

Εφαρμογή και αξιολόγηση ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την ενίσχυση της ψυχικής  
ανθεκτικότητας σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο

υπό

Δεβετζή Βαρβάρα

Μεταπτυχιακή Εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων  
απονομής Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στις «Επιστήμες της  
Αγωγής» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

2020

© Δεβετζή Βαρβάρα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Κατεύθυνση: «Συμβουλευτική Εφαρμοσμένη σε εκπαιδευτικά και κοινωνικά πλαίσια»

Δεβετζή Βαρβάρα

Εφαρμογή και αξιολόγηση ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο

Μέλη τριμελούς επιτροπής:

1. Ανδρέας Μπρούζος, Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
2. Πλουσία Μισαηλίδη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
3. Κούτρας Βασίλειος, Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

*Στην αδελφή μου*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της εργασίας μου θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που ο καθένας με τον τρόπο του με στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια των ακαδημαϊκών μου σπουδών και της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ανδρέα Μπρούζο, για τη καθοδήγηση, υποστήριξη και καθοριστική συμβολή του στην εκπόνηση και ολοκλήρωση της ερευνητικής μου εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Πλουσία Μισαηλίδη για τη στήριξη και τις πολύτιμες συμβουλές της που συνέβαλαν σημαντικά στην διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας. Ευχαριστώ θερμά όλους τους φροντιστές που συμμετείχαν στην έρευνα, αφιερώνοντας σημαντικό γι' αυτούς χρόνο. Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράσταση, πίστη και έμπνευση που μου προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
Ευρετήριο Πινάκων.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ.....	12
1.1. Η έννοια του φροντιστή.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	14
2.1. Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας.....	14
2.2. Η ψυχική ανθεκτικότητα στους φροντιστές.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ.....	19
3.1. Η έννοια του άγχους.....	19
3.2. Άγχος στους φροντιστές.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	22
4.1. Η έννοια της κατάθλιψης.....	22
4.2. Η κατάθλιψη στους φροντιστές.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.....	26
5.1. Η έννοια της αντιμετώπισης αγχώγων καταστάσεων.....	26
5.1.1. Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχώγων καταστάσεων.....	26
5.2. Η αντιμετώπιση στους φροντιστές.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	31
6.1. Παρεμβάσεις που εφαρμοστήκαν στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο.....	31
6.2. Στόχοι της έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΣ.....	40
7.1. Συμμετέχοντες.....	40
7.2. Εργαλεία της έρευνας.....	42
7.3. Ερευνητική διαδικασία.....	48
7.4. Παρουσίαση προγράμματος.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	53
8.1. Αποτελέσματα σύγκρισης των ομάδων πριν από την παρέμβαση.....	53
8.2. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας.....	55
8.3. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς το άγχος.....	55

8.4. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την κατάθλιψη .....	56
8.5. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης .....	57
8.6. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την βελτίωση της ποιότητας ζωής .....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....	61
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

## Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Αξιοπιστία Κλίμακας Ψυχικής Ανθεκτικότητας (CD-RISC)	41
Πίνακας 2: Αξιοπιστία Κλίμακας άγχους του Spielberg (Strait-Anxiety Inventory- STAI)	42
Πίνακας 3: Αξιοπιστία Κλίμακας κατάθλιψης του Beck II (Beck Depression Inventory- BDI)	43
Πίνακας 4: Αξιοπιστία Κλίμακας στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Ways of Coping)	44
Πίνακας 5: (The caregiver roles and responsibilities scale-CRRS)	45
Πίνακας 6: Συνοπτική παρουσίαση των σκοπών, των στόχων και των δραστηριοτήτων κάθε συνάντησης του προγράμματος παρέμβασης.	48
Πίνακας 7: Έλεγχοι $t$ ανεξάρτητων δειγμάτων για τις διαφορές των δύο ομάδων	52
Πίνακας 8: Έλεγχος $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα για την κλίμακα της Ψυχικής Ανθεκτικότητας	53
Πίνακας 9: Έλεγχος $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα για την κλίμακα του Άγχους	54
Πίνακας 10: Έλεγχος $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα για την κλίμακα της Κατάθλιψης	54
Πίνακας 11: Έλεγχος $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα στις υποκλίμακες των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	55
Πίνακας 12: Έλεγχος $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα στις υποκλίμακες των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	56
Πίνακας 13: Έλεγχος $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα στις υποκλίμακες του CRRS	57
Πίνακας 14: Έλεγχος $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα στις υποκλίμακες του CRRS	58

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσα έρευνας ήταν η εφαρμογή και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος που αποσκοπούσε στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, την μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και την αύξηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 30 φροντιστές ασθενών με καρκίνο, εκ των οποίων οι 15 αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης και οι 15 την ομάδα ελέγχου. Για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, οι φροντιστές συμπλήρωσαν πριν την εφαρμογή του προγράμματος και μετά την ολοκλήρωσή του τις κλίμακες που μετρούν: α) την Ψυχική Ανθεκτικότητα (The Connor- Davidson Resilience Scale- CD-RISC), β) το άγχος (Strait-Anxiety Inventory- STAI), γ) την κατάθλιψη (Beck Depression Inventory- BDI) δ) τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Ways of coping), ε) την ποιότητα ζωής (The caregiver roles and responsibilities scale- CRRS). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης σημείωσαν αύξηση στα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας και στη χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης, ενώ παράλληλα εμφάνισαν μείωση στα επίπεδα άγχους. Συνολικά τα ευρήματα της έρευνας υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα, ωστόσο περαιτέρω έρευνα απαιτείται για να διαπιστωθούν τα αποτελέσματα στη διάρκεια χρόνου.

Λέξεις κλειδιά: φροντιστής, ψυχική ανθεκτικότητα, στρατηγικές αντιμετώπισης, άγχος, κατάθλιψη, ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα.



## ABSTRACT

The purpose of this study was to implement and evaluate the effectiveness of a psychoeducational program that aimed to enhance resilience, reduce stress and depression and increase coping strategies in caregivers of patients with cancer. The sample consisted of 30 caregivers of cancer patients, of whom 15 formed the experimental group and 15 the control group. In order to assess the effectiveness of the intervention, caregivers of cancer patients completed before the implementation of the program and after its completion the scales that measure: a) resilience (The Connor- Davidson Resilience Scale- CD-RISC), b) anxiety (Strait-Anxiety Inventory- STAI), c) depression (Beck Depression Inventory- BDI), d) coping strategies (Ways of coping), e) quality of life (The caregiver roles and responsibilities scale-CRRS). The results of the research showed that the participants of the intervention group reported increase in the levels of resilience and the use of specific coping strategies, while at the same time showed decrease in the levels of stress. The findings support the effectiveness of the program in enhancing resilience, however further research is needed to establish efficacy of the intervention over time.

Key words: caregiver, resilience, anxiety, depression, coping strategies, psychoeducational group

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διάγνωση του καρκίνου και η θεραπεία επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και την υπόλοιπη οικογένεια (Waldron, Janke, Bechtel, Ramirez, & Cohen, 2012. Belgacem, Auclair, Fedo, Brugnon, Blanquet, Tournilhac, & Gerbaud, 2013). Με την πρόοδο της θεραπείας, έχει επιμηκυνθεί το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, με αποτέλεσμα να χρήζουν άμεσης φροντίδας και υποστήριξης (Ανδριοπούλου, Χάρος, & Στεργιάδη, 2017). Οι αλλαγές στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχουν οδηγήσει την μετάθεση της φροντίδας των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα στο περιβάλλον του σπιτιού (Given, Given, & Kozachik, 2001). Ως εκ τούτου, την ανάληψη ευθυνών φροντίδας αναλαμβάνουν συνήθως μέλη της οικογένειας, οι οποίοι περιγράφονται στη βιβλιογραφία ως άτυποι φροντιστές (Papastavrou, Charalambous, & Tsangari, 2009. Γκοβίνα, Κωνσταντινίδης, Ντέκα, Ντουρμίσι, Καυγά, & Καλεμικεράκης, 2020). Οι φροντιστές έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με πολύπλευρα προβλήματα τα οποία έχουν σημαντικό αντίκτυπο τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική τους υγεία (Ανδριοπούλου, Χάρος, & Στεργιάδη, 2017). Μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι οι φροντιστές εκδηλώνουν άγχος και κατάθλιψη (Nijboer, Tempelaar, Sanderman, Triemstra, Spruijt, & Van Den Bos, 1998), διαταραχές ύπνου (Hearson & McClement, 2007), και δηλώνουν χαμηλή ποιότητα ζωής (Iconomou, Viha, Kalofonos, & Kardamakis, 2001). Αυτά τα ευρήματα δημιουργούν την ανάγκη ψυχολογικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των φροντιστών μέσω προγραμμάτων παρέμβασης, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις δυσμενείς συνθήκες.

Πλήθος προγραμμάτων παρέμβασης έχουν εφαρμοστεί στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Northouse, Mood, Schafenacker, Kalemkerian, Zalupsk, LoRusso, Hayes, Hussainm Ruckdeschel, Fendrick, Trask, Ronis, & Kershaw, 2012), την μείωση του άγχους και της κατάθλιψης (Badr, Smith, Goldstein, Gomez, & Redd, 2014), την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας (Northouse, Mood, Schafenacker, Montie, Sandler, Forman, Hussain, Pienta, Smith, & Kershaw 2007), την μείωση της επιβάρυνσης (McMillan, Small, Weitzner, Schonwetter, Tittle, Moody, & Haley, 2005) με θετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, περιορισμένα είναι τα προγράμματα που στοχεύουν στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των φροντιστών ασθενών με καρκίνο. Όπως έχει επισημανθεί στη βιβλιογραφία, οι φροντιστές με ανθεκτικότητα, μπορούν να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και να προσαρμόζονται καλύτερα στην νέα κατάσταση, με αποτέλεσμα να μειώνονται μ' αυτό τον τρόπο και οι αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες (Palacio, Krikorian, Gómez-Romero, & Limonero, 2019).

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό την εφαρμογή και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, την μείωση του άγχους και της κατάθλιψης, την αύξηση των στρατηγικών αντιμετώπισης σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο.

Το θεωρητικό μέρος της εργασίας αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στα πρώτα τέσσερα κεφάλαια παρουσιάζονται οι έννοιες της ψυχικής ανθεκτικότητας, του άγχους, της κατάθλιψης και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Παράλληλα πραγματοποιείται μια ανασκόπηση των ερευνών που εξετάζουν τις παραπάνω έννοιες, με έμφαση στις έρευνες που αφορούν τους φροντιστές ασθενών με καρκίνο. Στο πέμπτο κεφάλαιο επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για τις ομάδες παρέμβασης στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο. Το θεωρητικό πλαίσιο κλείνει με την παρουσίαση του σκοπού και των στόχων της παρούσας έρευνας και των ερευνητικών της υποθέσεων.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα. Συγκεκριμένα, περιγράφεται το δείγμα της έρευνας, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και η μέθοδος που ακολουθήθηκε. Ακόμη, παρουσιάζονται, ερμηνεύονται και αξιολογούνται τα αποτελέσματα της έρευνας. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση συμπερασμάτων που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα, την αναφορά ορισμένων περιορισμών και την διατύπωση προτάσεων για μελλοντικές έρευνες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ

### 1.1. Η έννοια του φροντιστή

Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για τον όρο του φροντιστή και στις περισσότερες έρευνες αναφέρεται ως caregiver ή carer ή με ευρύτερους όρους όπως οικογένεια ή σημαντικοί άλλοι (family, significant others) (Romito, Goldzweig, Cormio, Hagedoorn, & Andersen, 2013). Ως φροντιστής ορίζεται το άτομο που παρέχει μη αμειβόμενη φροντίδα σ' ένα συγγενή ή φίλο, βοηθώντας τον στην ιατρική περίθαλψη, εκτελώντας, καθήκοντα του νοικοκυριού, οργανώνοντας εξωτερικές υπηρεσίες, επισκέπτοντας τον τακτικά. Ο φροντιστής δεν είναι ανάγκη να μένει στο ίδιο σπίτι με το πρόσωπο που φροντίζει (National Alliance for Caregiving, 2015). Σύμφωνα με άλλους συγγραφείς, φροντιστής είναι το άτομο (σύζυγος, γονέας, φίλος, γείτονας) το οποίο παρέχει φροντίδα συνήθως στο σπίτι και είναι κυρίως μη αμειβόμενη. Απαιτεί αφιέρωση σημαντικού χρόνου και ενέργειας για μήνες ή χρόνια και η εκτέλεση καθηκόντων μπορεί να είναι σωματικά, συναισθηματικά, κοινωνικά ή οικονομικά απαιτητική (Biegel, Sales, & Schulz, 1991). Παρόμοια αποδίδεται και ο ορισμός του φροντιστή από τους Witalach και Noelker, (2007, σ. 240) ως «ένα μέλος της οικογένειας ή φίλος, τυπικά μη αμειβόμενο, το οποίο παρέχει βοήθεια ή φροντίδα σε ένα άτομο με χρόνια ασθένεια ή ανικανότητα, έτσι ώστε να μπορέσει να διατηρήσει το βέλτιστο επίπεδο ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας».

Αναφορικά με το είδος παροχής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς, αυτή μπορεί να είναι συναισθηματική, οικονομική, πρακτική και με μεγάλη σημασία και όφελος για τον ασθενή. Οι φροντιστές αναλαμβάνουν πολύπλευρα καθήκοντα που αλλάζουν ανάλογα με την φάση της ασθένειας, την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και με τις ιατρικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών (Romito et al., 2013. Given, Given, & Sherwood, 2012). Η παροχή φροντίδας μπορεί να περιλαμβάνει πρακτική υποστήριξη με καθημερινές δραστηριότητες όπως βοήθεια στις οικιακές εργασίες ή την προετοιμασία φαγητού, παροχή μεταφορικού μέσου, καθώς επίσης και ιατρική βοήθεια όπως επισκέψεις στο γιατρό, χορήγηση φαρμάκων και διαχείριση συμπτωμάτων που σχετίζονται με την ασθένεια (Yabroff & Kim, 2009). Οι φροντιστές μπορεί επίσης να παρέχουν συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη και να βοηθούν το άτομο που χρειάζεται φροντίδα να αντιμετωπίσει και να διεργαστεί τα συναισθήματα του κατά τη διάρκεια της φροντίδας (National Cancer Institute, 2019). Σύμφωνα με έρευνες ο πιο κοινός τύπος υποστήριξης των ασθενών από τους φροντιστές είναι ο

συναισθηματικός, ο οποίος συμβάλλει θετικά στην ψυχική υγεία των ασθενών (Romito et al., 2013).

Η φροντίδα ποικίλλει σε ένταση και διάρκεια και κυμαίνεται από 1 ώρα την ημέρα ή ένα Σαββατοκύριακο ετησίως, έως 24 ώρες την ημέρα για αρκετά χρόνια. Η παροχή φροντίδας μπορεί να πραγματοποιείται σε μια κοινότητα ή στο σπίτι, σε ιδρυματικό ή βοηθητικό περιβάλλον ή από απόσταση (Witlach & Noelker, 2007). Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της άμεσης θεραπείας ενός ασθενούς, η παροχή φροντίδας είναι κατά μέσο όρο 8,8 ώρες την ημέρα και μπορεί να διαρκέσει 4 χρόνια για τους ασθενείς. Σύμφωνα με έρευνες, οι οικογενειακοί φροντιστές συχνά αλλάζουν την επαγγελματική τους κατάσταση και κινητοποιούν νέους τρόπους λειτουργικότητας της οικογένειας και του νοικοκυριού (Given, Given, & Sherwood, 2012). Πολλές έρευνες βρήκαν ότι τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των φροντιστών είναι υψηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς (Balfe, O'Brien, Timmons, Butow, O'Sullivan, Gooberman-Hill, & Sharp, 2016. Vickery, Latchford, Hewison, Bellew, & Feber, 2003).

Ο καρκίνος μπορεί να έχει αντίκτυπο στους φροντιστές, όπως και στους ασθενείς, από την εμφάνιση των συμπτωμάτων και καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της ασθένειας (Santin, Coleman, Cardwell, & Donnelly, 2012). Η φροντίδα μπορεί να έχει επιζήμιες επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική υγεία του φροντιστή και μπορεί να μειώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής του (Stenberg, Ruland, & Miaskowsk, 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

### 2.1. Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας

Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας αποδίδεται στα αγγλικά ως *resilience* και έχει λατινική προέλευση (*resilire*) που σημαίνει «αναπηδώ» ή «ανακάμπτω» (Masten & Gewirtz, 2006). Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί μια πολύπλοκη έννοια που περιλαμβάνει μια σειρά βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για να καθορίσουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά σε αγχωτικές εμπειρίες (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014).

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντώνται διάφοροι ορισμοί της ψυχικής ανθεκτικότητας, που αντικατοπτρίζουν τον διαφορετικό τρόπο κατανόησης της έννοιας (Southwick et al., 2014). Στους πρώτους ορισμούς η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας προσεγγίζεται ως αντίσταση στο στρες (Garmezy, Masten, & Tellegen 1984), ανάρρωση από τραύμα και ικανότητα ανάκαμψης από το στρες (Werner, 1995). Η Masten και οι συνεργάτες της (1990, σ.426) ορίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως «τη διαδικασία, την ικανότητα ή το αποτέλεσμα της επιτυχούς προσαρμογής παρά τις απαιτητικές ή απειλητικές συνθήκες». Ενώ, ο Benard (1991) αναφέρει ότι είναι ένα σύνολο ποιοτικών ιδιοτήτων ή προστατευτικών μηχανισμών που επιτρέπουν την επιτυχή προσαρμογή και αλλαγή του ατόμου παρά τους κινδύνους και τις αντιξοότητες που υπάρχουν. Ο ορισμός της ψυχικής ανθεκτικότητας περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να αντέχει και να αναπτύσσεται στην κρίση και στις προκλήσεις (Walsh, 1998, σ. 4).

Ο Richardson (1990) ορίζει την ψυχική ανθεκτικότητα ως την διαδικασία αντιμετώπισης αγχωτικών ή προκλητικών εκδηλώσεων ζωής με τρόπο που παρέχει το άτομο με πρόσθετες δεξιότητες προστασίας και αντιμετώπισης. Σύμφωνα με τους Connor και Davidson (2003) η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένα σύνολο προσωπικών ιδιοτήτων που δίνει στα άτομα την ευκαιρία να ευδοκιμήσουν όταν έρχονται αντιμέτωπα με αντιξοότητες.

Πιο πρόσφατοι ορισμοί δίνουν περισσότερη έμφαση στη δυναμική διάσταση της ψυχικής ανθεκτικότητας και αναφέρονται σ' αυτήν ως «την ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος» να ανακάμπτει από καταστάσεις πρόκλησης της σταθερότητας, διάρκειας και ανάπτυξής του (Masten, 2011). Πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία θετικής προσαρμογής παρά την ύπαρξη τραυματικών

εμπειριών και αντιξοοτήτων και παρά την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000. Rutter, 2006). Ένα ψυχικά ανθεκτικό άτομο δηλαδή, είναι ικανό να ξεπεράσει με επιτυχία τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής και να προσαρμοστεί σ' αυτές, ακόμη και όταν αντιμετωπίζει περισσότερους κινδύνους (Rutter, 2006).

Η Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία (2016) ορίζει την ψυχική ανθεκτικότητα ως τη διαδικασία κατά την οποία το άτομο προσαρμόζεται σε αντιξοότητες, τραυματικές εμπειρίες, απειλές ή ακόμη σημαντικές πηγές άγχους.

Άλλοι ερευνητές έχουν περιγράψει την ανθεκτικότητα ως έναν μηχανισμό θετικής προσαρμογής που αλλάζει με την πάροδο του χρόνου και προστατεύει από την ψυχολογική δυστυχία (Mancini & Bonanno, 2010). Η ανθεκτικότητα αντανακλά την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί σταθερή λειτουργικότητα καθώς επίσης να παράγει θετικά συναισθήματα και εμπειρίες μετά την έκθεση του σε δυσμενή συμβάντα (Bonanno, 2004). Αντίθετα, η Yehuda αναφέρει ότι η ανθεκτικότητα δεν προϋποθέτει την υγεία, αλλά μπορεί να συνυπάρχει με το τραύμα και τη διαταραχή, να γίνει αντιληπτή ως μια συνειδητή προσπάθεια προόδου μ' έναν θετικό τρόπο ως αποτέλεσμα των διδαγμάτων που αντλήθηκαν από μια δυσμενή εμπειρία (Southwick et al., 2014).

Άλλοι ορισμοί περιγράφουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ των ατομικών παραγόντων και του ευρύτερου περιβάλλοντός του (Condly, 2006) που μπορεί να μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου (Southwick et al., 2014). Η Panter-Brick περιγράφει την ψυχική ανθεκτικότητα ως μια «διαδικασία αξιοποίησης των πόρων για τη διατήρηση της ευημερίας» (Southwick et al., 2014, σ. 4). Ο Ungar (2008, σ. 225) προσεγγίζει την ψυχική ανθεκτικότητα ως "την ικανότητα του ατόμου να κατευθύνει την πορεία του προς πηγές που θα τον οδηγήσουν στην διατήρηση της υγείας του συμπεριλαμβανομένων των ευκαιριών να βιώσει αισθήματα ευημερίας, αλλά και ως μια κατάσταση της οικογένειας, της κοινότητας και του πολιτισμού του να παρέχει αυτές τις πηγές με πολιτισμικά ουσιαστικούς τρόπους, παρά την ύπαρξη αντιξοοτήτων και απειλών".

