

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΑΓΩΓΗΣ»,
ΜΕ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ
«ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Εφαρμογή και αξιολόγηση ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την ενίσχυση
της ψυχικής ανθεκτικότητας σε φροντιστές ασθενών με άνοια»

Καραβίδα Αντιγόνη Δήμητρα

ΑΜ: 636

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Μπούζος Ανδρέας

Ιωάννινα, 2024

Περίληψη

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η εφαρμογή και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός εντατικού ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος θετικής ψυχολογίας, με σκοπό, πρωτίστως, την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε φροντιστές ατόμων με άνοια και δευτερευόντως τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της συναισθηματικής τους επιβάρυνσης, αλλά και την αύξηση των θετικών τους συναισθημάτων. Στην έρευνα συμμετείχαν 30 φροντιστές ατόμων με διαγνωσμένη άνοια, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 2 ομάδες, μία πειραματική ομάδα 15 ατόμων, στην οποία εφαρμόστηκε η παρέμβαση και μία ομάδα ελέγχου, επίσης, 15 ατόμων, που δεν έλαβε την παρέμβαση. Οι συμμετέχοντες και των δύο ομάδων συμπλήρωσαν μια σειρά ψυχομετρικών εργαλείων πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος, καθώς και 3 μήνες, μετά την ολοκλήρωσή του. Τα αποτελέσματα έδειξαν, αύξηση των επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας και σημαντική μείωση των αρνητικών τους συναισθημάτων, των επιπέδων της κατάθλιψης που βίωναν και της συναισθηματικής τους επιβάρυνσης, επιβεβαιώνοντας τις υποθέσεις της έρευνας, χωρίς, όμως, να σημειώνεται αύξηση των θετικών τους συναισθημάτων, κάτι που δεν αναμένονταν εξ αρχής. Τα θετικά αποτελέσματα του προγράμματος, στην ομάδα παρέμβασης, φαίνεται πως διατηρήθηκαν και 3 μήνες μετά την ολοκλήρωση της.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική ανθεκτικότητα, άνοια, φροντιστής, θετική ψυχολογία, επιβάρυνση

Abstract

The aim of the present study was to implement and evaluate the effectiveness of an intensive psycho- educational program based on Positive psychology, primarily, to enhance the psychological resilience of caregivers of people with dementia and, secondarily, to reduce their negative emotions, depressive symptoms and emotional burden and increase their positive emotions. The study involved 30 caregivers of people diagnosed with dementia, who were divided into 2 groups, an experimental group of 15 people, who received the intervention and a control group of 15 caregivers, who did not receive the intervention. Participants in both groups completed a series of questionnaires, before and after the implementation of the program, and 3 months after the program was completed. The results showed an increase in the levels of psychological resilience of the participants in the experimental group and a significant decrease in their negative emotions, depression and emotional burden, confirming the hypotheses of the study. There wasn't an increase in caregivers positive emotions, which was not expected from the beginning. The positive effects of the program, in the intervention group, seem to be maintained 3 months after the program was completed.

Key words: psychological resilience, dementia, caregiver, positive psychology, caregiver burden

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της εργασίας μου θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους ανθρώπους που ήταν δίπλα μου και με στήριξαν καθόλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών και, ιδιαίτερα, κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Θα ήθελα να ευχαριστήσω, ιδιαιτέρως και πρωτίστως, τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ανδρέα Μπρούζο για όλη του την καθοδήγηση και υποστήριξη στην εκπόνηση και ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω, θερμά, τη συμφοιτήτρια, συνάδελφο και συνοδοιπόρο μου στη διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους της παρούσας εργασίας, Καραβίδα Αθηνά, καθώς και τη συμφοιτήριά μου Βασιλική Τσιαγκαβέλη, για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη, που μου προσέφερε για την ολοκλήρωση της εργασίας μου. Ευχαριστώ, ιδιαίτερα, όλους τους φροντιστές που συμμετείχαν στην έρευνα, αφιερώνοντας σημαντικό γι'αυτούς χρόνο, αλλά και το κέντρο ημέρας ασθενών με Alzheimer του νομού Χανίων. Οφείλω ένα ιδιαίτερο «ευχαριστώ» στην κοινωνική λειτουργό του κέντρου, κα. Γλυνιαδάκη, μιας και χωρίς τις άμεσες ενέργειες και τη βοήθειά της, δε θα είχε ολοκληρωθεί η εφαρμογή της παρέμβασης της παρούσας έρευνας.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	7
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
1. ΑΝΟΙΑ.....	11
1.1. Ορισμός και βασική συμπτωματολογία	11
1.2. Τύποι άνοιας.....	12
1.3. Θεραπεία της νόσου.....	15
2. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ.....	19
2.1. Ανακουφιστική φροντίδα: Ιστορική αναδρομή	19
2.3. Ρόλος του άτυπου φροντιστή στην άνοια.....	21
2.5. Ερευνητικά δεδομένα για τους φροντιστές ανοϊκών ασθενών στην Ελλάδα	24
3. ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ.....	26
3.1. Ορισμός και είδη επιβάρυνσης.....	26
4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	29
4.1. Ορισμός και βασική συμπτωματολογία της διαταραχής.....	29
4.2. Αιτιολογία της διαταραχής.....	30
5. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	34
5.1. Ιστορική αναδρομή θεώρησης της έννοιας του συναισθήματος και βασικοί ορισμοί	34
5.2. Θετικά και Αρνητικά συναισθήματα.....	36
6. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	38
6.1. Ιστορική αναδρομή της έννοιας.....	38
6.2. Ορισμός της έννοιας	39
6.3. Διαστάσεις ψυχικής ανθεκτικότητας	41
6.4. Μοντέλα ψυχικής ανθεκτικότητας.....	42
7. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ.....	47
7.1. Η έννοια της ανθεκτικότητας στο πλαίσιο της Θετικής Ψυχολογίας.....	47
7.2. Ψυχική ανθεκτικότητα και Θετικότητα.....	47
7.3. Θεωρία Διεύρυνσης και δόμησης	48
7.4. Φροντιστές ατόμων με άνοια και ψυχική ανθεκτικότητα	49
8. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ.....	56
8.1. Γενικές παρεμβάσεις ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας.....	56
8.2. Παρεμβάσεις σε φροντιστές ατόμων με άνοια	57
8.3. Παρεμβάσεις Θετικής ψυχολογίας.....	60
9. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	62
9.1. Σκοπός της έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις	64
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	72
10. ΜΕΘΟΔΟΣ	72
10.1. Ερευνητικός σχεδιασμός παρούσας έρευνας.....	72

