. Mastriforti, R. Mattioli, P. Marvardi, M. Polidori, M.C. Cherubini, A., Abate, L., Bartorelli, G. Bonaiuto, S., Capurso, A. Cucinotta, D., Gallucci, M., Giordano, M., Martorelli, M., Masaraki, G., Nieddu, A., Pettenati, C., Putzu, P., Tammaro, V.A., Tomassini,

- P.F., Vergani, C. Senin, U. & Mecocci, P., (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (2), 168-174.
- Samuelsson, A. M., Annerstedt, L., Elmstahl, S., Samuelsson, S., & Grafstrom, M. (2001). Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 25-33.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., Fleissner, K. (1995). "Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates and causes." *Gerontologist*, 35 (6), 771–791.
- Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologists*, 42 (3), 356-372.
- Swett, C. P. (1996). SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 52(6), 625-629.
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behavioral Therapy and Research*, 34, 741–754.
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A., & Wagner, P. E. (1995). Shame- proneness, guilt- proneness, and psychological symptoms. In J.P. Tangney &K.W. Fischer (Eds.), *Self- conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343–367) . New York: Guilford.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L ., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256–1269.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). *The Test of Self-Conscious Affect*. Fairfax, VA:George Mason University.
- Tangney, J. P. (2001) *In: Constructive & destructive behavior: Implications for family, school, & society*. Bohart, Arthur C. (Ed.); Stipek, D. J. (Ed.); Washington: American Psychological Association.
- Tariot, P., & Blazina, L. (1994). The psychopathology of dementia. In J. Morris (Ed.), *Handbook of Dementing Illness* (pp. 461-475). New York: Marcel Dekker.
- Taylor, D.H., Ezell, M., Kuchibhatla, M., Ostbye, T., Clipp, E.C. (2008). "Identifying the trajectories of depressive symptoms for women caring for their husbands with dementia." *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (2), 322–327.
- Townsend, A. L., Noelker, L., Deimling, G., & Bass, D. (1989). Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging*, 4(4), 389-392.

- Waite, A., Bebbington, P., Skelton-Robinson, M., and Orrell, M., (2004). Social factors and depression in carers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 582-587.
- Youn, G., & Kim, H. (1995, November). *Family caregiving strain and depression of the daughters-in-law who care for the demented and the healthy elderly parents*. Paper presented at the Fifth Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology, Hong Kong.
- Zarit, S., Orr, N. , & Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress*. New York: New York University Press.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους συγγενείς και τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2009

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / 19.....

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ
ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η
ΧΗΡΟΣ/Α

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ
ΟΙΚΙΑΚΑ
ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ:

ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΟ
Ή ΨΥΧΙΑΤΡΟ; ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;
ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΥΤΟΝ ΤΟΝ ΚΑΙΡΟ;.....

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΧΡΟΝΙΑ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;
ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙ' ΑΥΤΗ;.....

ΠΑΣΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΑ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ/ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ; ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ;
ΠΟΙΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ;.....

Πόσο άρρωστος είναι ο συγγενής σας; (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο στο στάδιο της νόσου)						
Πολύ βαριά	1	2	3	4	5	Σε αρχικά στάδια η νόσος

Ποιος είναι ο κύριος φροντιστής του άρρωστου συγγενή σας;.....

Ποιος είναι ο δεύτερος φροντιστής του άρρωστου συγγενή σας;.....

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥΣ;

1. 2.

3. 4.

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥΣ;

1. 2.

3. 4.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

(ΟΑΣ)

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4

17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλαμμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4

21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή των ανθρώπων. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και απαντήστε, αν σας περιγράφει ή όχι, σημειώνοντας το σημείο **X** κάτω από τις στήλες «σωστό» ή «λάθος» αντίστοιχα, δίπλα κάθε πρόταση.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.		
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μελάδες.		
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.		
9. Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.		
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.		
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		

20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.		
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό.		
35. Κάποιος με έχει στο μάτι.		
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.		
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.		
39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.		
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.		
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.		

43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
46. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση. Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν τη δική σας οικογένεια, παρακαλούμε σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**ΣΩΣΤΟ**». Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Λάθος**».

Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένειά σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		
9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεκτικά.		
10. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12. Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		
13. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18. Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20. Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21. Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22. Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23. Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		

24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.		
27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π.		
28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων γιορτών.		
29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33. Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		
40. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43. Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44. Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48. Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός,.		
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.		
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		
55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		

56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		
62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
66. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		
67. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
68. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
69. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
70. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
71. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι «πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι».		

76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		
77. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		
78. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
79. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
81. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
83. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.		
84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		
88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		
89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
90. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

STAI (Spielberger, 1970)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίτση, 1984)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρική/ότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ

SCL-90

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είστε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4

22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε	0	1	2	3	4

τμήματα του σώματός σας;					
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας	0	1	2	3	4

συμβεί;					
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4