Στην κλινική πρακτική, οι ερευνητές τείνουν να ορίζουν την ανθεκτικότητα ως έλλειψη ψυχολογικής δυσφορίας ή ως ένα θετικό αποτέλεσμα όπως είναι η ποιότητα ζωής ή η μετατραυματική ανάπτυξη (Rosenberg, Baker, Syrjala, Back, & Wolfe, 2013).

Αν και δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας, οι θεωρητικοί και οι ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν στην αναγνώριση της ύπαρξης ενός στρεσογόνου παράγοντα ή μιας συγκεκριμένης απειλής και την ικανότητα του ατόμου να

προσαρμόζεται επιτυχώς σ' αυτήν (Luther et al., 2000. Masten, 2001).

## 2.2. Η ψυχική ανθεκτικότητα στους φροντιστές.

Τη δεκαετία του 1980, η έρευνα για την ανθεκτικότητα και τη σχέση της με την προσαρμογή και την αντιμετώπιση στην εμπειρία του καρκίνου έγινε δημοφιλής, ειδικά σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι πρώτες έρευνες εστίασαν στους ασθενείς και ειδικότερα έδειξαν ότι ορισμένοι επιζώντες από το καρκίνο έχουν βιώσει προσωπική ανάπτυξη και έδωσαν νέα σημασία στο σκοπό της ζωής τους. Η μελέτη της ανθεκτικότητας, από τότε, έχει αποκτήσει μεγαλύτερη προσοχή στο κίνημα της θετικής ψυχολογίας και έχει αναδειχθεί ως κεντρική ιδέα που σχετίζεται με την ασθένεια, την υγεία και τη φροντίδα. Πρόκειται για μια πολυδιάστατη δομή που εξηγεί γιατί οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της αντιξοότητας και του στρες μπορούν να έχουν θετικά αποτελέσματα, ενώ προσαρμόζονται σε εμπειρίες που θεωρούνται απειλητικές (Palacio, Krikorian, Gómez-Romero, & Limonero, 2019). Οι φροντιστές ασθενών με καρκίνο έρχονται αντιμέτωποι με αρκετούς στρεσογόνους παράγοντες από την εξέλιξη της νόσου ή την επιβάρυνση των καθηκόντων τους. Προκειμένου να ξεπεράσουν αυτές τις δυσκολίες, οι φροντιστές διατηρούν μία σταθερή συμπεριφορά και στάση τόσο σωματικά όσο και διανοητικά. Η διαδικασία κατά την οποία το άτομο μπορεί να προσαρμοστεί και να υπερβεί τις αντίξοες συνθήκες, περιγράφεται ως «ανθεκτικότητα» (Hwang, Kim, Lee, Choi, Hwang, Kim, & Koh, 2017).

Η ανθεκτικότητα στο πλαίσιο της ασθένειας είναι μια διαδικασία θετικής προσαρμογής παρά την απώλεια της υγείας, περιλαμβάνει την ανάπτυξη ζωτικότητας και δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της δυσκολίας, των κινδύνων και της ευπάθειας που προκαλείται από την ασθένεια (Toledano-Toledano, Rubia, Broche-Pérez, Guedea, & Granados-García, 2019). Οι Rosenberg, et al., (2013) ανέπτυξαν ένα εννοιολογικό πλαίσιο με στόχο την προώθηση της ανθεκτικότητας στο περιβάλλον του παιδικού καρκίνου. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ανθεκτικότητα διαμορφώνεται από βασικά χαρακτηριστικά, όπως εγγενή χαρακτηριστικά και προηγούμενες προσδοκίες του καρκίνου, διεργασίες που εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου όπως στρατηγικές αντιμετώπισης, κοινωνική υποστήριξη και ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα, όπως προσωπική ανάπτυξη.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι μετά από μια σημαντική απώλεια ή ενός δυνητικά τραυματικού συμβάντος, η ανθεκτικότητα φαίνεται να είναι μια κανονιστική έκφραση της ανθρώπινης ικανότητας να αντιμετωπίσει και ακόμη και να ευδοκιμήσει (Mancini & Bonanno, 2006).



Πολλοί συγγραφείς υπογραμμίζουν τη συμβολή της ανθεκτικότητας στη διαδικασία προσαρμογής στην ασθένεια και τη φροντίδα (Rosenberg et al., 2013. Palacio et al., 2019). Ο εντοπισμός θετικών πτυχών στην άτυπη φροντίδα των ασθενών μπορεί να δημιουργήσει μια αίσθηση νοήματος στη φροντίδα, επιτρέποντας στα άτομα να αποκτήσουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από αυτήν, να προσαρμοστούν καλύτερα στην ασθένεια του ασθενούς και να αυξήσουν την ευημερία τους (Palacio et al., 2019). Η μελέτη των Palacio, Krikorian, & Limonero (2018) που πραγματοποιήθηκε σε φροντιστές ασθενών με προχωρημένο καρκίνο διαπίστωσε ότι η ανθεκτικότητα, η αναγνώριση των θετικών πτυχών της φροντίδας και η αντιληπτή ικανότητα μειώνουν το βάρος του φροντιστή. Επιπλέον, οι φροντιστές ασθενών με μεταστατικό καρκίνο με ανθεκτικό στυλ αντιμετώπισης χρησιμοποίησαν στρατηγικές που επικεντρώθηκαν στη γνωστική επανεκτίμηση, την αποδοχή και το σχεδιασμό, οι οποίες με τη σειρά τους ευνόησαν την αντίληψη των ωφελειών τους, την προσωπική ανάπτυξη και αισιοδοξία (Palacio et al., 2019).

Η ανθεκτικότητα μπορεί να επηρεάσει τη μεταβλητότητα της επιβάρυνσης του φροντιστή μειώνοντας την πιθανότητα δυσφορίας από τη φροντίδα ή αυξάνοντας τα οφέλη που απορρέουν από την κοινωνική υποστήριξη. Είναι μια μεταβλητή που μπορεί να έχει προστατευτική επίδραση στην υγεία των φροντιστών (Saria, Courchesne, Evangelista, Carter, MacManus, Gorman, Nyamathi, Phillips, Piccioni, Kesari, & Maliski, 2016). Οι φροντιστές που προσαρμόζονται συλλέγουν πληροφορίες, βρίσκουν πόρους, σχηματίζουν δίκτυα συνεργασίας και υποστήριξης με ιατρικό προσωπικό και δημιουργούν κοινωνικές σχέσεις (Lin, Rong, & Lee, 2013).

Η ύπαρξη ανθεκτικότητας μπορεί να προάγει θετικά αποτελέσματα στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο που οδηγούν σε μετατραυματική ανάπτυξη και βελτιωμένη ποιότητα της ζωής (Li, Qiao, Luan, Li, & Wang, 2019). Η μελέτη των Gibbons, Ross, Wehrle, Klagholz και Bevans (2019) βρήκε νέα πρότυπα προσαρμογής ρόλων και αμοιβαιότητας που βοηθούν τους φροντιστές να βρουν νόημα και οφέλη μέσα από την εμπειρία του καρκίνου, και αυτά τα μοτίβα συμβάλλουν στην ανθεκτικότητα τόσο των φροντιστών όσο και των ασθενών.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονείς παιδιών με καρκίνο με υψηλή ανθεκτικότητα έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται ψυχολογικά και σωματικά, ενώ οι φροντιστές με χαμηλή ανθεκτικότητα μπορεί να έχουν φτωχά ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα (Rosenberg, Wolfe, Bradford, Shaffer, Yi-Frazier, Curtis, Syrjala, & Baker, 2014. Hwang et al., 2017). Επίσης, η αντίληψη των φροντιστών για καλή υγεία, η απουσία κατάθλιψης και η θετική κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται σημαντικά με την υψηλή ανθεκτικότητα των φροντιστών (Hwang et al., 2017).

Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, οι γονείς παιδιών με καρκίνο με ψυχική ανθεκτικότητα έδειξαν καλύτερη κατανόηση για την κατάσταση των παιδιών τους (Ye, Qiu, Li, Liang, Wang, & Quan, 2017), τα ψυχικά ανθεκτικά άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς έχουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχος και οξύ άγχος, καθώς επίσης είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την φροντίδα που προσφέρουν (Sottile, Lynch, Mealer, & Moss, 2016), ενώ η ενσυνειδητότητα μπορεί να είναι προστατευτική καθώς βοηθά στην παύση των αρνητικών σκέψεων, η οποία μπορεί να συμβάλει στην μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Meyers, Lin, Lester, Shaffer, Rosand, & Vranceanu 2020).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ

### 3.1. Η έννοια του άγχους

Το άγχος ορίζεται ως «υποκειμενικό αίσθημα έντασης, φόβου, νευρικότητας και ανησυχίας που σχετίζεται με μια διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος» (Spielberger, 1983, σ.1), ως μία «κατάσταση αδιευκρίνιστης διέγερσης μετά την αντίληψη της απειλής», (Epstein, 1985, σ.274), ως μια «κατάσταση ανησυχίας για ένα απομακρυσμένο, δυνητικά αρνητικό αποτέλεσμα που είναι αβέβαιο ή απρόβλεπτο» (LaBar, 2016, σ. 751). Το άγχος αποτελεί μία σύνθεση έντονων αισθημάτων φόβου και άλλων καταστάσεων όπως ο θυμός ή η ενοχή, που συνοδεύονται από αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου κεντρικού συστήματος (Izard, 1977). Χαρακτηρίζεται από σωματικά συμπτώματα και ανησυχία για το μέλλον και μπορεί να περιλαμβάνει συμπεριφορές, συναισθήματα και ψυχολογικές αποκρίσεις.

Πρόκειται για μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα φόβου, έντασης ή ακόμη και τρόμου που δημιουργείται ως αντίδραση σ' έναν κίνδυνο που η πηγή του είναι άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη (Μάνος, 1997). Το άγχος διακρίνεται από τον φόβο, καθώς ο φόβος είναι μια αντίδραση σε μία συγκεκριμένη, καθορισμένη απειλή, ενώ το άγχος έχει εσωτερική προέλευση και αποτελεί αντίδραση σε μία απειλή αόριστη και ασαφή (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια, & Ζυγά, 2013). Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς, το άγχος συνοδεύεται από ψυχοφυσιολογικές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές και γνωστικές αλλαγές, ως αποτέλεσμα του αισθήματος ανησυχίας σε μια υποτιθέμενη απειλή (Βασιλάκη, Τριλίβα, & Μπεζεβέγκης, 2001).

Το άγχος μπορεί να λειτουργήσει βοηθητικά στις σωματικές και πνευματικές επιδόσεις του ατόμου (Barlow, 2000) και να ενεργοποιήσει αντιδράσεις που θα τον καταστήσουν έτοιμο να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις που απειλούν την ψυχοσωματική του σύσταση. Σε υπέρμετρο βαθμό όμως, με την αύξηση της έντασης και της χρονικής διάρκειας του άγχους, διαταράσσεται η προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου και το άγχος μετατρέπεται σε νοσηρή εκδήλωση (Μητρούση κ. συν., 2013).

Τα συμπτώματα του άγχους που μπορεί να εκδηλώσει ένα άτομο διακρίνονται σε ψυχολογικά και σωματικά. Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την δύσπνοια, την εφίδρωση, το σφίξιμο, τον πόνο στο στήθος, την ταχυκαρδία, τον πονοκέφαλο, την αύξηση παλμών, την δυσκολία στην κατάποση, τη ζάλη, την τάση λιποθυμίας, την αδυναμία, τη ναυτία και την συχνοουρία. Τα ψυχολογικά

συμπτώματα περιλαμβάνουν αδυναμία συγκέντρωσης, νευρική κατάσταση, αισθήματα φόβου και ανησυχίας, υπερδιέγερση (Μαδιανός, 2003, οπ. αναφ. στο Μητρούση, κ. συν., 2013).

### 3.2. Άγχος στους φροντιστές

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει δείξει ότι η ψυχολογική νοσηρότητα των ατόμων που παρέχουν φροντίδα ήταν ίδια ή μεγαλύτερη με εκείνη των ασθενών. Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι φροντιστές ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης και θλίψης συγκρινόμενα με το γενικό πληθυσμό (Nijboer et al., 1998).

Καθώς τα άτομα που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών είναι απροετοίμαστα για τον ρόλο τους, βιώνουν στρες που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία τους και να θέσουν σε κίνδυνο την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Cameron, 2004). Οι φροντιστές βιώνουν περισσότερο άγχος, καθώς αφήνουν ανεκπλήρωτες τις δικές τους ανάγκες και προσηλώνονται στις ανάγκες των ασθενών. Σύμφωνα με έρευνες, το άγχος στους φροντιστές σχετίζεται με αυξημένες ανάγκες των φροντιστών που δεν ικανοποιούνται στο συναισθηματικό και ψυχολογικό τομέα και στον τομέα της επικοινωνίας (Sklenarova, Krumpelmann, Haun, Friederich, Huber, Thomas, Winkler, Herzog, & Hartmann, 2015). Μελέτες αναφέρουν ότι ενώ και η αρχική φάση, η φάση θεραπείας και η φάση προσαρμογής της νόσου μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικό άγχος και πίεση για τους φροντιστές, η δεύτερη αναφέρεται ως η πιο αγχωτική φάση (Nijboer et al., 1998).

Το υψηλό επίπεδο άγχους των φροντιστών σχετίζεται με την αυτόαποτελεσματικότητα τους. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές με χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα είναι πιο πιθανό να έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους από τους φροντιστές που ανέφεραν μεγαλύτερη αυτόαποτελεσματικότητα (Mystakidou, Parpa, Panagiotou, Tsilika, Galanos, & Gouliamos, 2012). Επίσης, το άγχος των φροντιστών σχετίζεται με ανησυχίες για το μέλλον, με τις δυσκολίες αντιμετώπισης της κατάστασης, με το φόβο της απώλειας και της μοναξιάς και με την αποκλειστική ευθύνη των παιδιών (Andershed & Ternstedt 1998. Mystakidou et al., 2012). Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν προγνωστικό παράγοντα του άγχους, όπως επίσης και η επιβάρυνση. Οι φροντιστές, δηλαδή, μπορεί να έχουν μια ισχυρότερη τάση να βιώνουν περισσότερο άγχος όταν επιβαρύνονται περισσότερο από την φροντίδα (Costa-Requena, Cristófol, & Cañete, 2012). Το άγχος επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις του φροντιστή για την παρεχόμενη φροντίδα (Cristine, Crooks, Grunfeld, Stonebridge, & Christie, 2003).

Αναφορικά με την επίδραση του φύλου και της ηλικίας, οι έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες γενικά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους άνδρες (Dumont, Turgeon, Allard, Gagnon, Charbonneau, & Vezina, 2006. Kim, Baker, & Spillers, 2007. Yang, Wang, He, Ge, Chang, Fu, Wei, Pattaramongkolar, & Zhou, 2011. Mystakidou et al., 2012), αν και κάποιες έρευνες δεν βρήκαν διαφορές ως προς το φύλο (Gron, Dahl, & Fossa, 2005. Costa-Requena et al., 2012). Όσον αφορά την ηλικία, φαίνεται ότι οι νεότεροι σε ηλικία φροντιστές εμφανίζουν περισσότερο άγχος (Dumont, Turgeon, Allard, Gagnon, Charbonneau, & Vézina 2006. Costa-Requena et al., 2012), ενώ κάποιες έρευνες δεν εξήγαγαν τέτοια ευρήματα (Kim et al., 2007).

Η παροχή φροντίδας αποτελεί έναν στρεσογόνο παράγοντα για τους φροντιστές και μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, οι οποίες μπορεί να διαρκέσουν αρκετά χρόνια μετά το τέλος των αρμοδιοτήτων φροντίδας (Whitlatch & Noelker, 2007). Γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή παρεμβάσεων για την διαχείριση του άγχους, που θα διατηρήσει και θα μεγιστοποιήσει την ψυχική υγεία των φροντιστών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

### 4.1. Η έννοια της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή που παρουσιάζεται με καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη ενέργεια, απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης στις καθημερινές δραστηριότητες, αισθήματα απογοήτευσης, ματαιώσης και ενοχής. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη βιώνει αισθήματα θλίψης, κακοκεφιάς, αναξιότητας, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και συχνά κάνει απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον ή και αυτοκτονικές σκέψεις. Επίσης, μπορεί να εμφανίσει δυσκολίες στη συγκέντρωση, καθώς επίσης διαταραχές στις ώρες ύπνου ή στην όρεξη για φαγητό. Χαρακτηρίζεται από κοινωνική απόσυρση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, ενώ σταματά σταδιακά να δίνει προσοχή στον εαυτό του. Τα συμπτώματα αυτά διαταράσσουν σε τέτοιο βαθμό τη ζωή του ατόμου, που μπορεί να οδηγηθεί και σε αυτοκτονία (Iyer & Khan, 2012).

Η διάγνωση της κατάθλιψης γίνεται με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM), το οποίο την κατατάσσει στις διαταραχές της διάθεσης. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή και διακρίνεται σε ήπια, μέτρια και σοβαρή. Άλλες καταθλιπτικές διαταραχές είναι η επιμένουσα καταθλιπτική διαταραχή ή δυσθυμία, η διαταραχή διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης, η, προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα καταθλιπτική διαταραχή, η καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη ιατρική κατάσταση, η καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (άτυπη κατάθλιψη) (American Psychiatric Association, 2013).

Για να διαγνωστεί ένα άτομο με μείζονα καταθλιπτική κατάθλιψη θα πρέπει να παρουσιάζει πέντε ή και περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα και να διαρκούν τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Ένα από τα συμπτώματα θα πρέπει τουλάχιστον να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης (ανηδονία).

- Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο διάστημα της μέρας
- Μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες δραστηριότητες
- Αύξηση ή μείωση της όρεξης για φαγητό
- Διαταραχές στον ύπνο
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση

- Κόπωση ή μειωμένη ενέργεια
- Αισθήματα ενοχής ή αναξιότητας
- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης
- Σκέψεις επικείμενου θανάτου (American Psychiatric Association, 2013)

Η κατάθλιψη πρέπει να διαχωρίζεται από την θλίψη που συνοδεύεται από τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, την απώλεια μιας εργασίας, τον χωρισμό και άλλα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής μας (American Psychiatric Association, 2017). Η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με σημαντικά συμπτώματα άγχους, με τις μελέτες να δείχνουν ότι το άγχος αποτελεί μεσολαβητικό παράγοντα στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης (Iyer & Khan, 2012).

Η κατάθλιψη αποτελεί, όπως αναφέρει ο WHO (2017), ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας με επιπτώσεις στην λειτουργικότητά του ατόμου στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του. Γι' αυτό, η έγκαιρη διάγνωση από τους κλινικούς ιατρούς και από τους επαγγελματίες υγείας θα βοηθήσουν στην γρηγορότερη θεραπεία.

## 4.2. Η κατάθλιψη στους φροντιστές

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών έχει δείξει τη σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών ασθενών με καρκίνο (Iconomou, Vagenakis, & Kalofonos, 2001). Πρόσφατες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι το 32% -50% των φροντιστών έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε επίπεδο που υποδηλώνει κλινική κατάθλιψη (Butler, Turner, Kaye, Ruffin, & Downey, 2005). Οι ερευνητές αναφέρουν ότι τα επίπεδα κατάθλιψης των φροντιστών αυξάνονται καθώς η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς μειώνεται και ο ασθενής πλησιάζει προς το τέλος τη ζωής του (Northouse et al., 2012).

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, η ψυχολογική νοσηρότητα του φροντιστή παρουσιάζεται ίση ή και μεγαλύτερη από εκείνη του ασθενή. Η δυσφορία του ασθενή επηρεάζει την ψυχική δυσφορία του φροντιστή και το αντίστροφο (Dumont et al., 2006). Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε με 21 ανεξάρτητα δείγματα ασθενών με καρκίνο και τους φροντιστές τους επιβεβαίωσε τη σημαντική σχέση της κατάθλιψης των ασθενών με καρκίνο και των φροντιστών (Hodges, Humphris, & Macfarlane, 2005). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές, μπορεί να περιλαμβάνουν τη κόπωση, την αϋπνία, τον υπερβολικό ύπνο,

αναποφασιστικότητα και αδυναμία συγκέντρωσης (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2000), καθώς επίσης την αδυναμία κάλυψης των αναγκών φροντίδας των ασθενών με καρκίνο (Rivera, 2009).

Οι φροντιστές ασθενών με καρκίνο μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης και ανησυχίας, κοινωνική απομόνωση, διαταραχές ύπνου, μειωμένη σωματική υγεία, καθώς επίσης αλλαγές στους ρόλους, τις ευθύνες και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες τους (Northouse et al., 2012). Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη των φροντιστών είναι ο χρόνος από τη διάγνωση, η ηλικία του ασθενούς, οι λειτουργικές ανάγκες του ασθενή, η κοινωνική υποστήριξη και η ποιότητα σχέσης με τον ασθενή (Carter & Chang, 2000). Οι σύζυγοι των ασθενών με καρκίνο ανέφεραν περισσότερη κατάθλιψη και ανησυχία για την πορεία της νόσου σε σχέση με τα άλλα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν τους ασθενείς, (Lee, Liao, Liao, Shun, Liu, Chan, Yu, Yang, & Lai, 2013). Επίσης, οι νεότεροι σε ηλικία φροντιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη (Dumont et al. 2006. Lee et al., 2013), αν και ορισμένες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν αυτό το αποτέλεσμα (Bodner & Kiecolt-Glaser, 1994, οπ. αναφ. στο Lee et al., 2013).