10.2. Συμμετέχοντες	72
10.2.1. Ομάδα παρέμβασης.....	73
10.2.2. Ομάδα ελέγχου.....	73
10.3. Ερευνητικά εργαλεία.....	74
10.4. Αξιοπιστία και εγκυρότητα παρούσας έρευνας.....	80
10.5. Διαδικασία.....	83
10.6. Το πρόγραμμα παρέμβασης.....	84
10.7. Ανάλυση δεδομένων	85
11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	87
11.1. Αποτελέσματα σύγκρισης των ομάδων πριν από την παρέμβαση.....	87
11.2. Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας δείγματος.....	87
11.2. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας (αποτελέσματα εντός ομάδας παρέμβασης).....	88
11.3. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση.....	89
των αρνητικών συναισθημάτων και την αύξηση των θετικών συναισθημάτων.....	89
(αποτελέσματα εντός ομάδας παρέμβασης).....	89
11.4. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση της.....	91
συναισθηματικής επιβάρυνσης.....	91
(αποτελέσματα εντός ομάδας παρέμβασης).....	91
11.5. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση της.....	91
καταθλιπτικής συμπτωματολογίας	91
(αποτελέσματα εντός ομάδας παρέμβασης).....	91
11.6. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την ενίσχυση της	92
ψυχικής ανθεκτικότητας (σύγκριση μεταξύ των ομάδων).....	92
11.7. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση των	93
Αρνητικών συναισθημάτων και την αύξηση των θετικών.....	93
(σύγκριση μεταξύ των ομάδων)	93
11.8. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης (σύγκριση μεταξύ των ομάδων)	96
11.9. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση της	97
Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (σύγκριση μεταξύ των ομάδων)	97
12. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	100
12.1. Περιορισμοί–Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	105
Βιβλιογραφία.....	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	120
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	122

Εισαγωγή

Όπως έχει αναδειχθεί μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, τις τελευταίες δεκαετίες που γίνονται εμφανείς μεγάλες αλλαγές στον πληθυσμό παγκοσμίως, όπως το αυξημένο ποσοστό γήρανσης του πληθυσμού έχει αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό και ο επιπολασμός εμφάνισης χρόνιων και σοβαρών ασθενειών (Rodriguez et al., 2012). Η άνοια, που αποτελεί και κύριο ζήτημα μελέτης της παρούσας εργασίας, αποτελεί ένα από τα πιο αντιπροσωπευτικά παραδείγματα τέτοιων χρόνιων ασθενειών. Υπολογίζεται, λοιπόν, ότι η άνοια επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους σε παγκόσμιο επίπεδο, με ένα νέο κρούσμα να κάνει την εμφάνισή του, κάθε 3 δευτερόλεπτα.

Πρόκειται για σημαντική αιτία θανάτου των ηλικιωμένων, αλλά και μία από τις κυριότερες αιτίες αναπηρίας και εξάρτησής τους. Στη χώρα μας, μάλιστα, εκτιμάται ότι μέχρι το 2030, χιλιάδες άνθρωποι θα νοσήσουν από την ασθένεια, η οποία επηρεάζει σταδιακά όλη την καθημερινότητα του ατόμου, επιβαρύνοντας όχι μόνο τον πάσχοντα, αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον που τον φροντίζει (World Health Organization, 2023).