Η σοβαρότητα της νόσου αποτελεί προγνωστικό παράγοντα κατάθλιψης. Σύμφωνα με έρευνες οι φροντιστές ασθενών με προχωρημένη νόσο ανέφεραν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους φροντιστές που διαγνώστηκαν πρόσφατα (Todd, Roberts, & Black, 2002). Επίσης, φροντιστές ασθενών με αυξημένες ανάγκες φροντίδας έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους φροντιστές ασθενών με λιγότερες ανάγκες φροντίδας, αναφέροντας ότι η φροντίδα επηρεάζει την προσωπική τους ζωή (Emanuel, Fairclough, Slutsman, & Emanuel, 2000).

Οι Nijboer et al., (1998) υποστήριξαν ότι η κοινωνική υποστήριξη ήταν σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης κατάθλιψης στους φροντιστές. Οι φροντιστές με λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, καθώς και εκείνοι που αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους με αρνητικό τρόπο ανέφεραν περισσότερη κατάθλιψη με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, στη έρευνα των Haley, LaMonde, Han, Burton και Schonwetter (2004) οι φροντιστές που αξιολόγησαν τα καθήκοντα φροντίδας ως λιγότερο αγχωτικά και βρήκαν νόημα και οφέλη από την παροχή φροντίδας, όπως επίσης είχαν περισσότερους κοινωνικούς πόρους είχαν χαμηλότερη κατάθλιψη και υψηλότερη ικανοποίηση ζωής. Στην έρευνα των Lee et al., (2013) βρέθηκε ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα των φροντιστών σχετίζεται με την κατάθλιψη. Οι φροντιστές με λιγότερη εμπιστοσύνη στις δεξιότητες φροντίδας όπως στη διαχείριση των συμπτωμάτων του ασθενούς, τείνουν να έχουν περισσότερη κατάθλιψη.



Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν το μέγεθος της ψυχικής δυσφορίας των φροντιστές ασθενών με καρκίνο, καθώς οι ίδιοι αναφέρουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Dumont et al., 2006). Ολοκληρώνοντας, καθίσταται σαφές η ανάγκη για κλινική παρέμβαση των φροντιστών, έτσι ώστε να αναγνωρίσουν τις ψυχικές τους ανάγκες και να διατηρήσουν την ψυχικής τους υγεία .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

### 5.1. Η έννοια της αντιμετώπισης αγχώγων καταστάσεων

Στη διεθνή βιβλιογραφία η αντιμετώπιση αγχώγων καταστάσεων αποδίδεται με τον όρο «coping» και αναφέρεται στους τρόπους αντίδρασης του ατόμου προς μια απειλητική ή επιβλαβή κατάσταση (Carver, 2011). Πρόκειται για μια πολύπλοκη δυναμική διαδικασία, που περιλαμβάνει το άτομο, το περιβάλλον και τις σχέσεις μεταξύ τους (Folkman & Moskowitz, 2004).

Έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί για την αντιμετώπιση, έχοντας ως κοινό σημείο αναφοράς τη σύγκρουση των εξωτερικών και εσωτερικών αντιξοοτήτων. Ο πιο κοινά αποδεκτός και ευρέως διαδεδομένος ορισμός της αντιμετώπισης είναι των Lazarus και Folkman (1984, σ. 141), που την περιγράφουν ως «τις συνεχώς μεταβαλλόμενες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου να χειριστεί συγκεκριμένες εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις που εκτιμά ότι υπερβαίνουν τους πόρους του».

Οι Lazarus και Folkman (1984) με τον ορισμό αυτό προσδιορίζουν την αντιμετώπιση αγχώγων καταστάσεων ως μια διαδικασία και όχι ως ένα ατομικό χαρακτηριστικό, υποδηλώνοντας την δυνατότητα παρέμβασης. Ο ορισμός αναφέρεται στις προσπάθειες του ατόμου να χειριστεί προκλήσεις ανεξαρτήτως από το αποτέλεσμα της διαδικασίας. Επίσης, οι ίδιοι διακρίνουν την αντιμετώπιση από την προσαρμογή, καθώς η προσαρμογή περιλαμβάνει αυτόματους τρόπους αντιμετώπισης ενός δύσκολου γεγονότος, ενώ η αντιμετώπιση υποδηλώνει μια σκόπιμη κινητοποίηση αντίδρασης μιας αγχώγους κατάστασης.

Πρόσφατα, οι ερευνητές αναφέρονται στην «προληπτική αντιμετώπιση», η οποία περιγράφεται ως προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει εκ των προτέρων ή να προλάβει τις επιπτώσεις γεγονότων που είναι πιθανό να προκαλέσουν άγχος στο μέλλον (Folkman & Moskowitz, 2004) και σε συνειδητές προσπάθειες ρύθμισης συναισθημάτων, γνώσεων, συμπεριφοράς και περιβάλλοντος ως απάντηση σ' ένα αγχώγονο ερέθισμα (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

#### 5.1.1. Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχώγων καταστάσεων

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα άτομα μπορούν να ταξινομηθούν σε διάφορους τύπους. Οι Lazarus και Folkman (1984) πρότειναν τη διάκριση δυο τύπων στρατηγικής αντιμετώπισης

αγχόγων καταστάσεων τις «στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα» και τις «στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα».

Η αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα περιλαμβάνει στρατηγικές που στοχεύουν στην άμεση λύση ή μείωση του προβλήματος και την τροποποίηση της κατάστασης που προκαλεί άγχος. Οι στρατηγικές αυτές παρομοιάζονται με τις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων. Χρησιμοποιώντας αυτές τις στρατηγικές το άτομο καθορίζει το πρόβλημα, παράγει διαφορετικές λύσεις και τέλος επιλέγει και υλοποιεί την καλύτερη εναλλακτική. Επίσης, περικλείει στρατηγικές που εστιάζουν είτε στο περιβάλλον είτε στο άτομο. Οι πρώτες περιλαμβάνουν τη μεταβολή των περιβαλλοντικών πόρων και πιέσεων, ενώ οι τελευταίες τις γνωστικές αλλαγές, όπως η αλλαγή σκέψεων και στόχων, η ανακάλυψη διαφορετικών πηγών ικανοποίησης και η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων. Η αντιμετώπιση εστιασμένη στο συναίσθημα περικλείει στρατηγικές που στοχεύουν στην ρύθμιση της συναισθηματικής αντίδρασης σε μια αγχώδη κατάσταση, όπως η αποφυγή, η ελαχιστοποίηση, η αποστασιοποίηση, η απόσυρση προσοχής από το πρόβλημα και η απόδοση θετικών στοιχείων σε αρνητικές καταστάσεις (Lazarus & Folkman, 1984).

Τα άτομα χρησιμοποιούν και τους δυο τύπους στρατηγικών για να αντιμετωπίσουν καταστάσεις άγχους ταυτόχρονα ή σε διαφορετικά πλαίσια αντιμετώπισης. Οι στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν δεν υπάρχει η δυνατότητα τροποποίησης απειλητικών περιβαλλοντικών συνθηκών, ενώ οι στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα χρησιμοποιούνται όταν τέτοιες συνθήκες επιδέχονται αλλαγή και εκτιμώνται ως ελέγξιμες (Lazarus & Folkman, 1984).

Παρεμφερή ταξινόμηση διακρίνουν και άλλοι ερευνητές, οι οποίοι τις χωρίζουν σε στρατηγικές προσέγγισης και στρατηγικές αποφυγής (Herman & McHale, 1993), ενώ άλλοι σε στρατηγικές εμπλοκής και στρατηγικές απεμπλοκής (Tobin, Holroyd, Reynolds, & Wigal, 1989, οπ. αναφ. στο Μπεζεβέγκης, 2001).

Μια άλλη ταξινόμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αποτελεί η διάκριση με βάση το περιεχόμενο και με βάση τον περίγυρο. Με βάση το περιεχόμενο, οι Westman και Shirom, (1995) ταξινομούν τις στρατηγικές σε άμεσες και ενεργητικές και σε επαρκείς. Με βάση το περίγυρο, είναι σημαντικό το σύνολο των διαθέσιμων στρατηγικών και η ευελιξία του ατόμου να τροποποιεί τις στρατηγικές ανάλογα με το αγχώδη γεγονός (Μπεζεβέγκης, 2001).

## 5.2. Η αντιμετώπιση στους φροντιστές

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι φροντιστές ασθενών με καρκίνο χρησιμοποιούν ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης για να ανταπεξέλθουν στα αγχωτικά γεγονότα που προκαλούνται από τον καρκίνο (Papastavrou, Charalambous, & Tsangari, 2012). Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχουν αναγνωριστεί ο προσδιορισμός θετικών πτυχών στον ρόλο του φροντιστή, η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους (Steele & Fitch, 1996. Eriphanlou, Hamilton, Bridger, Robinson, Rob, Beynon, Higginson, & Harding, 2013), η αποδοχή της κατάστασης (Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker, & Mood, 2004) και η αντιμετώπιση με βάση τις θρησκευτικές πεποιθήσεις (Pearse, Singer, & Prigerson, 2006. Mosher, Ott, Hanna, Jalal, & Champion, 2015. Thombre, Sherman, & Simonton, 2010) ως οι πιο συχνές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Οι ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, η αναζήτηση υποστήριξης και ο αυτοέλεγχος μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της φροντίδας και την εμπιστοσύνη στη φροντίδα και ακόμη και τις αντιλήψεις των φροντιστών για τη ζωή. Οι φροντιστές χρησιμοποιούν ως στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, τη γνωστική επανεκτίμηση και την ενεργή επίλυση προβλημάτων για την επίτευξη της προσαρμογής. Αντιθέτως, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο συναίσθημα όπως η άρνηση και η αποφυγή που χρησιμοποιούν οι φροντιστές, συσχετίζονται με την αύξηση της αντίληψης τους για την επιβάρυνση και τη συναισθηματική δυσφορία (Palacio et al., 2019).

Ακόμη, η έρευνα των McMillan et al. (2005) εκπαίδευσε τρεις ομάδες 354 οικογενειακών φροντιστών ασθενών με προχωρημένο καρκίνο σε διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Τα αποτελέσματα ήταν θετικά για την ομάδα που εκπαιδεύτηκε σε στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο πρόβλημα. Οι ερευνητές ισχυρίζονται ότι η ομάδα που εκπαιδεύτηκε σε στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων βελτίωσε την ποιότητα ζωής του φροντιστή και επίσης μείωσε το βάρος που σχετίζεται με τα συμπτώματα των ασθενών και τα καθήκοντα φροντίδας σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες που έλαβαν εκπαίδευση σε στρατηγικές που επικεντρώθηκαν στο συναίσθημα.

Σε μια άλλη έρευνα, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με 29 οικογενειακούς φροντιστές για τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιήθηκαν και τους αντιληπτούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν την αγχώδη κατάσταση του καρκίνου (Stajduhar, Martin, Barwich, Fyles, 2008). Οι ερευνητές ανέφεραν ότι οι τρεις πιο σημαντικοί τρόποι αντιμετώπισης που αναφέρθηκαν από τους φροντιστές της οικογένειας ήταν η επίλυση προβλημάτων, η αναζήτηση

κοινωνικής υποστήριξης και ο αυτοέλεγχος. Οι συμμετέχοντες εντόπισαν 5 παράγοντες που επηρέασαν την ικανότητά τους στην αντιμετώπιση όπως: (1) η προσέγγιση του φροντιστή για τη ζωή, (2) η εμπειρία του ασθενή για την κατάσταση, (3) η αναγνώριση του ασθενή για την φροντίδα που του προσφέρει ο φροντιστής, (4) η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του φροντιστή και του ασθενή, και (5) η αίσθηση της ασφάλειας του φροντιστή.

Οι Papastavrou et al., (2012) διερεύνησαν τους τρόπους που χρησιμοποιούν οι φροντιστές για να αντιμετωπίσουν το στρες και τις δυσκολίες της φροντίδας. Η πλειονότητα των στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι φροντιστές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων φροντίδας ήταν αυτές που εστιάζουν στο συναίσθημα, όπως η αποφυγή ή η άρνηση και οι ευσεβείς πόθοι, οι οποίες συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τα ευρήματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Faber, 2005, οπ. αναφ. στο Papastavrou et al., 2012).

Στην έρευνα των Gaugler, Erringer, King, Sandberg και Regine (2013) βρέθηκε ότι οι φροντιστές οικογενειών με καρκίνο που χρησιμοποιούν θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης προσανατολισμένων στη λύση (ελπίζοντας για βελτίωση, εύρεση σκοπού, χειρισμός προβλημάτων σε βήματα, καθορισμός στόχων) εμφάνιζαν λιγότερη συναισθηματική εξάντληση. Αντιθέτως οι φροντιστές που χρησιμοποιούσαν στρατηγικές που βασίζονται σε αρνητικές προσδοκίες (περιμένοντας τα χειρότερα, ξέσπασμα στους άλλους, ανησυχία και νευρική κατάσταση) εκτιμούσαν την φροντίδα του καρκίνου ως αφόρητη και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για μια σειρά αρνητικών ψυχολογικών αποτελεσμάτων.

Οι Teixeira, Applebaum, Bhatia, & Brandão, (2018) στην ανασκόπηση που πραγματοποίησαν είχαν ως στόχο την επισκόπηση της βιβλιογραφίας σε σχέση με τις ψυχοφυσιολογικές συνέπειες της φροντίδας και τον ρόλο των στρατηγικών αντιμετώπισης σε αυτήν την σχέση. Οι ερευνητές βρήκαν ότι η αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα επιβάρυνσης, μειωμένη κατάθλιψη και καλύτερη προσαρμογή, ενώ η αντιμετώπιση εστιασμένη στο συναίσθημα σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης και ψυχολογικής δυσφορίας.

Τέλος, οι έρευνες για τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης από τους φροντιστές δείχνουν πως οι δημογραφικοί παράγοντες, τα χαρακτηριστικά και οι θεραπείες της νόσου και προηγούμενες εμπειρίες επηρεάζουν την επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης (Teixeira et al., 2018). Είναι σημαντικό, όμως

να γνωρίσουν οι φροντιστές, μέσω των παρεμβάσεων ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης είναι προσαρμοστικές σε συγκεκριμένα πλαίσια και λειτουργούν καλύτερα στη μείωση του άγχους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

### 6.1. Παρεμβάσεις που εφαρμοστήκαν στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τα προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο έχει αναδείξει τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα ως την κυρίαρχη προσέγγιση εφαρμογής για τους φροντιστές (Northouse et al., 2010. Ferrell & Wittenber, 2017). Σύμφωνα με πρόσφατες μετα- αναλύσεις (Northouse et al., 2010) και συστηματικές ανασκοπήσεις (Harding & Higginson, 2003. McMillan, 2005) φαίνεται ότι τα προγράμματα ποικίλουν ως προς το περιεχόμενο, τον τρόπο παρέμβασης, την εφαρμογή, καθώς και ως προς το θεωρητικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο έχουν στηριχθεί. Κυρίαρχος στόχος της ψυχοεκπαίδευσης είναι η ενδυνάμωση με δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και στρατηγικές αντιμετώπισης, η παροχή πληροφοριών που θα διευκολύνουν την κατανόηση της επίδρασης του καρκίνου και των θεραπειών στην καθημερινή ζωή και η ενίσχυση της αυτογνωσίας που θα τον βοηθήσει να παραμείνει ανθεκτικό στο ρόλο του. Οι παρεμβάσεις διακρίνονται σε ατομικές, ομαδικές ή σε ζευγάρια ασθενών-φροντιστών, αυτοπροσώπως, μέσω τηλεφώνου και μέσω Διαδικτύου (Applebaum & Breitbart, 2013). Τα περισσότερα προγράμματα που θα παρουσιαστούν στη συνέχεια περιέχουν τουλάχιστον μια πειραματική ομάδα και μια ομάδα ελέγχου και εφαρμόζονται σε τρεις φάσεις, την φάση της αξιολόγησης πριν το πρόγραμμα, την φάση της εφαρμογής του προγράμματος και την φάση της επαναξιολόγησης μετά από 6 ή 8 μήνες.

Οι Northouse et al., (2010) δημοσίευσαν μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων δοκιμών με βάση μια ανασκόπηση 401 άρθρων που δημοσιεύθηκαν από το 1983 έως το 2009, τα οποία απέδωσαν 29 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Αναγνώρισαν τρεις τύπους παρεμβάσεων, τις παρεμβάσεις ψυχοεκπαίδευσης, την εκπαίδευση δεξιοτήτων και τις παρεμβάσεις θεραπευτικής συμβουλευτικής. Οι παρεμβάσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών, τη βελτίωση στους τρόπους αντιμετώπισης, την αυξημένη αυτο-αποτελεσματικότητα, την μείωση άγχους και την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι πολλές από τις παρεμβάσεις που σχεδιάστηκαν αφορούσαν την αντιμετώπιση κυρίως της φροντίδας των ασθενών, ενώ λιγότερες παρεμβάσεις εφαρμόστηκαν με το περιεχόμενό τους να εστιάζεται στην αυτοφροντίδα των φροντιστών. Οι παρεμβάσεις που απευθύνονταν αποκλειστικά στους φροντιστές φάνηκε να έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τις παρεμβάσεις που στηρίζονταν στους ασθενείς και τους φροντιστές. Επίσης οι παρεμβάσεις μικρότερης διάρκειας ήταν περισσότερο αποδοτικές σε σχέση με τις παρεμβάσεις μεγαλύτερης διάρκειας, καθώς οι φροντιστές μπορεί να επιβαρύνονται με το στρες των υποχρεώσεων και των καθηκόντων που βρίσκονται μακριά από τους ασθενείς. Ακόμη, αναφορικά με

τον τύπο παρέμβασης ελάχιστες ήταν οι παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν σε ομαδικό πλαίσιο με την παρουσία μόνο των φροντιστών, αναδεικνύοντας την ανάγκη για μελλοντικό σχεδιασμό και εφαρμογή ομαδικών παρεμβάσεων στους φροντιστές, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να αλληλοεπιδρούν ανοιχτά μεταξύ τους, χωρίς την παρουσία των ασθενών.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση, οι Applebaum και Breitbart (2013) συμπεριέλαβαν 49 μελέτες, προκειμένου να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο. Οι περισσότερες παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές και φάνηκε ότι οι παρεμβάσεις που συνδύαζαν διάφορα στοιχεία θεωριών στην προσέγγισή τους προσέφεραν πολλαπλά οφέλη στους φροντιστές. Τονίζουν, όμως, την αναγκαιότητα εξέτασης ερευνών που προσφέρουν εναλλακτικούς τρόπους παρέμβασης όπως το διαδικτυο.

Ακολούθως, οι Ferrell και Wittenberg (2017) διεξήγαγαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση με 51 μελέτες παρέμβασης που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2010 και 2016. Οι συγγραφείς παρατήρησαν την αύξηση των παρεμβάσεων που απευθύνονται στους φροντιστές, ενώ φάνηκε ότι οι επικρατέστερες παρεμβάσεις ήταν αυτές που πραγματοποιήθηκαν σε ζευγάρια ασθενών-φροντιστών. Οι παρεμβάσεις ήταν γενικά αποτελεσματικές στη βελτίωση της επικοινωνίας, της δυσφορίας και της λειτουργίας των σχέσεων.

Οι Northouse, Walker, Schafenacker, Mood, Mellon, Galvin, Harden και Freeman-Gibb (2002) σχεδίασαν και εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα οικογενειακής παρέμβασης με την ονομασία FOCUS, προκειμένου να εξετάσουν την ποιότητα ζωής και άλλων ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων (την εκτίμηση για την φροντίδα, την αβεβαιότητα, την απελπισία και την αντιμετώπιση) σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και στον φροντιστή τους. Το κάθε γράμμα από το ακρωνύμιο FOCUS αντιπροσωπεύει ένα από τα βασικά συστατικά του προγράμματος παρέμβασης: οικογενειακή συμμετοχή, αισιόδοξη στάση, αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης, μείωση της αβεβαιότητας και διαχείριση συμπτωμάτων. Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε 134 δυάδες ασθενών και φροντιστών, με 69 στην πειραματική ομάδα και 65 στην ομάδα ελέγχου και περιελάμβανε πέντε συνεδρίες. Στα αποτελέσματα, οι φροντιστές της πειραματικής ομάδας ανέφεραν λιγότερες αρνητικές εκτιμήσεις για το ρόλο της φροντίδας, ενώ δεν βρέθηκε καμία αλλαγή στους άλλους παράγοντες.

Σ' ένα άλλο πρόγραμμα παρέμβασης οι Manne, Babb, Pinover, Horwitz και Ebbert (2004) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος στην θλίψη, την αντιμετώπιση, την μετα-τραυματική ανάπτυξη και την συζυγική επικοινωνία των συζύγων των ανδρών με καρκίνο του προστάτη. Οι συμμετέχοντες ήταν 60 σύζυγοι, με 29 στην πειραματική ομάδα και 31 στην ομάδα



ελέγχου. Το θεωρητικό υπόβαθρο του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος ήταν η θεωρία του στρες και της αντιμετώπισης του Lazarus και η γνωστική και κοινωνική επεξεργασία της προσαρμογής σε δύσκολα γεγονότα της ζωής. Το πρόγραμμα περιελάμβανε 6 συνεδρίες που διαρκούσαν μία ώρα και το περιεχόμενο είχε τα εξής θέματα: ιατρικές πληροφορίες, διατροφή, υποστήριξη, επικοινωνία, οικειότητα και αντιμετώπιση σεξουαλικών ανησυχιών, διαχείριση στρες, στρατηγικές αντιμετώπισης και κοινωνική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες της παρέμβασης ανέφεραν μεγαλύτερη προσωπική δύναμη, πνευματική ανάπτυξη και εκτίμηση για τη ζωή, καθώς επίσης βρέθηκαν βελτιώσεις στην χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης, συγκεκριμένα στη χρήση της θετικής επανεκτίμησης και μείωση στην αντιμετώπιση της άρνησης. Δεν βρέθηκε, ωστόσο, καμία αλλαγή στην συναισθηματική δυσφορία των συζύγων.

Οι Cohen και Kuten (2006) διερεύνησαν την επίδραση μιας ομαδικής γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης στην ψυχολογική δυσφορία και προσαρμογή φροντιστών καρκινοπαθών στην αρχική φάση της νόσου. Οι συμμετέχοντες ήταν 52 φροντιστές στην πειραματική ομάδα και 52 στην ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα διεξάχθηκε σε εννέα συνεδρίες ενενήντα λεπτών. Οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας ανέφεραν καλύτερη προσαρμογή και μειωμένη ψυχολογική δυσφορία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η βελτίωση στην ομάδα παρέμβασης συνδέθηκε με υψηλότερη συμμόρφωση με την πρακτική στο σπίτι.

Ένα άλλο ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης εφάρμοσαν οι Lewis, Cochrane, Fletcher, Zahlis, Shands, Gralow, Wu και Schmitz (2008) για συζύγους γυναικών με καρκίνο του μαστού. Οι στόχοι της παρέμβασης ήταν η ενίσχυση των δεξιοτήτων και της αυτοπεποίθησης των συζύγων να επικοινωνήσουν και να υποστηρίξουν τις γυναίκες τους για τον καρκίνο του μαστού, όπως επίσης και βελτίωση στην καταθλιπτική διάθεση, το άγχος και την οικογενειακή προσαρμογή των συζύγων. Το πρόγραμμα περιελάμβανε πέντε συνεδρίες που διαρκούσαν μία ώρα και έλαβαν μέρος 20 σύζυγοι. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις στην καταθλιπτική διάθεση των συζύγων, το άγχος, τις δεξιότητες, την αυτοπεποίθηση και την αυτοεξυπηρέτηση. Οι συνεντεύξεις μετά τη παρέμβαση ανέφεραν παραδείγματα θετικών αλλαγών στην επικοινωνία και τη στήριξη του συζύγου προς τη σύζυγό του σχετικά με το καρκίνο του μαστού, μειωμένη ένταση και βελτιωμένη ποιότητα ζωής.

Ακόμη, το πρόγραμμα FOCUS εφαρμόστηκε σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και των συντρόφων τους με στόχο την βελτίωση των συμπτωμάτων θλίψης, των στρατηγικών αντιμετώπισης, της αυτό-αποτελεσματικότητας και της ποιότητας ζωής. Το δείγμα αποτέλεσαν 263 ζευγάρια ασθενών-συντρόφων, όπου χωρίστηκαν σε ομάδα ελέγχου και πειραματική ομάδα. Οι φροντιστές ανέφεραν

καλύτερη επικοινωνία, αυξημένη αυτό-αποτελεσματικότητα, καλύτερη ποιότητα ζωής και μείωση των συμπτωμάτων θλίψης (Northouse, 2007).

Μια σειρά από παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί για να εκπαιδευτεί το άτομο στη χρήση προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Στόχος αυτών των παρεμβάσεων είναι να βοηθήσουν τα άτομα να περιορίσουν, να ελαχιστοποιήσουν και να ξεπεράσουν τις αγχωτικές καταστάσεις της ζωής. Στην έρευνα των Sherwood, Given, Given, Sikorskii, You και Prince (2011) συμμετείχαν 169 ζευγάρια ασθενών με τους φροντιστές τους. Εφαρμόστηκαν τρεις συνεδρίες επίλυσης προβλημάτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα της κατάθλιψης ήταν χαμηλότερα, αλλά όχι σε σημαντικό βαθμό. Επίσης, οι φροντιστές με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ήταν πιο πιθανό να παρέχουν βοήθεια στους ασθενείς.

Στην έρευνα της Northouse και των συνεργατών της (2012), συμμετείχαν 302 ζευγάρια ασθενών με τους φροντιστές τους. Εφαρμόστηκε το πρόγραμμα FOCUS και το δείγμα χωρίστηκε σε τρεις ομάδες, την ομάδα ελέγχου, την πειραματική ομάδα με ένα σύντομο πρόγραμμα παρέμβασης και την πειραματική ομάδα μ' ένα εκτεταμένο πρόγραμμα παρέμβασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε βελτίωση στην αντιμετώπιση και στη ποιότητα ζωής των φροντιστών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα σε σχέση με τους φροντιστές στην ομάδα ελέγχου. Οι φροντιστές της παρέμβασης διατήρησαν την βελτίωση στην ποιότητα ζωής έως 6 μήνες.

Οι Boele, Hoeben, Hilverda, Lenting, Calis, Sizoo, Collette, Heimans, Tapthoorn, Reijneveld και Klein (2013) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο του εγκεφάλου. Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από 56 δυάδες ασθενών - φροντιστών που τυχαία χωρίστηκαν στην πειραματική ομάδα και ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα παρέμβασης περιείχε έξι συνεδρίες που διαρκούσαν μία ώρα παρέχοντας ψυχοεκπαίδευση σχετικά με συγκεκριμένα συμπτώματα ασθένειας και καθημερινά προβλήματα, καθώς και γνωστικο-συμπεριφορικές τεχνικές για να αυξήσουν την ικανότητά των φροντιστών στην αντιμετώπιση των απαιτήσεων διαχείρισης και παροχής φροντίδας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η παρέμβαση βοήθησε τους φροντιστές να διατηρήσουν ένα σταθερό επίπεδο ποιότητα ζωής και να βελτιώσουν την επιδεξιότητα στο ρόλο τους για μια περίοδο 8 μηνών.

Οι McLean, Walton, Rodin, Esplen και Jones (2011) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης που βασίζεται στην Συναισθηματικά Εστιασμένη Θεραπεία (Emotional Focus Therapy) στους ασθενείς με καρκίνο προχωρημένου σταδίου και τους φροντιστές τους. Στο πρόγραμμα πήραν

μέρος 42 ασθενείς και φροντιστές, οι οποίοι ανατέθηκαν στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα περιλάμβανε οχτώ συνεδρίες που διαρκούσαν μία ώρα. Στόχος της παρέμβασης ήταν η διευκόλυνση της συζυγικής σχέσης, η αύξηση της αμοιβαίας κατανόησης και της συναισθηματικής εμπλοκής και ενίσχυση του δεσμού του γάμου. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις στην λειτουργία της συζυγικής σχέσης, καθώς επίσης οι ασθενείς ανέφεραν καλύτερα επίπεδα στην ενσυναίσθηση των φροντιστών τους, υποδεικνύοντας ότι η παρέμβαση βοήθησε τον φροντιστή να βιώσει τα συναισθήματα των ασθενών και να μάθουν πως να τους βοηθούν καλύτερα.

Σε μία άλλη έρευνα, οι Badr, Cardinale, Smith, Goldstein, Gomez και Redd (2014) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα μιας δυαδικής ψυχοκοινωνικής παρέμβασης που αναπτύχθηκε για προχωρημένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και τους φροντιστές τους. Η παρέμβαση αποτελούνταν από 6 τηλεφωνικές συνεδρίες και στηρίχθηκε στη θεωρία αυτοδιάθεσης, η οποία τονίζει τη σημασία της ικανότητας (αυτο-αποτελεσματικότητα), της αυτονομίας (αίσθηση επιλογής / βούλησης) και της συγγένειας (αίσθηση ανήκειν) για την ψυχολογική λειτουργία. Οι συμμετέχοντες ήταν 39 ασθενείς με τους φροντιστές τους, οι οποίοι χωρίστηκαν στην πειραματική και την ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας επέδειξαν βελτίωση στην κατάθλιψη, το άγχος και την επιβάρυνση της φροντίδας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Στη μελέτη των Leow, Chan και Chan (2015), οι ερευνητές μελέτησαν την αποτελεσματικότητα ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, όπου συμμετείχαν 80 φροντιστές ασθενών με προχωρημένο στάδιο καρκίνου που χωρίστηκαν τυχαία στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ομάδα που συμμετείχε στο πρόγραμμα ανέφερε υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, κοινωνικής υποστήριξης και αυτό-αποτελεσματικότητας καθώς επίσης και χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Το πρόγραμμα των Hendrix, Bailey, Steinhauer, Olsen, Stechuchak, Lowman, Schwartz, Riedel, Keefe, Porter και Tulsky (2016) είχε ως στόχο την εκπαίδευση των φροντιστών στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην αποτελεσματικότητά τους. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 138 δυάδες ασθενών - φροντιστών, οι οποίοι χωρίστηκαν τυχαία στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική αύξηση στην αυτοαποτελεσματικότητα των φροντιστών της πειραματικής ομάδας. Καμία επίδραση δεν βρέθηκε στην κατάθλιψη, το άγχος και την ποιότητα ζωής των φροντιστών.

Επιπλέον, οι Mahendran, Lim και Griva (2017) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα ενός ομαδικού ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο. Οι συμμετέχοντες ήταν 56 στην πειραματική ομάδα και 54 στην ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα αποτελούνταν από συνεδρίες τεσσάρων εβδομάδων που ταυτόχρονα στόχευε στην ψυχοεκπαίδευση, την εκπαίδευση δεξιοτήτων και την υποστήριξη των ομάδων των φροντιστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση στην ποιότητα ζωής στην πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ δεν βρέθηκε καμία βελτίωση στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε καμία ομάδα.

Οι McCaughan, Curran, Northouse και Parahoo (2018) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα ενός ψυχοκοινωνικού προγράμματος σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και τους συντρόφους τους. Οι συμμετέχοντες ήταν 34, οι οποίοι χωρίστηκαν στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα βασίστηκε στο πρόγραμμα FOCUS, διήρκησε εννέα εβδομάδες και περιελάμβανε τρεις ομαδικές και δύο τηλεφωνικές συνεδρίες. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα επικεντρώθηκε στη διαχείριση συμπτωμάτων, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, την διαχείριση αβεβαιότητας, την θετική σκέψη και την επικοινωνία ζευγαριών. Τα αποτελέσματα έδειξαν καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής, την επικοινωνία και την κοινωνική υποστήριξη στους φροντιστές.

Επίσης, οι Cipolletta, Simonato και Faccio (2019) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα μιας ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης, τόσο στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, όσο και στους άτυπους φροντιστές τους μέσω της χρήσης ποσοτικών και ποιοτικών μέτρων. Στόχος της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης ήταν η παροχή ενημερωτικής, συναισθηματικής και σχεσιακής υποστήριξης στους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι συμμετέχοντες ήταν 28 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 21 φροντιστές τους, οι οποίοι χωρίστηκαν σε πειραματική ομάδα και ομάδα ελέγχου. Οι ομαδικές συναντήσεις αποτελούνταν από συνεδρίες 90 λεπτών την εβδομάδα για συνολικά 6 συνεδρίες για τους φροντιστές και 12 για τους ασθενείς. Η στατιστική ανάλυση έδειξε βελτίωση στις κλίμακες του άγχους, της ευζωίας και της κατάθλιψης στους φροντιστές. Τα αποτελέσματα από την ποιοτική ανάλυση αφορούσαν την ομαδική εμπειρία που προσέφερε συναισθηματική, σχεσιακή και ενημερωτική υποστήριξη και επέτρεψε στους συμμετέχοντες να δημιουργήσουν ένα δίκτυο και να αισθάνονται ότι τους κατανοούν.

Ακολούθως, οι Xiu, Fung Lau, Wong, Chan, Ho, So, Lam, Lee, Lee, Chow, Lim, Tsang, Chan και Chow (2019) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας και ενός ψυχοκοινωνικού προγράμματος που βασίζεται στην κινέζικη ιατρική και στην ψυχοθεραπεία σε δυάδες ασθενών-φροντιστών. Τα άτομα που συμμετείχαν ήταν 157 άτυποι φροντιστές ασθενών με

καρκίνο του πνεύμονα μαζί με τα μέλη της οικογένειας για τα οποία παρείχαν φροντίδα και τυχαία ανατέθηκαν είτε σε ολοκληρωμένη παρέμβαση σώματος-μυαλού-πνεύματος (I-BMS) είτε σε γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Οι ασθενείς και οι φροντιστές παρακολούθησαν παράλληλες ομαδικές συνεδρίες σε διαφορετικά δωμάτια στις πρώτες επτά συνεδρίες, ενώ στην τελευταία συνεδρία συμμετείχαν μαζί. Στην ομάδα παρέμβασης εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα εβδομαδιαίων συνεδριών, στα πλαίσια του οποίου οι φροντιστές εκπαιδεύτηκαν σε τεχνικές αντιμετώπισης και διαχείρισης προβλημάτων καθώς και σε τεχνικές χαλάρωσης. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης επέδειξαν μείωση του στρες. Ακόμη, και οι δυο παρεμβάσεις βρέθηκαν να είναι ισάξια αποτελεσματικές στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των φροντιστών και στην ψυχική δυσφορία.

Μία ακόμη έρευνα είναι των Rosenberg, Bradford, Junkins, Taylor, Zhou, Sherr, Kross, Curtis και Yi-Frazier (2019), οι οποίοι διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος που ως κυρίαρχο στόχο είχε την βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας και ως δευτερεύοντες στόχους την ελπίδα, την κοινωνική υποστήριξη, την ποιότητα ζωής, το στρες και τη ψυχολογική δυσφορία. Το δείγμα αποτελούνταν από 94 γονείς παιδιών με καρκίνο, οι 32 εκ των οποίων συμμετείχαν σε ομαδικές συνεδρίες, 32 σε ατομικές συνεδρίες και 30 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η πειραματική ομάδα που συμμετείχε σε ατομικές συνεδρίες σημείωσε υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας σε σχέση με τις άλλες ομάδες, ενώ δεν βρέθηκαν αποτελέσματα στις άλλες μετρήσεις.

Πιο πρόσφατα, οι Kedia, Collins, Dillon, Akkus, Ward και Jackson (2019) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση σε πλήθος τυχαιοποιημένων μελετών για την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής παρεμβάσεων στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι παρεμβάσεις είχαν θετικά αποτελέσματα στις συναισθηματικές, σωματικές και κοινωνικές πτυχές της φροντίδας. Οι πιο συχνά αναφερόμενες βελτιώσεις ήταν η επιβάρυνση, η αγωνία, το άγχος, η κατάθλιψη, η ποιότητα ζωής, η αυτο-αποτελεσματικότητα και οι ικανότητες αντιμετώπισης. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι παρά τους μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι παρεμβάσεις προσφέρουν την κατάλληλη υποστήριξη, εκπαίδευση και ικανότητες. Για να καθιερωθεί τεκμηριωμένη πρακτική, απαιτείται επιπλέον έρευνα με πιο αυστηρά σχεδιασμένες μελέτες.

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε καρκίνους πρώιμου σταδίου φάνηκαν να οδηγούν σε μεγαλύτερες βελτιώσεις σε σύγκριση με παρεμβάσεις που στοχεύουν σε καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο (Regan, Lambert, Girgis, Kelly, Kayser, & Turner, 2012). Τα ευρήματα των ανασκοπήσεων δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην ποιότητα ζωής των φροντιστών έχουν περισσότερα θετικά

αποτελέσματα, ειδικότερα όταν συμπεριλαμβάνουν ζευγάρια ασθενών-φροντιστών στην έρευνα. Μια σημαντική παρατήρηση των συστηματικών ανασκοπήσεων αφορά στο περιορισμό της γενίκευσης των συμπερασμάτων, δεδομένου ότι οι σχετικές έρευνες παρουσίαζαν μεθοδολογικά σφάλματα και ελλείματα όπως η ελλιπής περιγραφή των παρεμβάσεων, η εσωτερική εγκυρότητα, η ετερογένεια του δείγματος κ.α. (Kedia et al., 2019).

Ολοκληρώνοντας, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο μπορούν να βοηθήσουν στην ενδυνάμωση της ικανότητας τους να παρέχουν φροντίδα τόσο στους ίδιους όσο και στους ασθενείς, καθώς επίσης στη μείωση της επιβάρυνσης, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την ενίσχυση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης και τη μείωση της θλίψης και του άγχους (Northouse et al., 2010). Ωστόσο, οι παρεμβάσεις και τα προγράμματα που απευθύνονται αποκλειστικά στους φροντιστές των καρκινοπαθών χρειάζεται να αξιολογηθούν περαιτέρω για να αυξήσουν τα εμπειρικά στοιχεία και συνίσταται η διενέργεια μελλοντικών ερευνών εφαρμογής προγραμμάτων (Sternberg, Ruland, & Miaskowsk, 2009).

## 6.2. Στόχοι της έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει δείξει ότι η προώθηση προσωπικών πόρων ανθεκτικότητας μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία που μπορεί να προκύψουν από την δυσμενή κατάσταση της ασθένειας ενός συγγενικού προσώπου και από την ανάληψη ευθυνών φροντίδας του, και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και τις υγιείς συμπεριφορές των φροντιστών που παρέχουν υποστήριξη στους ασθενείς με καρκίνο (Rosenberg et al., 2019).

Λίγες μελέτες έχουν περιγράψει παράγοντες ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια του καρκίνου. Ωστόσο, η προώθηση θετικών ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων είναι εξίσου αναγκαία με την ελαχιστοποίηση των αρνητικών (Rosenberg et al., 2013). Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι φροντιστές με υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας έχουν λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Hwang et al., 2017). Επιπρόσθετα, οι φροντιστές προσαρμόζονται καλύτερα και η ψυχολογική τους υγεία βελτιώνεται όταν χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Doorenbos, Given, Given, Wyatt, Gift, Rahbar, & Jeon, 2007).

Ένας περιορισμένος αριθμός προγραμμάτων παρέμβασης έχει αναπτυχθεί αποκλειστικά για τους φροντιστές ασθενών με καρκίνο. Τα περισσότερα προγράμματα εφαρμόστηκαν σε ζεύγη ασθενών-φροντιστών και εστιάστηκαν σχεδόν αποκλειστικά στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών

(π.χ. διαχείριση συμπτωμάτων, ποιότητα της ζωής) δίνοντας λιγότερη προσοχή στις ανάγκες των φροντιστών (Northouse, 2010). Ενώ έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές παρεμβάσεις ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας στην οικογένεια του ασθενή με καρκίνο, οι περισσότερες από αυτές αφορούν γονείς παιδιών με καρκίνο (Yi-Frazier, Fladeboe, Klein, Eaton, Wharton, McCauley, & Rosenberg, 2017).

Με βάση τα παραπάνω βιβλιογραφικά δεδομένα, προκύπτει η αναγκαιότητα διεξαγωγής ενός προγράμματος παρέμβασης που έχει ως στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας καθώς επίσης και των προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης, την μείωση του άγχους και της κατάθλιψης σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος που αποσκοπεί στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, των προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης και την μείωση του άγχους και της κατάθλιψης σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο.

Προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος διατυπώθηκαν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις:

1. Η ψυχική ανθεκτικότητα αναμένεται να αυξηθεί στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.
2. Τα επίπεδα άγχους αναμένεται να μειωθούν στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.
3. Τα επίπεδα κατάθλιψης αναμένεται να μειωθούν στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.
4. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγόγων καταστάσεων αναμένεται να βελτιωθούν στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.
5. Η ποιότητα ζωής αναμένεται να βελτιωθεί στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΣ

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η περιγραφή του δείγματος, των ερευνητικών εργαλείων που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες και της ερευνητικής διαδικασίας. Τέλος, γίνεται σύντομη παρουσίαση του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος.

### 7.1. Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 30 φροντιστές ασθενών με καρκίνο, με μέσο όρο ηλικίας τα 42,8 έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν αναλάβει την κύρια φροντίδα συγγενικών προσώπων που πάσχουν από καρκίνο. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Οι ομάδες της πειραματικής ομάδας χωρίστηκαν σε τρεις ολιγομελείς ομάδες, στις δύο εκ των οποίων εφαρμόστηκε το πρόγραμμα διαδικτυακά και στη μία δια ζώσης.

Δεκαπέντε φροντιστές αποτέλεσαν συνολικά την πειραματική ομάδα, εκ των οποίων οι 12 ήταν γυναίκες και οι 3 άνδρες. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συγγενών, τα στοιχεία που συλλέχθηκαν μας δείχνουν ότι σε μεγάλο ποσοστό, ήταν απόφοιτοι λυκείου και ΑΕΙ/ΤΕΙ (60% και 26,7% αντίστοιχα), ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό των αποφοίτων γυμνασίου (6,7%) και με Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό (6,7%). Ως προς το είδος απασχόλησης, το 20% ( $n=3$ ) ήταν επαγγελματίες, το 20% ( $n=3$ ) ήταν υπάλληλοι γραφείου, το 13,3% ( $n=2$ ) απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές, το 6,7% ( $n=1$ ) ανήκε στην κατηγορία των ένοπλων δυνάμεων. Ένας (6,7%) ήταν τεχνικός και ένας (6,7%) χειριστής βιομηχανικών εγκαταστάσεων/ συναρμολογητής, ενώ τέσσερα άτομα (26,7%) δήλωσαν άλλο. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των φροντιστών, οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι 60% ( $n=9$ ) και 40% ήταν άγαμοι ( $n=6$ ).

Ως προς τον βαθμό συγγένειας, οι 5 (33,3%) ήταν σύζυγοι των ασθενών, οι 4 (26,7%) ήταν παιδιά των ασθενών, οι 4 (26,7%) ήταν αδέρφια των ασθενών και το υπόλοιπο ποσοστό του δείγματος ήταν γονέας 13,4% ( $n=1$ ) και σύντροφος ( $n=1$ ). Ως προς το είδος του καρκίνου του ασθενή, τον οποίο φροντίζουν, οι πέντε (33,3%) φρόντιζαν ασθενή με καρκίνο του μαστού, οι δύο (13,3%) καρκίνο του πνεύμονα, ένας (6,7%) καρκίνο του προστάτη, δύο (13,3%) στο τράχηλο της μήτρας ή στις ωοθήκες, δύο (13,3%) στο γαστρεντερικό σύστημα και οι υπόλοιποι 3 (20%) ανέφεραν άλλο είδος καρκίνου. Ως προς τη



μετάσταση οι 3 (20%) απάντησαν ότι οι συγγενείς που φρόντιζαν είχαν μετάσταση και οι 12 (80%) δεν είχαν.

Όσον αφορά το χρονικό διάστημα που φροντίζουν τον ασθενή, οι περισσότεροι (46,7%) φροντίζουν τον ασθενή 0-6 μήνες, τέσσερις (26,7%) παρέχουν φροντίδα 6-12 μήνες, δύο (13,3%) 12-18 μήνες, ένας (6,7%) 18-24 μήνες και ένας (6,7%) 24 μήνες και παραπάνω. Όσον αφορά την ερώτηση αν διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, οι έντεκα (73,3%) απάντησαν πως διαμένουν και τέσσερις (26,7%) ότι δεν διαμένουν. Ως προς τη μεταβλητή εάν ο ασθενής κατά τη διάρκεια της θεραπείας του είχε νοσηλευθεί στο νοσοκομείο, οι περισσότεροι δήλωσαν ναι (80%), ενώ οι 3 (20%) όχι.

Δεκαπέντε φροντιστές ασθενών με καρκίνο αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου, εκ των οποίων οι 11 ήταν γυναίκες και οι 4 άνδρες. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών, οι οχτώ (53,3%) ήταν απόφοιτοι λυκείου, οι έξι (40%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και ένας ήταν απόφοιτος γυμνασίου. Όσον αφορά το είδος απασχόλησης, τρεις (20%) ήταν υπάλληλοι γραφείου, τρεις (20%) απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών, δύο (13,3%) ειδικευμένοι τεχνίτες, δύο (13,3%) ήταν επαγγελματίες, ένας (6,7%) ήταν στις ένοπλες δυνάμεις, ενώ τρεις (20%) δήλωσαν άλλο. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των φροντιστών, οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι 80% ( $n=12$ ) και 20% ήταν άγαμοι ( $n=3$ ).

Ως προς τον βαθμό συγγένειας, οι 9 (60%) ήταν σύζυγοι των ασθενών, οι 2 (13,3%) ήταν παιδιά των ασθενών, οι 2 (13,3%) ήταν αδέρφια των ασθενών και το υπόλοιπο ποσοστό του δείγματος ήταν γονέας 13,3% ( $n=2$ ). Ως προς το είδος του καρκίνου του ασθενή, τον οποίο φροντίζουν, οι τέσσερις (26,7%) φρόντιζαν ασθενή με καρκίνο του μαστού, οι δύο (13,3%) καρκίνο του πνεύμονα, δύο (13,3%) καρκίνο του προστάτη, τρεις (20%) καρκίνο στο γαστρεντερικό, ένας (6,7%) καρκίνο στο τράχηλο ή στις ωοθήκες και οι υπόλοιποι 3 (20%) ανέφεραν άλλο είδος καρκίνου. Ως προς τη μετάσταση οι 2 (13,3%) απάντησαν ότι οι συγγενείς που φρόντιζαν είχαν μετάσταση και οι 13 (86,7%) δεν είχαν.

Ως προς το χρονικό διάστημα που δήλωσαν οι φροντιστές ότι παρέχουν φροντίδα στον ασθενή, το 46,7% (7) δήλωσε 0-6 μήνες, το 33,3% (5) δήλωσε 6-12 μήνες, το 13,3% (2) 12-18 μήνες και το 6,7% (1) 18-24 μήνες. Όσον αφορά την ερώτηση αν διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, το 80% ( $n=12$ ) απάντησε πως διαμένει, ενώ το 20% ( $n=3$ ) ότι δεν διαμένει. Ως προς τη μεταβλητή εάν ο ασθενής κατά τη διάρκεια της θεραπείας του είχε νοσηλευθεί στο νοσοκομείο, οι περισσότεροι δήλωσαν ναι (73,3%), ενώ οι 4 (26,7%) όχι.

## 7.2. Εργαλεία της έρευνας

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια:

1. Δημογραφικά στοιχεία
2. Η κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας (The Connor- Davidson Resilience Scale- CD-RISC)
3. Η κλίμακα άγχους του Spielberger (Strait-Anxiety Inventory- STAI)
4. Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory- BDI)
5. Η κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Ways of coping)
6. Η κλίμακα ρόλων και ευθυνών του φροντιστή (The caregiver roles and responsibilities scale- CRRS)

### 7.2.1. Δημογραφικά στοιχεία

Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων σχεδιάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας και οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε αυτό είναι οι εξής: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, βαθμός συγγένειας με τον ασθενή, είδος καρκίνου, χρόνος παροχής φροντίδας, διαμονή στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, μετάσταση του ασθενή και τέλος, αν κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής έχει νοσηλευτεί στο νοσοκομείο.

### 7.2.2. Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Η κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας των Connor και Davidson (2003) είναι κλίμακα αυτοαξιολόγησης και έχει σκοπό την ποσοτική μέτρηση της ανθεκτικότητας στον γενικό πληθυσμό και σε κλινικά δείγματα. Αποτελείται από 25 δηλώσεις αυτοαναφοράς και καλεί τους συμμετέχοντες να απαντήσουν κατά πόσο συμφωνούν σε κάθε δήλωση κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα σε μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert, όπου 1 σημαίνει καθόλου αληθές και 5 σχεδόν πάντα αληθές. Οι ερωτήσεις αντιστοιχούν σε πέντε παράγοντες:

1. Προσωπική ικανότητα
2. Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο
3. Θετική αποδοχή της αλλαγής
4. Έλεγχος
5. Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές (Connor και Davidson, 2003).

Η τελική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των προτάσεων και μπορεί να διακυμανθεί από 0 έως 100, με μεγαλύτερη βαθμολογία να υποδεικνύει μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα. Η ξεχωριστή βαθμολόγηση των υποκλιμάκων δεν συστήνεται, καθώς η παραγοντική δομή ποικίλει ανάλογα με το πλαίσιο. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's  $\alpha = .89$ ) και επαναληπτικών μετρήσεων (Σταλίκας, Τριλιβά, & Ρούσση, 2012).

Στην παρούσα έρευνα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε με το δείκτη Cronbach's alpha τόσο για την πειραματική όσο και για την ομάδα ελέγχου. Οι δείκτες αξιοπιστίας ήταν υψηλοί και κυμαίνονταν από .933 έως .902

Πίνακας 1: Αξιοπιστία Κλίμακας Ψυχικής Ανθεκτικότητας (CD-RISC)

Κλίμακα	Cronbach's alpha ( $\alpha$ )	
	Αρχική μέτρηση	Τελική μέτρηση
Ψυχική Ανθεκτικότητα	.902	.933

### 7.2.3. Κλίμακα άγχους του Spielberg (Strait-Anxiety Inventory- STAI)

Η κλίμακα άγχους του Spielberg (Strait-Anxiety Inventory- STAI) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για ερευνητικούς και κλινικούς σκοπούς και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Η αρχική μορφή STAI X εκδόθηκε το 1970 από τον Spielberg. Αργότερα το 1979 άρχισε η αναθεώρησή της και εκδόθηκε η μορφή STAI Y το 1985 (Fountoulakis, Papadopoulou, Kleanthous, Papadopoulou, Bizeli, Nimatoudis, Iacovides, & Kaprinis, 2002).

Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα είναι η STAI Y-1 και περιλαμβάνει 20 δηλώσεις που αξιολογούν πως ο εξεταζόμενος αισθάνεται «τώρα, αυτή τη στιγμή». Η δεύτερη υποκλίμακα STAI Y-2 αποτελείται από 20 δηλώσεις που αξιολογούν πως ο εξεταζόμενος αισθάνεται γενικά. Η αξιολόγηση γίνεται με βάση την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο σε μια τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert όπου το 1 σημαίνει καθόλου και το 4 πολύ. Αντίστροφα βαθμολογούνται οι ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 20, 21, 26, 27, 33, 36 και 39. Σύμφωνα με την έρευνα της Αναγνωστοπούλου (2002), η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα είναι

43,21 και για τη δεύτερη 42,79. Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και κριτηρίου καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984). Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης Cronbach  $\alpha$  ήταν .909 για την μέτρηση πριν την παρέμβαση και .922 για την μέτρηση μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 2: Αξιοπιστία Κλίμακας άγχους του Spielberg (Strait-Anxiety Inventory- STAI)

Κλίμακα	Cronbach's alpha ( $\alpha$ )	
	Αρχική μέτρηση	Τελική μέτρηση
Άγχος	.909	.922

#### 7.2.4. Κλίμακα κατάθλιψης του Beck II (Beck Depression Inventory- BDI)

Για την μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης Beck που αξιολογεί τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής διάθεσης σε ενήλικες. Η κλίμακα κατάθλιψης Beck δημιουργήθηκε από τον Beck για να μετρήσει τις γνωστικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης. Περιλαμβάνει 21 κατηγορίες που συμβολίζονται με γράμματα της αλφαβήτου. Κάθε κατηγορία περιέχει 4-5 προτάσεις και αναφέρεται σε διαφορετικό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Κάθε πρόταση βαθμολογείται από το 0 έως το 3, ανάλογα με τη βαρύτητα που δηλώνουν. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 63 και προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας των ερωτήσεων. Σύμφωνα με τον Beck οπ. αναφ. στο Γιαννακού, Κοσμίδου, Αδαμοπούλου,(2013), το κατώτερο όριο για την ένδειξη της καταθλιπτικής διάθεσης είναι το 14, ενώ στον ελληνικό πληθυσμό είναι η τιμή 17. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά και περιλαμβάνει τα εξής συμπτώματα που αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV: Διάθεση, Απαισιοδοξία, Αίσθηση Αποτυχίας, Απώλεια ικανοποίησης, Ενοχή, Τιμωρία, Απέχθεια για τον εαυτό, Αυτοκατηγορία, Αυτοκτονικές Ιδέες, Κλάμα, Ερεθιστικότητα, Κοινωνική Απόσυρση, Αναποφασιστικότητα, Αλλαγή της Εικόνας του Σώματος, Μείωση εργατικότητας, Αϋπνία, Κόπωση, Απώλεια Όρεξης, Απώλεια Βάρους, Σωματικά Ενοχλήματα, Απώλεια της Λίμπιντο.

Η κλίμακα κατάθλιψης Beck-II αποτελεί ένα έγκυρο εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης και έχει καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Γιαννακού, Κοσμίδου, & Αδαμοπούλου, 2013).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα εκτιμήθηκε με το δείκτη Cronbach's alpha τόσο για την πειραματική όσο και για την ομάδα ελέγχου. Οι δείκτες αξιοπιστίας ήταν ικανοποιητικοί και κυμαίνονταν από .875 έως .864

Πίνακας 3: Αξιοπιστία Κλίμακας κατάθλιψης του Beck II (Beck Depression Inventory- BDI)

Κλίμακα	Cronbach's alpha ( $\alpha$ )	
	Αρχική μέτρηση	Τελική μέτρηση
Κατάθλιψη	.864	.875

#### 7.2.5. Κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Ways of Coping)

Η κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Ways of Coping) των Lazarus και Folkman αξιολογεί τις γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει μια αγχωτική κατάσταση. Η κλίμακα έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τον Καραδήμα (1998) και περιλαμβάνει 38 ερωτήσεις, οι οποίες συνθέτουν πέντε παράγοντες: 1) θετική προσέγγιση, 2) αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, 3) ευχολογία/ονειροπόληση, 4) αποφυγή/διαφυγή και 5) διεκδικητική επίλυση προβλήματος. Αναλυτικότερα, στον παράγοντα θετική προσέγγιση περιλαμβάνονται θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογήσει μ' ένα θετικό τρόπο τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος και ταυτόχρονα να πραγματοποιήσει συγκεκριμένες τεχνικές επίλυσης του προβλήματος. Στον παράγοντα αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, περιλαμβάνονται θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να βρει κατάλληλη υποστήριξη από τον κοινωνικό του περιβάλλον για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του. Στον παράγοντα ευχολογία/ονειροπόληση περιλαμβάνονται θέματα που αξιολογούν την τάση του ατόμου να ξεπεράσει τα πιθανά προβλήματά του, ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα, ή ονειροπολώντας λιγότερες αρνητικές καταστάσεις. Ο παράγοντας αποφυγή/διαφυγή αναφέρεται την τάση του ατόμου να επανεκτιμήσει την κατάσταση μειώνοντας ή αγνοώντας την πραγματική σημασία της. Ο παράγοντας διεκδικητική επίλυση προβλήματος αξιολογεί την προσπάθεια του ατόμου να πετύχει κάποια λύση με άμεση και διεκδικητική αντιμετώπιση της κατάστασης ή του προσώπου που πιθανώς τη δημιουργεί. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν πόσο συχνά χρησιμοποιούν τη στρατηγική που περιγράφει η κάθε πρόταση βάσει μια τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert, όπου το 0 σημαίνει «ποτέ», το 1

«σπάνια», το 2 «μερικές φορές» και το 3 «πάντα». Η κλίμακα παρουσιάζει επαρκή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων για τους πέντε παράγοντες (Καραδήμας, 1998).

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι αξιοπιστίας με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha για τους παράγοντες τόσο για την πειραματική όσο και για την ομάδα ελέγχου. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, οι δείκτες αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach βρέθηκαν να είναι ικανοποιητικοί για τους παράγοντες «Θετική προσέγγιση» ( $\alpha=.887/.782$ ), «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» ( $\alpha=.663/.631$ ), και αποδεκτοί για την «Αποφυγή/διαφυγή» ( $\alpha=.525/.619$ ). Όπως φαίνεται και στο παρακάτω πίνακα, στους παράγοντες «Ευχολογία/ονειροπόληση» και «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» παρατηρήθηκε πολύ χαμηλή αξιοπιστία για αυτό και αφαιρέθηκαν από τις μετέπειτα αναλύσεις.

Πίνακας 4: Αξιοπιστία Κλίμακας στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Ways of Coping)

	Cronbach's alpha ( $\alpha$ )	
	Αρχική μέτρηση	Τελική μέτρηση
Θετική προσέγγιση	.782	.887
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	.631	.663
Ευχολογία/ονειροπόληση	.616	.444
Αποφυγή/διαφυγή	.619	.525
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	.635	.403

#### 7.2.6. Η κλίμακα ρόλων και ευθυνών του φροντιστή (The caregiver roles and responsibilities scale-CRRS)

Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ρόλων και ευθυνών του φροντιστή που δημιουργήθηκε από τους Shilling, Starkings, Jenkins, Cella και Fallowfield (2019), με σκοπό να μετρήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ευημερία των φροντιστών. Πρόκειται για μία κλίμακα αυτό-αναφοράς, η οποία αποτελείται από 41 ερωτήσεις που παίρνουν απαντήσεις σε μία

πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από 0=καθόλου έως το 5=πάρα πολύ. Οι ερωτήσεις με αρνητική διατύπωση βαθμολογούνται αντίστροφα, έτσι ώστε μια υψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί στην καλύτερη ποιότητα ζωής. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 164 και προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας των ερωτήσεων. Αποτελείται από 5 υποκλίμακες: Συναισθηματική υγεία και ευεξία (Emotional Health and Wellbeing), Τρόπος ζωής (Lifestyle), Υποστήριξη και επιρροή (Support and Impact), Αυτοφροντίδα (Self-Care) και Οικονομική ευημερία (Financial Wellbeing). Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από ανεξάρτητη μεταφράστρια από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική γλώσσα και στη συνέχεια από την ελληνική στην αγγλική γλώσσα. Το ερωτηματολόγιο που προέκυψε είχε μικρές διαφοροποιήσεις, οι οποίες τροποποιήθηκαν και προέκυψε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε.

Αναφορικά με τις ψυχομετρικές του ιδιότητες η κλίμακα παρουσίασε καλή εσωτερική συνοχή, με τιμές του δείκτη Cronbach's alpha να κυμαίνονται από  $\alpha=.92$  έως  $\alpha=.94$ . Επίσης, η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων κρίθηκε καλή για τη συνολική κλίμακα με τιμές να κυμαίνονται  $\alpha=.88$  έως  $\alpha=.93$  όπως επίσης και για τις υποκλίμακες. Όσον αφορά την εγκυρότητα, το CRRS παρουσιάζει καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα (Shilling, Starkings, Jenkins, Cella, & Fallowfield, 2019).

Στη συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι αξιοπιστίας με τον δείκτη  $\alpha$  του Cronbach τόσο για την πειραματική όσο και για την ομάδα ελέγχου. Οι δείκτες αξιοπιστίας, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 5, είναι υψηλοί τόσο για την συνολική κλίμακα όσο και για τις υποκλίμακες της.

Πίνακας 5: (The caregiver roles and responsibilities scale-CRRS)

	Cronbach's alpha ( $\alpha$ )	
	Αρχική μέτρηση	Τελική μέτρηση
Συναισθηματική υγεία	.928	.905
Υποστήριξη και Επιρροή	.740	.824
Τρόπος ζωής	.911	.897
Οικονομική ευημερία	.762	.500

Αυτοφροντίδα	.607	.639
Συνολική Κλίμακα	.952	.944

### 7.3. Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα ξεκίνησε αφού λήφθηκε η θετική γνωμοδότηση από την επιτροπή ηθικής, έρευνας και δεοντολογίας του Μποδοσάκειου Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας και μετά την επικοινωνία με τον καρκινικό σύλλογο Κοζάνης για την εύρεση δείγματος. Κατόπιν προσεγγίστηκαν οι φροντιστές των ασθενών κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους ως συνοδοί των ασθενών στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας στο Ογκολογικό Τμήμα και ενημερώθηκαν προφορικά για τον στόχο της έρευνας, τη φύση και τη διάρκεια του προγράμματος. Παράλληλα, στάλθηκε στην διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου πρόσκληση συμμετοχής για τις ομάδες παρέμβασης που πραγματοποιήθηκαν διαδικτυακά. Όσοι επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα, επικοινωνούσαν με την ερευνήτρια που τους ενημέρωνε αναλυτικότερα για το πρόγραμμα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετοί ήταν οι φροντιστές που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, είτε λόγω χρόνου, είτε λόγω μειωμένη διάθεσης επικοινωνίας.

Για την αξιολόγηση του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος πραγματοποιήθηκε η μέτρηση πριν την εφαρμογή του προγράμματος και μετά την εφαρμογή του, τόσο για την πειραματική ομάδα, όσο και για την ομάδα ελέγχου. Η πειραματική ομάδα συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια δύο μέρες πριν την έναρξη του προγράμματος και σε διάστημα μίας εβδομάδας από την ημέρα που ολοκληρώθηκε το πρόγραμμα.

Για την ομάδα ελέγχου, όσοι συμφωνούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα τους δινόταν το έντυπο με την συγκατάθεση και τα ερωτηματολόγια. Αφού τελείωναν τους δινόταν ένα ακόμη έντυπο, το οποίο τους ζητήθηκε να το συμπληρώσουν μετά την παρέλαση δύο εβδομάδων σε δικό τους χώρο και να το επιστρέψουν στην ερευνήτρια μετά από συνεννόηση. Όσοι δεν επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια εξαιρέθηκαν από την έρευνα. Παρόλο που ο χρόνος συμπλήρωσης των ψυχομετρικών εργαλείων δεν ήταν ο ίδιος για τους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου, τα χρονικά



διαστήματα ανάμεσα στην πρώτη και τη δεύτερη χορήγηση, ήταν ίδια για την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου.

#### **7.4. Παρουσίαση προγράμματος**

Σκοπός του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος είναι η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, η μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και η αύξηση των προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο.

Αναλυτικότερα, το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα αποτελούνταν από έξι συναντήσεις διάρκειας ενενήντα λεπτών η καθεμία που πραγματοποιήθηκαν μέσα σε χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων. Το πρόγραμμα διεξήχθη για την πρώτη ομάδα κατά τον μήνα Νοέμβριο σε μία κατάλληλα διαμορφωμένη αίθουσα εκτός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, ενώ για τις δύο επόμενες ομάδες διεξήχθη διαδικτυακά τον επόμενο χρόνο το μήνα Σεπτέμβριο. Οι συναντήσεις λάμβαναν χώρα τρεις φορές την εβδομάδα κατά τις απογευματινές ώρες με χρονική απόσταση 2-3 ημερών μεταξύ των συναντήσεων (Δευτέρα, Πέμπτη και Σάββατο ή Δευτέρα, Τετάρτη και Σάββατο). Συνολικά, δημιουργήθηκαν τρεις ολιγομελείς ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες (5-6 ατόμων), στις οποίες εφαρμόστηκε διακριτά το πρόγραμμα, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά όλα τα μέλη.

Ο συντονισμός των ομάδων υλοποιήθηκε από την ερευνήτρια, υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση του επιβλέποντα Καθηγητή. Η ανάπτυξη του προγράμματος παρέμβασης βασίστηκε στην ανασκόπηση άρθρων και ερευνών που εξετάζουν τις έννοιες της ψυχικής ανθεκτικότητας και του άγχους στους φροντιστές. Με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν οι ανάγκες των φροντιστών, στις οποίες θα πρέπει να στοχεύει το πρόγραμμα παρέμβασης ώστε να προκύψουν θετικές συνέπειες στους συμμετέχοντες του προγράμματος.

Το πρόγραμμα παρέμβασης και οι δραστηριότητες που το αποτελέσουν εμπεριείχαν στοιχεία της γνωστικο-συμπεριφορικής προσέγγισης και της προσωποκεντρικής προσέγγισης (Μπρούζος, 2004), με κυρίαρχα τα στοιχεία της ενσυναίσθησης, της ανεπιφύλακτης θετικής αναγνώρισης και της αυθεντικότητας. Ειδικότερα η παρέμβαση περιλάμβανε την διαχείριση του άγχους και την εκπαίδευση στη τεχνική της χαλάρωσης, τη γνωστική αναδόμηση (αναγνώριση και αμφισβήτηση δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων και αντικατάσταση τους με νέες πιο ρεαλιστικές), την εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων και την ανεύρεση νοήματος και θετικής στάσης για το μέλλον παρά την

αντιξοότητα. Για τις δραστηριότητες χρησιμοποιήθηκαν διάφορες βιβλιογραφικές πηγές, είτε σε έντυπη μορφή είτε σε ηλεκτρονική, που περιλαμβάνουν πλήθος ασκήσεων και δημιουργικών δραστηριοτήτων (Αρχοντάκη & Φιλίππου, 2003. Antoni, 2003. Penedo, Antoni, & Schneiderman, 2008. <http://www.resilience-project.eu>.<https://www.therapistaid.com/therapy-worksheet/healthy-unhealthy-coping-strategies>).

Η δομή της κάθε συνάντησης αποτελούνταν από το άνοιγμα, το στάδιο εργασίας, το στάδιο επεξεργασίας και το κλείσιμο (DeLucia-Waack, 2006). Το άνοιγμα κάθε συνάντησης περιλάμβανε μία δραστηριότητα έκφρασης των συναισθημάτων που ένιωθαν οι συμμετέχοντες εκείνη τη στιγμή, συζήτηση των εργασιών που είχαν τεθεί κατά την προηγούμενη συνάντηση, ενημέρωση για το περιεχόμενο της συνάντησης. Στο στάδιο εργασίας, οι συμμετέχοντες μέσω των δραστηριοτήτων εκπαιδούνταν και εξασκούνταν σε συγκεκριμένες δεξιότητες που σχετίζονταν με τους στόχους της κάθε συνάντησης και ακολουθούσε το στάδιο επεξεργασίας με την επεξεργασία αυτών μέσω συζήτησης. Το κλείσιμο περιλάμβανε την έκφραση συναισθημάτων τη δεδομένη στιγμή, σύνοψη των όσων είχαν συντελεστεί και τέλος δίνονταν δραστηριότητες για την εξάσκηση των δεξιοτήτων που είχαν μάθει κατά τη διάρκεια της κάθε συνάντησης.

Στο παρακάτω πίνακα ακολουθεί μία σύντομη παρουσίαση της δομής του προγράμματος με τους στόχους και τις δραστηριότητες κάθε συνάντησης:

Πίνακας 6: Συνοπτική παρουσίαση των σκοπών, των στόχων και των δραστηριοτήτων κάθε συνάντησης του προγράμματος παρέμβασης

Συναντήσεις	Στόχοι	Δραστηριότητες
1 <sup>η</sup> συνάντηση: Εισαγωγή	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Γνωριμία ανάμεσα στα μέλη των ομάδων και της συντονίστριας</li> <li>2. Ορισμός των κανόνων</li> <li>3. Να ενημερωθούν για τη δομή των συναντήσεων</li> <li>4. Να μάθουν την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας</li> <li>5. Να αναγνωρίσουν θετικά στοιχεία ως προς την φροντίδα που παρέχουν</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Γνωριμία</li> <li>2. Κανόνες-Προσδοκίες</li> <li>3. «Το έμβλημα»</li> <li>4. Προστατευτικοί παράγοντες</li> </ol>
2 <sup>η</sup> συνάντηση: Ψυχική ανθεκτικότητα	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Επικέντρωση στο εδώ και τώρα</li> <li>2. Να εκτιμήσουν καλύτερα το γεγονός ότι η νοητική και η συναισθηματική μας κατάσταση επηρεάζεται από πολλούς</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Με μία φράση</li> <li>2. Γραμμή ψυχικής ανθεκτικότητας και</li> </ol>

	<p>παράγοντες</p> <p>3. Να αναγνωρίσουν και να εξερευνήσουν τις δυνάμεις τους</p> <p>4. Να μάθουν νέους τρόπους χρήσης των δυνάμεων</p>	<p>ευπάθειας</p> <p>3. Εξερευνώντας τις δυνάμεις μας</p> <p>4. Τρόπος ζωής (Κατ' οίκον)</p>
3 <sup>η</sup> συνάντηση: Άγχος	<p>1. Να επικεντρωθούν στο εδώ και τώρα</p> <p>2. Να μάθουν να εντοπίζουν τα συμπτώματα του άγχους</p> <p>3. Να μάθουν να προσδιορίζουν τους στρεσογόνους παράγοντες</p> <p>4. Να υιοθετήσουν μια στρατηγική για την κινητοποίηση των ικανοτήτων τους για την αντιμετώπιση του άγχους</p> <p>5. Να μάθουν να χρησιμοποιούν την χαλάρωση για την διαχείριση του άγχους τους</p>	<p>1. Με μία φράση</p> <p>2. Διαχείριση άγχους</p> <p>3. Ανταλλαγή ιδεών για διαχείριση άγχους</p> <p>4. Αναπνοή Zen</p>
4 <sup>η</sup> συνάντηση: Κατάθλιψη	<p>1. Να επικεντρωθούν στο εδώ και τώρα</p> <p>2. Να έχουν κατά νου ότι οι άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά στις αντιξοότητες</p> <p>3. Να έχουν κατά νου ότι οι πεποιθήσεις και οι σκέψεις τους σχετικά με τις αντιξοότητες προκαλούν τις αντιδράσεις τους</p> <p>4. Να αναγνωρίσουν ότι οι πεποιθήσεις μας για τις αντιξοότητες επηρεάζουν το πώς αισθάνονται και, κατά συνέπεια, ό, τι κάνουν</p> <p>5. Να είναι σε θέση να αμφισβητούν τις πεποιθήσεις τους σχετικά με το γιατί συμβαίνουν τα πράγματα - ανάδειξη του στυλ σκέψης μας</p> <p>6. Να είναι σε θέση να αποκτήσουν επίγνωση των παράλογων πεποιθήσεων</p>	<p>1. Με μία φράση</p> <p>2. Παγίδες σκέψης</p> <p>3. Διαδοχικό μοντέλο (ΑΒΓ)</p> <p>4. Παρατήρηση και εγγραφή αντιξοοτήτων-σκέψεων- συμπεριφορών (Κατ' οίκον)</p>
5 <sup>η</sup> συνάντηση: Στρατηγικές αντιμετώπισης	<p>1. Να επικεντρωθούν στο εδώ και τώρα</p> <p>2. Να μάθουν και να αναγνωρίσουν τις ελεγχόμενες και ανεξέλεγκτες πτυχές μιας κατάστασης</p> <p>3. Να εξασκηθούν στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων</p> <p>4. Να οργανώνουν και να εφαρμόζουν</p>	<p>1. Με μία φράση</p> <p>2. Στρατηγικές αντιμετώπισης</p> <p>3. Επίλυση προβλημάτων</p>

δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων		
6 <sup>η</sup> συνάντηση: Τερματισμός προγράμματος	1. Ανατροφοδότηση σχετικά με το πρόγραμμα 2. Να έχουν υιοθετήσει μια θετική στάση για το μέλλον 3. Να έχουν διαμορφώσει ένα προσωπικό σχέδιο ψυχικής ανθεκτικότητας 4. Να αναστοχαστούν την πορεία τους στην ομάδα 5. Να αξιολογήσουν το πρόγραμμα και την ομάδα	1. Ανασκόπηση προγράμματος 2. Έχετε ένα γράμμα 3. Η πορεία μου στην ομάδα 4. Ο βαθμός ικανοποίησης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το κεφάλαιο αυτό παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας. Στην ενότητα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την εξέταση της ισοδυναμίας των δύο ομάδων ως προς τις μεταβλητές της έρευνας. Στην ενότητα 2 γίνεται η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης σχετικά με την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στην ενότητα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την μείωση του άγχους, ενώ στην ενότητα 4 και 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τις προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Τέλος, στην ενότητα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την ποιότητα ζωής των φροντιστών.

### 8.1. Αποτελέσματα σύγκρισης των ομάδων πριν από την παρέμβαση

Για να ελεγχθεί η ισοδυναμία των δύο ομάδων (παρέμβασης και ελέγχου), ως προς το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το βαθμό συγγένειας, το είδος επαγγέλματος, την οικογενειακή κατάσταση, το είδος του καρκίνου, το χρονικό διάστημα φροντίδας, τη διαμονή στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο  $\chi^2$  (chi-square). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς τη σύνθεση των δύο φύλων,  $\chi^2(1) = .186, p = .666$ , ως προς το μορφωτικό επίπεδο των μελών τους,  $\chi^2(3) = .1459, p = .692$ , ως προς το είδος επαγγέλματος  $\chi^2(6) = 1.676, p = .947$  και την οικογενειακή κατάσταση  $\chi^2(1) = 1.429, p = .232$ . Επιπλέον δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το βαθμό συγγένειας  $\chi^2(4) = .283, p = .586$  και το είδος του καρκίνου που δήλωσαν ότι έχουν οι ασθενείς που φροντίζουν  $\chi^2(5) = .978, p = .964$  και τη μετάσταση  $\chi^2(1) = .240, p = .624$ . Επίσης, δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς το χρονικό διάστημα φροντίδας  $\chi^2(4) = .111, p = .893$  και ως προς την διαμονή τους στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή  $\chi^2(1) = .186, p = .666$ . Ως προς τη μεταβλητή εάν ο ασθενής κατά τη διάρκεια της θεραπείας του είχε νοσηλευθεί στο νοσοκομείο, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά  $\chi^2(1) = .186, p = .666$ .

Για τον έλεγχο των διαφορών των δύο ομάδων ως προς τις μεταβλητές της έρευνας και την ηλικία στην μέτρηση πριν την εφαρμογή του προγράμματος χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο  $t$  για ανεξάρτητα δείγματα. Όπως φαίνεται στο παρακάτω Πίνακα, οι δύο ομάδες δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα, το άγχος, την κατάθλιψη, τις στρατηγικές αντιμετώπισης και την ποιότητα ζωής ( $p > .05$ ). Επομένως, οι δύο ομάδες ήταν ισοδύναμες ως προς τις μεταβλητές της έρευνας.

Πίνακας 7: Έλεγχοι *t* ανεξάρτητων δειγμάτων για τις διαφορές των δύο ομάδων

	Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα ελέγχου	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M.O. (T.A.)</i>	<i>M.O. (T.A.)</i>			
Ηλικία	40.95 (9.32)	44.72 (7.32)	-1.232	28	.228
Ψυχική ανθεκτικότητα	69.06 (8,71)	66.60 (11,18)	.674	28	.506
Άγχος	53.26 (8,67)	52.40 (10,45)	.247	28	.807
Κατάθλιψη	18.53 (5,97)	18 (9,07)	.190	28	.851
Θετική προσέγγιση	14.86(4,76)	13.13 (4,12)	1.066	28	.296
Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης	9.93 (2,37)	10.06 (2,25)	-.158	28	.876
Αποφυγή/διαφυγή	15 (2,32)	13.26 (2,98)	1,772	28	.087
Συναισθηματική υγεία	14.73 (8,16)	17.93 (6,15)	-1.212	28	.236
Υποστήριξη και επιρροή	13.73 (2,43)	11.86 (4,47)	1.420	28	.167
Τρόπος ζωής	19.80 (7,59)	21.60 (7,19)	-.666	28	.511
Οικονομική ευημερία	10.73 (4,02)	10.93 (2,60)	-.162	28	.873
Αυτοφροντίδα	10.60 (3,35)	10.40 (2,77)	.178	28	.860
Συνολική Ποιότητα ζωής	77.46 (21,38)	80.33 (22,91)	-.354	28	.726

## 8.2. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας

Για την διαπίστωση διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της αξιολόγησης των διαφορετικών μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο  $t$  για εξαρτημένα δείγματα (paired samples  $t$ -test) για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου. Όσον αφορά την πειραματική ομάδα, τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά από την μέτρηση πριν την παρέμβαση ( $M.O.=69.06$ ,  $T.A.=8.71$ ) στην μέτρηση μετά την παρέμβαση ( $M.O.=78.86$ ,  $T.A.=9.12$ ) για την ψυχική ανθεκτικότητα,  $t(14)=-9.88$ ,  $p < .05$ . Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε από την πρώτη μέτρηση ( $M.O.=66.60$ ,  $T.A.=67.80$ ) στην δεύτερη μέτρηση ( $M.O.=67.80$ ,  $T.A.=12.01$ ) στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο όρο της ψυχικής ανθεκτικότητας,  $t(14)=-1.58$ ,  $p>.05$ .

Πίνακας 8: Έλεγχος  $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα για την κλίμακα της Ψυχικής Ανθεκτικότητας

	Πριν-μέτρηση	Μετά-μέτρηση			
	<i>M.O. (T.A.)</i>	<i>M.O. (T.A.)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Ομάδα παρέμβασης	69.06 (8.71)	78.86 (9.12)	-9.88	14	.000
Ομάδα ελέγχου	66.60 (11.18)	67.80 (12.01)	-1.58	14	.135

## 8.3. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς το άγχος

Ομοίως, προκειμένου να διαπιστωθούν διαφορές στους μέσους όρους για την κλίμακα του άγχους πριν και μετά την παρέμβαση τόσο στην πειραματική ομάδα όσο και στην ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο  $t$  για εξαρτημένα δείγματα (paired samples  $t$ -test). Οι μέσοι όροι επίδοσης της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, υπήρξε μείωση του μέσου όρου της πειραματικής ομάδας στην αξιολόγηση πριν την παρέμβαση ( $M.O.=53.26$ ,  $T.A.=8.67$ ) και μετά την παρέμβαση ( $M.O.=47.33$ ,  $T.A.=7.68$ ). Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, παρατηρήθηκε μια μικρή διαφορά στο μέσο όρο της κλίμακας του άγχους πριν την

παρέμβαση ( $M.O.=52.40$ ,  $T.A.=10.45$ ) και μετά την παρέμβαση ( $M.O.=51.33$ ,  $T.A.=10.83$ ). Η ανάλυση  $t$ -test, έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στους φροντιστές της πειραματικής  $t(14)= 9.803$ ,  $p<.05$ , ενώ δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική μεταβολή στους φροντιστές της ομάδας ελέγχου  $t(14)= 1.539$ ,  $p>.05$ .

Πίνακας 9: Έλεγχος  $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα για την κλίμακα του Άγχους

	Πριν-μέτρηση	Μετά-μέτρηση	$t$	$df$	$p$
	$M.O.$ ( $T.A.$ )	$M.O.$ ( $T.A.$ )			
Ομάδα παρέμβασης	53.26 (8.67)	47.33 (7.68)	9.803	14	.000
Ομάδα ελέγχου	52.40 (10.45)	51.33 (10.83)	1.539	14	.146

#### 8.4. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την κατάθλιψη

Ομοίως, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι με το κριτήριο  $t$  για εξαρτημένα δείγματα, με σκοπό να διαπιστωθούν διαφορές στην κλίμακα της κατάθλιψης μεταξύ των δύο μετρήσεων. Στον Πίνακα 3 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι μέσοι όροι επίδοσης και οι τυπικές αποκλίσεις της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου στην κλίμακα της κατάθλιψης. Όσον αφορά τη πειραματική ομάδα, υπήρξε μείωση στο μέσο όρο από την μέτρηση πριν τη παρέμβαση ( $M.O.=18.53$ ,  $T.A.=5.97$ ) στη μέτρηση μετά την παρέμβαση ( $M.O.=17.86$ ,  $T.A.=6.85$ ). Η ανάλυση  $t$ -test, ωστόσο, δεν έδειξε κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα  $t(14)= 2$ ,  $p>.05$ . Σχετικά με την ομάδα ελέγχου, δεν υπήρξε από την πρώτη μέτρηση ( $M.O.=18$ ,  $T.A.=9.07$ ) στη δεύτερη μέτρηση ( $M.O.=18.06$ ,  $T.A.= 8.82$ ) στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο όρο της κατάθλιψης του BDI,  $t(14)= -.211$ ,  $p>.05$ .

Πίνακας 10: Έλεγχος  $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα για την κλίμακα της Κατάθλιψης

	Πριν-μέτρηση	Μετά-μέτρηση	$t$	$df$	$p$
	$M.O.$ ( $T.A.$ )	$M.O.$ ( $T.A.$ )			



Ομάδα παρέμβασης	18.53 (5.97)	17.86 (6.85)	2	14	.065
Ομάδα ελέγχου	18 (9.07)	18.06 (8.82)	-.211	14	.836

## 8.5. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης

Στην κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης αγχώγων καταστάσεων, όπως και στις παραπάνω κλίμακες χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο  $t$  για εξαρτημένα δείγματα για να διαπιστωθούν διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των μετρήσεων για τις δύο ομάδες. Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι μέσοι όροι επίδοσης και οι τυπικές αποκλίσεις της πειραματικής ομάδας στις υποκλίμακες των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχώγων Καταστάσεων. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, ο μέσος όρος της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα της «Θετικής Προσέγγισης» ήταν σημαντικά υψηλότερη μετά την παρέμβαση ( $M.O.=21, T.A.=4.30$ ) από αυτήν πριν την παρέμβαση ( $M.O. = 14.86, T.A.=4.76$ ),  $t(14) = -10.08, p < .05$ . Ομοίως, η ανάλυση έδειξε ότι σημαντική βελτίωση υπήρξε και στην επίδοση της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα της «Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης», όπου ο μέσος όρος πριν το πρόγραμμα ήταν  $M.O. = 9.93$  και μετά το πρόγραμμα  $M.O.= 12.86, t(14)= -8.87, p < .05$ . Στην υποκλίμακα της «Αποφυγής/διαφυγής», παρατηρήθηκε μια σχετική μείωση του μέσου όρου στην πειραματική ομάδα από την μέτρηση πριν τη παρέμβαση ( $M.O.= 15, T.A.=2.32$ ) στην μέτρηση μετά την παρέμβαση ( $M.O.=14.66, T.A.=2.60$ ), η οποία όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική  $t(14)= 1.784, p < .05$ .

Πίνακας 11: Έλεγχος  $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα στις υποκλίμακες των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχώγων Καταστάσεων

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ					
	Πριν-μέτρηση	Μετά-μέτρηση			
	$M.O. (T.A.)$	$M.O. (T.A.)$	$t$	$df$	$p$

Θετική προσέγγιση	14.86 (4.76)	21 (4.30)	-10.08	14	.000
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	9.93 (2.37)	12.86 (1.76)	-8.87	14	.000
Αποφυγή/διαφυγή	15 (2.32)	14.66 (2.60)	1.784	14	.096

Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσοι όροι επίδοσης και οι τυπικές αποκλίσεις της ομάδας ελέγχου στις υποκλίμακες των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχόγονων Καταστάσεων. Όπως φαίνεται στο πίνακα 5, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους πριν την παρέμβαση και μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 12: Έλεγχος *t-test* σε εξαρτημένα δείγματα στις υποκλίμακες των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχόγονων Καταστάσεων

ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ					
	Πριν-μέτρηση <i>M.O. (T.A.)</i>	Μετά- μέτρηση <i>M.O. (T.A.)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Θετική προσέγγιση	13.13 (4.12)	13.40 (4.99)	-.77	14	.452
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	10.06 (2.25)	10.20 (2.51)	-.381	14	.709
Αποφυγή/διαφυγή	13.26 (2.98)	13.06 (3.05)	1.14	14	.271

## 8.6. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την βελτίωση της ποιότητας ζωής

Όπως και στις παραπάνω κλίμακες, έτσι και στην κλίμακα Caregivers Roles and Responsibilities ελέγχθηκε η διαφορά μεταξύ των δύο μέσων όρων με το κριτήριο  $t$  για εξαρτημένα δείγματα και στις πέντε υποκλίμακές του. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, στην υποκλίμακα της «Συναισθηματικής Υγείας» της πειραματικής ομάδας υπήρξε στατιστικά σημαντική αύξηση του μέσου όρου, όπου πριν τη παρέμβαση ήταν  $M.O.= 14.73$  και μετά την παρέμβαση  $M.O.= 18.80$ ,  $t(14) = -6.633$ ,  $p<.05$ . Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε και στην υποκλίμακα της «Υποστήριξης και Επιρροής», όπου ο μέσος όρος πριν την παρέμβαση ήταν  $M.O.= 13.73$  και μετά  $M.O.= 14.53$ ,  $t(14) = -4$ ,  $p<.05$ . Στην υποκλίμακα της «Αυτοφροντίδας» παρατηρήθηκε μια διαφορά στους μέσους όρους μεταξύ των δύο μετρήσεων. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος της πρώτης μέτρησης ( $M.O.= 10.60$ ,  $T.A.=3.35$ ) αυξήθηκε στην μέτρηση μετά την παρέμβαση ( $M.O.= 12.06$ ,  $T.A.=3.57$ ). Η διαφορά αυτή διαπιστώθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντική  $t(14) = -4.36$ ,  $p<.05$ . Επίσης στο σύνολο της κλίμακας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της πριν ( $M.O.= 77.46$ ,  $T.A.=21.38$ ) και της μετά αξιολόγησης ( $M.O.= 84.73$ ,  $T.A.=18.89$ ),  $t(14) = -6.519$ ,  $p<.05$ . Στις υπόλοιπες υποκλίμακες δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 13: Έλεγχος  $t$ -test σε εξαρτημένα δείγματα στις υποκλίμακες του CRRS

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ					
	Πριν-μέτρηση <i>M.O. (T.A.)</i>	Μετά- μέτρηση <i>M.O. (T.A.)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Συναισθηματική υγεία	14.73 (8.16)	18.80 (6.66)	-6.633	14	.000
Υποστήριξη και Επιρροή	13.73 (2.43)	14.53 (2.53)	-4	14	.001
Τρόπος ζωής	19.80 (7.59)	20.20 (7.17)	-1.572	14	.138
Οικονομική Ευημερία	10.73 (4.02)	11.13 (2.61)	-.858	14	.405
Αυτοφροντίδα	10.60 (3.35)	12.06 (3.57)	-4.36	14	.001

Σύνολο	77.46 (21.38)	84.73 (18.89)	-6.519	14	.000
--------	---------------	---------------	--------	----	------

Στον Πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της ομάδας ελέγχου στις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής του CRS. Υπήρξαν διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των δύο μετρήσεων στις υποκλίμακες «Συναισθηματικής Υγείας» και την «Αυτοφροντίδα». Η ανάλυση t-test για την ομάδα ελέγχου έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στην υποκλίμακα της «Αυτοφροντίδας», με αύξηση του μέσου όρου από την μέτρηση πριν τη παρέμβαση ( $M.O.=10.40$ ,  $T.A.=2.77$ ) στην μέτρηση μετά τη παρέμβαση ( $M.O.=11$ ,  $T.A.=2.87$ ),  $t(14)=-2.553$ ,  $p>.05$ . Για καμία από τις υπόλοιπες υποκλίμακες, όπως επίσης και στο σύνολό της δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 14: Έλεγχος *t-test* σε εξαρτημένα δείγματα στις υποκλίμακες του CRRS

ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ					
	Πριν-μέτρηση <i>M.O. (T.A.)</i>	Μετά- μέτρηση <i>M.O. (T.A.)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Συναισθηματική υγεία	17.93 (6.15)	18.13 (5.87)	-.642	14	.531
Υποστήριξη και Επιρροή	11.86 (4.47)	11.80 (4.66)	.323	14	.751
Τρόπος ζωής	21.60 (7.19)	21.66 (6.98)	-.323	14	.751
Οικονομική Ευημερία	10.93 (2.60)	10.86 (2.77)	.564	14	.582
Αυτοφροντίδα	10.40 (2.77)	11 (2.87)	-2.553	14	.023
Σύνολο	80.33 (22.91)	80.33 (21.91)	.000	14	1

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παρούσα έρευνα επεδίωξε τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, που είχε ως στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας στους φροντιστές ασθενών με καρκίνο. Άλλοι στόχοι της έρευνας ήταν η μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, η αύξηση των προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης και βελτίωση της ποιότητα ζωής.

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας που αφορούσε την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας για τους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι ο μέσος όρος της ψυχικής ανθεκτικότητας αυξήθηκε στους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, που δεν παρουσίασαν μεταβολή μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται να επιβεβαιώσουν τα αποτελέσματα της έρευνας των Yi-Frazier et al., 2017, όπου έδειξαν ότι η δημιουργία νέων ή η ενίσχυση υφιστάμενων πόρων ανθεκτικότητας μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να διατηρήσουν την ψυχική και σωματική τους υγεία παρά την ύπαρξη του στρες. Ωστόσο, τα θετικά αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας βρέθηκαν στους φροντιστές που συμμετείχαν σε ατομικές συνεδρίες. Επίσης, το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Rosenberg et al., (2019), οι οποίοι δεν βρήκαν βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας στους φροντιστές που συμμετείχαν σε ομαδικές συνεδρίες, αλλά η θετική μεταβολή παρατηρήθηκε μόνο στους φροντιστές που συμμετείχαν σε ατομικές συνεδρίες.

Όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα, η εφαρμογή γνωστικών-συμπεριφορικών τεχνικών, όπως είναι η γνωσιακή αναδόμηση ενισχύει την ψυχική ανθεκτικότητα. Η ερμηνεία αυτή υποστηρίζεται από προηγούμενες έρευνες, οι οποίες έχουν δείξει ότι η εφαρμογή γνωστικών- συμπεριφορικών τεχνικών, όπως η αναγνώριση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και η αντικατάστασή τους με πιο λειτουργικές και η διαχείριση του άγχους, αυξάνουν την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται και να ανταπεξέρχεται ικανοποιητικά στις δυσμενείς συνθήκες τις οποίες δημιουργεί ο καρκίνος (Yi-Frazier et al., 2017. Rosenberg et al., 2019).

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση αφορούσε την μείωση των επιπέδων άγχους για τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα. Οι φροντιστές που συμμετείχαν στη παρέμβαση ανέφεραν μειωμένα επίπεδα συνολικού άγχους μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που δεν παρουσίασε μεταβολή στο μέσο όρο. Τα ευρήματά αυτά φαίνονται σύμφωνα με τα αντίστοιχα ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Badger, Segrin, Dorros, Meek, & Lopez, 2007. Porter, Keefe, Garst,

Baucom, McBride, McKee, Sutton, Carson, Knowles, Rumble, & Scipio, 2011. Badr et al., 2014. Leow, Chan, & Chan, 2015. Cipolletta, Simonato, & Faccio, 2019).

Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα συνέβαλε στην μείωση των συμπτωμάτων άγχους, με την χρήση τεχνικών όπως η αναγνώριση συγκεκριμένων καταστάσεων που προκαλούν άγχος και η διαχείριση του άγχους μέσα από ασκήσεις χαλάρωσης. Αυτό υποστηρίζεται και από άλλες έρευνες που χρησιμοποίησαν παρόμοιες τεχνικές (Xiu et al., 2019).

Μια εναλλακτική ερμηνεία για τα ευρήματα της έρευνας είναι ότι οι παρεμβάσεις που ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα επιτυγχάνουν δευτερευόντως τη μείωση του άγχους, καθώς έρευνες έχουν συσχετίσει θετικά την ψυχική ανθεκτικότητα με το άγχος και υποστηρίζουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να βοηθήσει να μετριαστούν τα αρνητικά αποτελέσματα (Sottile et al., 2016. Hwang et al., 2017. Palacio et al., 2019).

Σύμφωνα με την τρίτη υπόθεση της παρούσας έρευνας αναμενόταν ότι μετά τη λήξη του προγράμματος θα μειώνονταν τα συμπτώματα κατάθλιψης των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης. Η συγκεκριμένη υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα. Παρόλο που παρατηρήθηκε μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυτή δεν ήταν τόσο μεγάλη ώστε να χαρακτηριστεί ως στατιστικά σημαντική. Το εύρημα αυτό συνάδει με προγενέστερες έρευνες (Sherwood et al., 2011. Hendrix et al., 2016). Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση εστίαζε, κυρίως, στην ψυχική ανθεκτικότητα με αποτέλεσμα οι διαστάσεις της κατάθλιψης να παραμεριστούν. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες που θα εστιάζουν εξίσου στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητα και στη μείωση της κατάθλιψης των φροντιστών.

Οι Sherwood et al., (2011) στην έρευνά τους που βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα υποστήριξαν ότι για να υπάρξει σημαντική μείωση στα επίπεδα της κατάθλιψης, οι φροντιστές ενδέχεται να μη μπορούν να επωφεληθούν από την παρέμβαση χωρίς πρώτα να αντιμετωπίσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Μια άλλη πιθανή εξήγηση για τα τρέχοντα ευρήματα είναι ότι η σύντομη διάρκεια της παρέμβασης δεν επαρκούσε για την μεταβολή της κατάθλιψης. Γι' αυτό, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση για να προσδιοριστεί ποια είναι η καταλληλότερη διάρκεια εφαρμογής μιας παρέμβασης για την μείωση της κατάθλιψης.

Η τέταρτη ερευνητική υπόθεση περί αύξησης της χρήσης στρατηγικών αντιμετώπισης στην πειραματική ομάδα μετά τη λήξη του προγράμματος, δεν επιβεβαιώθηκε εξ ολοκλήρου από τα αποτελέσματα της έρευνας. Συγκεκριμένα, στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση της χρήσης της

θετικής προσέγγισης, της προσπάθειας δηλαδή να επαναξιολογήσουν με πιο θετικό τρόπο τις καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος και ταυτόχρονα να επιλύσουν προβλήματα. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα της έρευνας των Cameron, Shin, Williams και Stewart (2004), όπου βρήκαν αύξηση στην θετική επίλυση προβλημάτων μετά την παρέμβαση.

Ακόμη, στην έρευνα των Sahler, Varni, Fairclough, Butler, Noll, Dolgin, Phipps, Copeland, Katz και Mulhern (2002) όπου εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα επίλυσης προβλήματος σε μητέρες παιδιών με καρκίνο, βρέθηκαν θετικά αποτελέσματα στην επικοινωνιακή επίλυση προβλημάτων, στην οποία εντάσσεται ο θετικός προσανατολισμός προβλημάτων και η ορθολογική επίλυση προβλημάτων. Θετικά αποτελέσματα στην θετική επανεκτίμηση μετά την παρέμβαση στις συζύγους των ανδρών με καρκίνο του προστάτη, βρήκε και η έρευνα των Manne, Babb, Pinover, Horwitz και Ebbert, (2004). Επίσης, παρατηρήθηκε μία αύξηση της χρήσης αναζήτησης υποστηρικτικού περιβάλλοντος, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αγχώδεις καταστάσεις. Το πρόγραμμα δηλαδή ενθάρρυνε τους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης να αναζητήσουν υποστήριξη από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον. Τα ευρήματα αυτά ίσως συνδέονται και με την αύξηση της ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς σύμφωνα με έρευνες τα άτομα με υψηλότερη ανθεκτικότητα, εκτιμούν τα γεγονότα ως πιο θετικά και αναζητούν υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο (Stajduhar et al., 2008).

Όσον αφορά την στρατηγική της αποφυγής/διαφυγής, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά. Οι φροντιστές δηλαδή εξακολουθούσαν να αντιμετωπίζουν την κατάσταση χρησιμοποιώντας την στρατηγική της αποφυγής ή την άρνηση. Τα ευρήματα αυτά, συμφωνούν με μελέτες που έχουν εξετάσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε δείγμα φροντιστών ασθενών με καρκίνο (Toseland, Blanchard, & McCallion, 1995). Σύμφωνα μ' αυτές, παρόλο που θεωρείται ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα οδηγούν σε καλύτερη ψυχική υγεία από τις στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα, οι στρατηγικές όπως η άρνηση και η αποφυγή, μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικές για τους τύπους προβλημάτων που ανησυχούν την πλειονότητα των φροντιστών καρκινοπαθών. Γι' αυτό, χρειάζεται περισσότερο διερεύνηση ως προς ποιες στρατηγικές μπορεί να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των φροντιστών και να εφαρμοστούν κατάλληλα σχεδιασμένες παρεμβάσεις.

Η πέμπτη υπόθεση της έρευνας αφορούσε την αύξηση της ποιότητας ζωής για την πειραματική ομάδα μετά τη λήξη της παρέμβασης. Η συγκεκριμένη υπόθεση επιβεβαιώθηκε εν μέρει στην παρούσα έρευνα. Οι παράγοντες στις οποίες παρατηρήθηκαν οι σημαντικότερες αλλαγές για την πειραματική ομάδα και επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου προγράμματος ήταν η

συναισθηματική υγεία, η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοφροντίδα. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με πλήθος ερευνών που έχουν εφαρμόσει παρόμοια προγράμματα για την βελτίωση της ποιότητας ζωής (McMillan et al., 2006. Belgacem et al., 2013. Northouse et al., 2007. Leow, Chan, & Chan, 2015. Mahendran, Lim, & Griva, 2017. McCaughan et al., 2018). Τα περισσότερα προγράμματα που εφαρμόστηκαν μέχρι τώρα στους φροντιστές είχαν ως βασικό στόχο ή δευτερεύον τη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, λίγα ήταν αυτά που εξέτασαν τους διαφορετικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής. Μία τέτοια έρευνα είναι των Northouse et al., 2013, οι οποίοι βρήκαν σημαντική βελτίωση στη συναισθηματική και την κοινωνική ποιότητα ζωής των φροντιστών μετά τη παρέμβαση. Επίσης, οι Badr et al., (2014) στο ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα που εφάρμοσαν είχαν ως θετικά αποτελέσματα την μείωση της κατάθλιψης, του άγχους και της επιβάρυνσης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής με την ενίσχυση της ικανότητας του φροντιστή να φροντίζει τον εαυτό του. Το αποτέλεσμα της θετικής έκβασης του προγράμματος στην ποιότητα ζωής, ίσως να οφείλεται στην εστίαση του προγράμματος παρέμβασης στην ψυχική ανθεκτικότητα, που σύμφωνα με έρευνες η αύξηση της ανθεκτικότητας του φροντιστή βελτιώνει τόσο την συναισθηματική ευημερία του φροντιστή όσο και του ασθενή (Palacio et al., 2019).

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους παράγοντες του Τρόπου ζωής και της Οικονομικής ευημερίας. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η παρέμβαση δεν περιλάμβανε δραστηριότητες που θα μπορούσαν να ανακουφίσουν τους φροντιστές από την οικονομική επιβάρυνση ή να τους εκπαιδεύσει σε δεξιότητες διαχείρισής των οικονομικών. Ένα ακόμη ενδεχόμενο αυτού του αποτελέσματος είναι η χορήγηση μίας νέας κλίμακας που δεν έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό, χρίζοντας έτσι την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης.

Στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης συνέβαλαν τόσο οι γνωστικο-συμπεριφορικές τεχνικές που αναφέρθηκαν παραπάνω όσο και η ομαδική διάσταση της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης, που σύμφωνα με έρευνες μπορεί να συμβάλλουν στην ανταλλαγή συναισθημάτων και εμπειριών, την ανταλλαγή πληροφοριών και πρακτικών λεπτομερειών για την καθημερινή ζωή, στην προσαρμογή του φροντιστή στην ασθένεια, στην χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης και την αύξηση των προσωπικών πόρων που οδηγούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Cipolletta, Simonato, & Faccio, 2019).



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βιβλιογραφία αναφέρει την ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων στους φροντιστές ασθενών που πάσχουν από καρκίνο (Stenberg et al., 2009) και έχει τονίσει την ανάγκη στήριξης και ενδυνάμωσης τους, (Palacio et al., 2019). Ωστόσο, τα προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί με στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των φροντιστών είναι ελάχιστα (Rosenberg et al., 2019). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή του συγκεκριμένου ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος συνεισέφερε στο πεδίο των ερευνών. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν θετικά όσον αφορά τους στόχους της έρευνας, δηλαδή οι φροντιστές ανέφεραν βελτίωση στην ψυχική ανθεκτικότητα, μειωμένα επίπεδα άγχους, αύξηση συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης και βελτίωση σε ορισμένες διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους. Παρόλο που το πρόγραμμά είναι υποσχόμενο και αποδεικνύει ότι οι φροντιστές μπορούν να επωφεληθούν από την συμμετοχή τους σ' αυτό, χρειάζεται επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων από άλλες έρευνες.

Ορισμένοι περιορισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στη παρούσα έρευνα, προκειμένου να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα της. Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης αφορούν το μικρό μέγεθος του δείγματος, που δεν μας επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό. Επίσης, η δημιουργία δύο ομάδων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα διαδικτυακά και μία ομάδα που το παρακολούθησε δια ζώσης αποτελεί περιορισμό της παρούσας έρευνας, καθώς δεν έχουμε ισάξιο αριθμό ομάδων στο πρόγραμμα. Ένας άλλος περιορισμός αφορά τη συντομία της παρέμβασης και το σύντομο χρονικό διάστημα στο οποίο εφαρμόστηκε. Επίσης, δεν υπήρξε μεταγενέστερη επαναξιολόγηση (follow-up), κατά την οποία θα μπορούσε να διαπιστωθεί η επίδραση των αποτελεσμάτων του προγράμματος στη διάρκεια χρόνου. Ένας άλλος περιορισμός αφορά το εργαλείο CRRS, το οποίο δεν έγινε προσαρμογή του στον ελληνικό πληθυσμό.

Επομένως, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα ενός μεγαλύτερου σε διάρκεια ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος μ' ένα μεγαλύτερο δείγμα φροντιστών. Επίσης, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν επαναληπτικές μετρήσεις μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, προκειμένου να ελεγχθεί η διατήρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας και των στρατηγικών αντιμετώπισης και του άγχους. Επιπροσθέτως, χρήσιμο θα ήταν να εξετάσουμε την αποτελεσματικότητα των ομάδων και σε σχέση με δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία, καθώς επίσης και σε χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την διάρκεια της φροντίδας. Τέλος, ενδιαφέρον θα ήταν να διερευνηθούν και

ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες που θα περιλαμβάνουν στο πρόγραμμα τους ισάξιο αριθμό ομάδων και να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές μεταξύ τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychological Association (APA). (2016). *The road to resilience*. Ανακτήθηκε από <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association

Andershed, B., & Ternestedt, B. M. (1998). Involvement of relatives in the care of the dying in different care cultures, involvement in the dark or in the light? *Cancer Nursing*, 21, 106–116.

Ανδριοπούλου, Μ., Χάρος, Δ., & Στεργιάδη, Ε. (2017). Ο αντίκτυπος του καρκίνου στον ασθενή και στους φροντιστές και η σπουδαιότητα της ενδυνάμωσης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5), 601-611.

Applebaum, A. J., & Breitbart, W. (2013). Care for the cancer caregiver: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 11(03), 231–252. doi:10.1017/s1478951512000594

Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Depression and Anxiety in Women With Breast Cancer and Their Partners. *Nursing Research*, 56(1), 44-53

Badr, H., Smith, C. B., Goldstein, N. E., Gomez, J. E., & Redd, W. H. (2014). Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: Results of a randomized pilot trial. *Cancer*, 121(1), 150–158. doi:10.1002/cncr.29009

Balfe, M., O'Brien, K., Timmons, A., Butow, P., O'Sullivan, E., Gooberman-Hill, R., Sharp, L., (2016). What factors are associated with posttraumatic growth in head and neck cancer carers? *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.11.005>

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. doi:10.1037/0003-066x.55.11.1247

Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ., & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). *Το στρες, το άγχος, και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Belgacem, B., Auclair, C., Fedor, M. C., Brugnon, D., Blanquet, M., Tournilhac, O., & Gerbaud, L. (2013). A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: A randomised clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 870–876. doi:10.1016/j.ejon.2013.04.006

- Benard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community*. San Francisco: Western Center for Drug-free Schools and Communities.
- Biegel, D., Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in Chronic Illness*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Boele, F. W., Hoeben, W., Hilverda, K., Lenting, J., Calis, A.-L., Sizoo, E. M., Collette E. H., Heimans J. J., Taphoorn, M. J. B., Reijneveld, J. C., & Klein, M. (2013). Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients: a randomized controlled trial. *Journal of Neuro-Oncology*, *111*(3), 303–311. doi:10.1007/s11060-012-1012-3
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Butler, S. S., Turner, W., Kaye, L. W., Ruffin, L., & Downey, R. (2005). Depression and Caregiver Burden Among Rural Elder Caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, *46*(1), 47–63. doi:10.1300/j083v46n01\_04
- Cameron, J. I., Shin, J. L., Williams, S. D., & Stewart, D. E. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(2), 137-143. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00609-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00609-3)
- Carter, P., & Chang, B. (2000). Sleep and Depression in Cancer Caregiver. *Cancer Nursing*, *23*(6), 410-415.
- Carver, C. S. (2011). Coping. In R. J. Contrada & A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health* (p. 221–229). Springer Publishing Company.
- Γιαννακού, Μ., Κοσμίδου, Μ. Ε., & Αδαμοπούλου, Α. (2013). Προσαρμογή της κλίμακας κατάθλιψης του Beck-II σε ελληνικό πληθυσμό. *Hellenic Journal of Psychology*, *10*, 120-146.
- Cipolletta, S., Simonato, C., & Faccio, E. (2019). The Effectiveness of Psychoeducational Support Groups for Women With Breast Cancer and Their Caregivers: A Mixed Methods Study. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1-8. doi:10.3389/fpsyg.2019.00288
- Cohen, M., & Kuten, A. (2006). Cognitive–behavior group intervention for relatives of cancer patients: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(2), 187–196. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.08.014

- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87–127. doi:10.1037/0033-2909.127.1.87
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Coristine, M., Crooks, D., Grunfeld, E., Stonebridge, C., & Christie, A. (2003). Caregiving for women with advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, *12*(7), 709–719. doi:10.1002/pon.696
- Costa-Requena, G., Cristófol, R., & Cañete, J. (2011). Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. *Supportive Care in Cancer*, *20*(7), 1465–1470. doi:10.1007/s00520-011-1233-6
- DeLucia-Waack, J. L. (2006). *Leading psychoeducational groups for children and adolescents*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Doorenbos, A. Z., Given, B., Given, C. W., Wyatt, G., Gift, A., Rahbar, M., & Jeon, S. (2007). The influence of end-of-life cancer care on caregivers. *Research in Nursing & Health*, *30*(3), 270-281. doi:10.1002/nur.20217
- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C., & Vézina, L. (2006). Caring for a Loved One with Advanced Cancer: Determinants of Psychological Distress in Family Caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, *9*(4), 912–921. doi:10.1089/jpm.2006.9.912
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Slutsman, J., & Emanuel, L. L. (2000). Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers. *Annals of Internal Medicine*, *132*(6), 451. doi:10.7326/0003-4819-132-6-200003210-00005
- Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., Rob, G., Beynon, T., Higginson, I., & Harding, R. (2012). Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support. *International Journal of Palliative Nursing*, *18*(11), 541–545. doi:10.12968/ijpn.2012.18.11.541
- Epstein, S. (1985). Anxiety, Arousal, and the Self-Concept. *Issues in Mental Health Nursing*, *7*, 1-4, 265–305. doi:10.3109/01612848509009458
- Ferrell, B., & Wittenberg, E. (2017). A review of family caregiving intervention trials in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *67*(4), 318–325. doi:10.3322/caac.21396

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, *55*(1), 745-774.

Fountoulakis, K., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A., & Kaprinis, G. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Annals of General Psychiatry*, *5*(1), 2. doi:10.1186/1744-859x-5-2

Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, *55*(1), 97-111. doi: 10.2307/1129837

Gaugler, J. E., Eppinger, A., King, J., Sandberg, T., & Regine, W. F. (2012). Coping and its effects on cancer caregiving. *Supportive Care in Cancer*, *21*(2), 385–395. doi:10.1007/s00520-012-1525-5

Gibbons, S. W., Ross, A., Wehrlen, L., Klagholz, S., & Bevans, M. (2019). Enhancing the cancer caregiving experience: Building resilience through role adjustment and mutuality. *European Journal of Oncology Nursing*, *43*, (101663), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.004>.

Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). *Family Support in Advanced Cancer. CA: a cancer journal for clinicians*, *51*(4), 213-231

Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. R. (2012). Family and Caregiver Needs over the Course of the Cancer Trajectory. *The Journal of Supportive Oncology*, *10*(2), 57–64. doi:10.1016/j.suponc.2011.10.003

Γκοβίνα, Ο., Κωνσταντινίδης, Θ. Ι., Ντέκα, Φ., Ντουρμίσι, Σ., Καυγά, Α., & Καλεμικεράκης, Ι. (2020). Διερεύνηση της Επιβάρυνσης, της Κατάθλιψης και του Άγχους των Οικογενειακών Φροντιστών Νοσηλευομένων Ασθενών με Καρκίνο. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, *59*(2), 183–193

Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T., & Fosså, S. D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, *16*(7), 1185–1191. doi:10.1093/annonc/mdi210

Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of Depression and Life Satisfaction Among Spousal Caregivers in Hospice: Application of a Stress Process Model. *Journal of Palliative Medicine*, *6*(2), 215–224. doi:10.1089/109662103764978461

- Harding, R., & Higginson, I. J. (2003). What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*, *17*(1), 63–74. doi:10.1191/0269216303pm667oa
- Hearson, B., & McClement, S. (2007). Sleep disturbance in family caregivers of patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, *13*(10), 495-501. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.10.27493>
- Hendrix, C. C., Bailey, D. E., Steinhauser, K. E., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Lowman, S. G., Schwartz, A. J., Riedel, R. F., Keefe, F. J., Porter, L. S., & Tulskey, J. A. (2016). Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Supportive Care in Cancer*, *24*(1), 327–336. doi:10.1007/s00520-015-2797-3
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., & Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine*, *60*(1), 1–12. doi:10.1016/j.socscimed.2004.04.018
- Hudson, P. L., Remedios, C., & Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, *9*(1). doi:10.1186/1472-684x-9-17
- Hwang, I. C., Kim, Y. S., Lee, Y. J., Choi, J. S., Hwang, S. W., Kim, H. M., & Koh S. J. (2017). Factors Associated With Caregivers' Resilience in a Terminal Cancer Care Setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *35*(4), 677-683. <https://doi.org/10.1177/1049909117741110>
- Iconomou, G., Viha, A., Kalofonos, H. P., & Kardamakis, D. (2001). Impact of Cancer on Primary Caregivers of Patients Receiving Radiation Therapy. *Acta Oncologica*, *40*(6), 766-771. doi: 10.1080/02841860152619205
- Iyer, K., & Khan, Z. A. (2012). Depression – A Review. *Research Journal of Recent Sciences*, *1*(4), 79-87
- Izard, C. E. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum
- Καραδήμας Ε. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, *5*, 260–273.
- Kedia S. K., Collins A., Dillon P. J., Akkus C., Ward K. D., & Jackson B. M. (2019). Psychosocial interventions for informal caregivers of lung cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology* *29*(2), 251-262. <https://doi.org/10.1002/pon.5271>

- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health, 19*(2), 139–155. doi:10.1080/08870440310001652687
- Kim, Y., Baker F., & Spillers R. L. (2007). Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship, and Appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management, 34*(3), 294-304.
- LaBar, K. S. (2016). Fear and Anxiety. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (4<sup>th</sup> ed., pp.751–773). New York/ London: The Guilford Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, Y. H., Liao, Y. C., Liao, W. Y., Shun, S. C., Liu, Y. C., Chan, J. C., Yu, C. J., Yang, P. C., & Lai, Y. H. (2013). Anxiety, depression and related factors in family caregivers of newly diagnosed lung cancer patients before first treatment. *Psycho-Oncology, 22*(11), 2617–2623. doi:10.1002/pon.3328
- Leow, M., Chan, S., & Chan, M. F. (2015). A Pilot Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of a Psychoeducational Intervention on Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer. *Oncology Nursing Forum, 42*(2). doi: 10.1188/15.onf.e63-e72
- Lewis, F. M., Cochrane, B. B., Fletcher, K. A., Zahlis, E. H., Shands, M. E., Gralow, J. R., Wu, S. M., & Schmitz, K. (2008). Helping Her Heal: a pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 17*(2), 131–137. doi:10.1002/pon.1203
- Λιάκος, Α., & Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος, 21*, 71–76.
- Li, Y., Qiao, Y., Luan, X., Li, S., Wang, K. (2019). Family resilience and psychological wellbeing among Chinese breast cancer survivors and their caregivers. *European Journal of Cancer Care, 28*(2), 1-8. <https://doi.org/10.1111/ecc.12984>
- Lin, F. Y., Rong, J. R., & Lee, T. Y. (2013). Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *Journal of multidisciplinary healthcare, 6*, 323–333. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S46830>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164.



- Mahendran, R., Lim, H. A., Tan, J. Y. S., Ng, H. Y., Chua, J., Lim, S. E., Kua, E. H., & Griva, K. (2017). Evaluation of a brief pilot psychoeducational support group intervention for family caregivers of cancer patients: a quasi-experimental mixed-methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1). doi:10.1186/s12955-017-0595-y
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(8), 971–985. doi:10.1002/jclp.20283
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2010). Resilience to potential trauma: Toward a lifespan approach. In J. W. Reich, A. J. Zautra & J.S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience: Concepts, methods, and applications* (pp.258-282). New York, London: The Guilford Press.
- Manne, S., Babb, J., Pinover, W., Horwitz, E., & Ebbert, J. (2004). Psychoeducational group intervention for wives of men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *13*(1), 37–46. doi:10.1002/pon.724
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Developmental Psychopathology*, *2*(4), 425–444. doi: 10.1017/S0954579400005812
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(3), 227–238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- Masten, A.S., & Gewirtz, A. H. (2006). *Resilience in development: The importance of early childhood*. Centre of Excellence for Early Childhood Development. Ανακτήθηκε από University of Minnesota Digital Conservancy, <http://hdl.handle.net/11299/53904>
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, *23*(2), 493–506. doi: 10.1017/S0954579411000198
- McCaughan, E., Curran, C., Northouse, L., & Parahoo, K. (2018). Evaluating a psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: Outcomes and lessons learned from a randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, *40*, 143–151. doi:10.1016/j.apnr.2018.01.008
- McLean, L. M., Walton, T., Rodin, G., Esplen, M. J., & Jones, J. M. (2011). A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, *22*(1), 28–38. doi:10.1002/pon.2046

McMillan, S. C. (2005). Interventions to Facilitate Family Caregiving at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 132-139. doi:10.1089/jpm.2005.8.s-132

McMillan, S. C., Small, B. J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., & Haley, W. E. (2005). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer*, 106(1), 214–222. doi:10.1002/cncr.21567

Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1(6), 21-27.

Meyers, Lin, Lester, Shaffer, Rosand, & Vranceanu (2020). Baseline resilience and depression symptoms predict trajectory of depression in dyads of patients and their informal caregivers following discharge from the Neuro-ICU. *General Hospital Psychiatry*, 62, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.12.003>

Mosher, C. E., Ott, M. A., Hanna, N., Jalal, S. I., & Champion, V. L. (2014). Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 2053–2060. doi:10.1007/s00520-014-2566-8

Μπεζεβέγκης, Η. (2001). Άγχος, αγχογόνες καταστάσεις και η αντιμετώπισή τους σε παιδιά και εφήβους. Στο Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα & Η. Μπεζεβέγκης (Επιμ.), *Το στρες το άγχος και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Mystakidou, K., Parpa, E., Panagiotou, I., Tsilika, E., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2012). Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 188–195. doi:10.1111/ecc.12012

National Alliance for Caregiving and the American Association of Retired Persons. (2015). *Caregiving in the U.S.* Bethesda: National Alliance for Caregiving

National Cancer Institute. (2019). Support for Cancer Caregivers Caring for the Caregiver. National Cancer Institute. Ανακτήθηκε από: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/caring-for-the-caregiver>

Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, R. J., & Van Den Bos, G. A. M. (1998). Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7(1,) 3–13.

- Northouse, L. L., Walker, J., Schafenacker, A., Mood, D., Mellon, S., Galvin, E., Harden, J., & Freeman-Gibb, L. (2002). A family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. *Oncol Nurs Forum*, *29*, 1411–1419.
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Montie, J. E., Sandler, H. M., Forman, J. D., Hussain, M., Pienta, K. L., Smith, D. C., & Kershaw, T. (2007). Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer*, *110*(12), 2809–2818. doi:10.1002/cncr.23114
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood D. W. (2010). Interventions With Family Caregivers of Cancer Patients Meta-Analysis of Randomized Trials. *American Cancer Society*, *60*(5), 317-339. doi:10.3322/caac.20081
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., LoRusso, P., Hayes, D. F., Hussain, M., Ruckdeschel, J., Fendrick, A. M., Trask, P. C., Ronis, D. L., & Kershaw, T. (2012). Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, *22*(3), 555–563. doi:10.1002/pon.3036
- Palacio, C., Krikorian, A., & Limonero, J. T. (2018). The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden. *Palliative and Supportive Care*, *16*(3), 269-277. doi:10.1017/S1478951517000268
- Palacio, C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M., & Limonero, J. T. (2019). Resilience in Caregivers: A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *37*(8), 648-658. <https://doi.org/10.1177/1049909119893977>
- Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2009). Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*, *13*(2), 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.02.003>
- Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2012). How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. *European Journal of Oncology Nursing*, *16*(3), 258–263. doi:10.1016/j.ejon.2011.06.001
- Pearce, M. J., Singer, J. L., & Prigerson, H. G. (2006). Religious Coping among Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Health Psychology*, *11*(5), 743–759. doi:10.1177/1359105306066629

- Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., Baucom, D. H., McBride, C. M., McKee, D. C., Sutton, L., Carson, K., Knowles, V., Rumble, M., & Scipio, C. (2011). Caregiver-Assisted Coping Skills Training for Lung Cancer: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.014>
- Regan, T. W., Lambert, S. D., Girgis, A., Kelly, B., Kayser, K., & Turner, J. (2012). Do Couple-Based Interventions Make a Difference for Couples Affected by Cancer?: A Systematic Review. *BMC Cancer*, *12*(1). doi:10.1186/1471-2407-12-279
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health Education*, *21*(6), 33-39.
- Rivera, H. R. (2009). Depression Symptoms in Cancer Caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *13*(2), 195-202
- Romito, F., Goldzweig, G., Cormio, C., Hagedoorn, M., & Andersen, B. L. (2013). Informal caregiving for cancer patients. *Cancer*, *119*(11), 2160-2169. <https://doi.org/10.1002/cncr.28057>
- Rosenberg, A. R., Baker, K. S., Syrjala, K. L., Back, A. L., & Wolfe, J. (2013). Promoting Resilience among Parents and Caregivers of Children with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, *16*(6), 645-652. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0494>
- Rosenberg, A. R., Wolfe, J., Bradford, M. C., Shaffer, M. L., Yi-Frazier, J. P., Curtis, J. R., Syrjala, K. L., & Baker, K. S. (2014). Resilience and psychosocial outcomes in parents of children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, *61*(3), 552-557. doi:10.1002/pbc.24854.
- Rosenberg, A. R., Bradford, M. C., Junkins, C. C., Taylor, M., Zhou, C., Sherr, N., Kross, E., Curtis, J. R., & Yi-Frazier, J. P. (2019). Effect of the Promoting Resilience in Stress Management Intervention for Parents of Children With Cancer (PRISM-P). *JAMA Network Open*, *2*(9), 1-14. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11578
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals New York academy of sciences*, *1094*, 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Sahler, O. J., Varni, J. W., Fairclough, D. L., Butler, R. W., Noll, R. B., Dolgin, M. J., Phipps, S., Copeland, D. R., Katz, E. R., & Mulhern, R. K. (2002). Problem-Solving Skills Training for Mothers of Children with

Newly Diagnosed Cancer: A Randomized Trial. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(2), 77-86.

Santin, O., Coleman, H., Mills, M., Cardwell, C., & Donnelly, M. (2012). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-11.

Saria, M. G., Courchesne, N., Evangelista, L., Carter, J., MacManus, D. A., Gorman, M. K., Nyamathi, A. M., Phillips, L. R., Piccioni, D., Kesari, S., & Maliski, S. (2016). Cognitive dysfunction in patients with brain metastases: influences on caregiver resilience and coping. *Supportive Care in Cancer*, 25, 1247–1256.

Sherwood, P. R., Given, B. A., Given, C. W., Sikorskii, A., You, M., & Prince, J. (2011). The impact of a problem-solving intervention on increasing caregiver assistance and improving caregiver health. *Supportive Care in Cancer*, 20(9), 1937–1947. doi:10.1007/s00520-011-1295-5

Shilling, V., Starkings, R., Jenkins, V., Cella, D., & Fallowfield, L. (2019). Development and validation of the caregiver roles and responsibilities scale in cancer caregivers. *Quality of Life Research volume*, 28, 1655–1668.

Sottile, P. D., Lynch, Y., Mealer, M., & Moss, M. (2016). Association Between Resilience and Family Member Psychologic Symptoms in Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 44(8), 721-727. doi:10.1097/ccm.0000000000001673

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience, definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-14. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338

Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H.-C., Huber, J., Thomas, M., Winkler, E. C., Herzog, W., & Hartmann, M. (2015). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), 1513–1519. doi:10.1002/cncr.29223

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psycho

Stajduhar, K. I., Martin, W. L., Barwich, D., & Fyles, G. (2008). Factors Influencing Family Caregivers' Ability to Cope With Providing End-of-Life Cancer Care at Home. *Cancer Nursing*, 31(1), 77–85. doi:10.1097/01.ncc.0000305686.36637.b5

Σταλίκας, Α., Τριλιβά Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο.

- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2009). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, *19*(10), 1013–1025. doi:10.1002/pon.1670
- Steele, R. G., & Fitch, M. I. (1996). Coping Strategies of Family Caregivers of Home Hospice Patients With Cancer. *Oncol Nurs Forum*, *23*(6), 955-60.
- Sternberg, U., Ruland, C., & Miaskowsk, C. (2009). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, *19*(10), 1013-1025. <https://doi.org/10.1002/pon.1670>
- Susanne W. Gibbonsa, Alyson Rosseb, Leslie Wehrlenb , Stephen Klagholzb , Margaret Bevansb, (2019). Enhancing the cancer caregiving experience: Building resilience through role adjustment and mutuality. *European Journal of Oncology Nursing*, *43*, 1-8.
- Teixeira, R. J., Applebaum, A. J., Bhatia, S., & Brandão, T. (2018). The impact of coping strategies of cancer caregivers on psychophysiological outcomes: an integrative review. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 207–215. doi:10.2147/prbm.s164946
- Thombre, A., Sherman, A. C., & Simonton, S. (2010). Religious Coping and Posttraumatic Growth Among Family Caregivers of Cancer Patients in India. *Journal of Psychosocial Oncology*, *28*(2), 173–188. doi:10.1080/07347330903570537
- Todd, K., Roberts, S., & Black, C. (2002). The Living with Cancer Education Programme. I. Development of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. *European Journal of Cancer Care*, *11*(4), 271–279. doi:10.1046/j.1365-2354.2002.00316.x
- Toledano-Toledano, F., Moral de la Rubia, J., Broche-Pérez, Y., Domínguez-Guedea, M. T., & Granados-García, V. (2019). The measurement scale of resilience among family caregivers of children with cancer: a psychometric evaluation. *BMC Public Health*, *19*(1). doi:10.1186/s12889-019-7512-8
- Toseland, R. W., Blanchard, C. G., & McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science & Medicine*, *40*(4), 517-528. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)E0093-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)E0093-8)
- Ungar, M. (2006). Resilience across Cultures. *The British Journal of Social Work*, *38*(2), 218–235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>

- Vickery, L. E., Latchford, G., Hewison, J., Bellew, M., & Feber, T. (2003). The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. *Head & Neck, 25*(4), 289–296. doi:10.1002/hed.10206
- Walsh, F. (1998). Beliefs, spirituality, and transcendence: Keys to family resilience. In M. McGoldrick (Eds.), *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice* (pp. 62–77). The Guilford Press.
- Waldron, E. A., Janke, E. A., Bechtel, C. F., Ramirez, M., & Cohen, A. (2012). A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psycho-Oncology, 22*(6), 1200–1207. doi: 10.1002/pon.3118
- Werner, E. E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science 4*(3), 81-84. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772327>
- World Health Organization (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. Ανακτήθηκε από: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Whitlatch, C. J., & Noelker, L. S. (2007). Caregiving and Caring. *Encyclopedia of Gerontology, 240–249*. doi:10.1016/b0-12-370870-2/00031-7
- Xiu, D., Fung, Y.-L., Lau, B. H.-P., Wong, D. F. K., Chan, C. H. Y., Ho, R. T. H., So, T. H., Lam, T. C., Lee, V. H. F., Lee, A. W. M., Chow, S. F., Lim, F. M., Tsang, M. W., Chan, C. L. W., Chow, A. Y. M. (2019). Comparing dyadic cognitive behavioral therapy (CBT) with dyadic integrative body-mind-spirit intervention (I-BMS) for Chinese family caregivers of lung cancer patients: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer, 28*, 1523-1533. doi:10.1007/s00520-019-04974-z
- Yabroff, K. R., & Kim, Y. (2009). Time costs associated with informal caregiving for cancer survivors. *Cancer, 115*(18), 4362-4373.
- Yang, X., Wang, L., He, J., Ge, C., Chang, Y., Fu, J., Wei, J., Pattaramongkolar, E., & Zhou, Y. (2011). Factors related to depressive symptoms among Chinese caregivers of cancer patients. *PsychoOncology, 21*(10), 1063–1070. doi:10.1002/pon.1999
- Ye, Z. J., Qiu, H. Z., Li, P. F., Chen, P., Liang, M. Z., Liu, M. L., Yu, Y. L., Wang, S. N., & Quan, X. M. (2017). Validation and application of the Chinese version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) among parents of children with cancer diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing, 27*, 36–44. doi:10.1016/j.ejon.2017.01.004

Yi-Frazier, J. P., Fladeboe, K., Klein, V., Eaton, L., Wharton, C., McCauley, E., & Rosenberg, A. R. (2017). Promoting Resilience in Stress Management for Parents (PRISM-P): An intervention for caregivers of youth with serious illness. *Families, Systems, & Health, 35*(3), 341–351.