Παρότι, βέβαια, με τεκμηριωμένες προβλέψεις, ο αριθμός των ατόμων με άνοια θα αυξηθεί μαζικά τα επόμενα χρόνια, η παρούσα κατάσταση περίθαλψης και διαχείρισής τους, σε εθνικό επίπεδο χαρακτηρίζεται, τουλάχιστον, ανεπαρκής. Υπάρχουν σημαντικά κενά και μεγάλη έλλειψη σχετικών δομών για τους πάσχοντες. Επομένως, η φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς, σήμερα, στηρίζεται, σχεδόν αποκλειστικά, στους οικογενειακούς ή διαφορετικά στους "άτυπους φροντιστές", οι οποίοι αφιερώνουν ένα πολύ μεγάλο κομμάτι της ζωής, της ενέργειας και του χρόνου τους στον υποστηρικτικό ρόλο, που έχουν αναλάβει (McDaid, 2001). Επομένως, οι απαιτήσεις της καθημερινότητας αυξάνονται σε μεγάλο βαθμό, για τους ίδιους, με αποτέλεσμα να βιώνουν σημαντική σωματική και ψυχολογική καταπόνηση. Στο πλαίσιο αυτό, λοιπόν, πολλοί συγγραφείς υπογραμμίζουν, αναφορικά με τη διαδικασία προσαρμογής των φροντιστών στην ασθένεια, αλλά και τη φροντίδα, το σημαντικό ρόλο της ανθεκτικότητας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και τη μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης, που βιώνουν καθημερινά (Palacio et al., 2018).

Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί μία από τις κυριότερες έννοιες στα πλαίσια της Θετικής Ψυχολογίας και έχει κριθεί, ιδιαίτερα, σημαντική για την αντιμετώπιση σχετικών αρνητικών εμπειριών. Υπό το πρίσμα αυτό, η δύσκολα διαχειρίσιμη και αρνητική εμπειρία της φροντίδας, μπορεί να νοηματοδοτηθεί πιο θετικά, μέσω ανεπτυγμένης ανθεκτικότητας, επιτρέποντας στους φροντιστές την ανάδειξη των θετικών πτυχών της όλης διαδικασίας, καθώς και μια καλύτερη προσαρμογή στη νέα κατάσταση (Block & Kremen, όπ. ανάφ. στο Οικονόμου κ.ά., 2019).

Επομένως, τα ευρήματα αυτά εγείρουν την ανάγκη ανάπτυξης παρεμβάσεων, με στόχο την προώθηση του ανθεκτικού στυλ αντιμετώπισης σε άτυπους φροντιστές. Σύμφωνα με τη

διεθνή βιβλιογραφία, αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις για το σκοπό αυτό, έχουν κριθεί οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, με σημαντικότερη την ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση, ενώ παράλληλα, τη λειτουργικότερη προσαρμογή στη χρόνια νόσο, ενισχύει και η προσέγγιση της Θετικής Ψυχολογίας, προωθώντας τα πιο θετικά συναισθήματα, καθώς και έναν θετικότερο τρόπο σκέψης και ύπαρξης, με αποτέλεσμα τη μείωση των αντίστοιχων αρνητικών. Συνεπώς, ο συνδυασμός ψυχοεκπαίδευσης και παρεμβάσεων θετικής Ψυχολογίας για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, αποτελεί αποτελεσματική προσέγγιση (Οικονόμου κ.ά., 2019· Reinares et al., 2016).

Παρόλο, όμως, που τα εν λόγω ευρήματα φαίνονται συστηματικά στην έρευνα γύρω από τη χρόνια ασθένεια, την υγεία και τη φροντίδα, τέτοιου τύπου προγράμματα, η πραγματικότητα είναι πως εκλείπουν, σύμφωνα με τους Fernandez-Lansac και Crespo (2011, όπ. ανάφ. στο Fernandez- Lansac et al., 2012), ενώ κανένα από αυτά δεν έχει εφαρμοστεί σε ελληνικό πληθυσμό. Γενικά, λίγες έρευνες έχουν ασχοληθεί με την αξιολόγηση της ψυχικής ανθεκτικότητας των φροντιστών και, όσες το κάνουν, δεν είναι μεθοδολογικά αξιόπιστες. Επομένως, υπάρχει ανάγκη, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, για μελλοντικές και πιο σωστά σχεδιασμένες παρεμβάσεις, που θα μπορούσαν να στρέψουν το “φακό” τους στους προστατευτικούς παράγοντες για τη διαδικασία της φροντίδας, προάγοντας την ανθεκτικότητα των φροντιστών, ενώ σημαντικό θα ήταν η παρακολούθηση του πληθυσμού-στόχου να επαναλαμβάνεται και κάποιο χρονικό διάστημα, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (Chan, 2010).

Οπότε, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η παρούσα μελέτη στοχεύει στην κάλυψη των συγκεκριμένων κενών, μέσα από το σχεδιασμό ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, τη μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης, της κατάθλιψης και των αρνητικών συναισθημάτων καθώς και τη συνακόλουθη αύξηση των θετικών συναισθημάτων των άτυπων φροντιστών ασθενών με άνοια.

Οι ενότητες που ακολουθούν, λοιπόν, είναι αφιερωμένες στην βιβλιογραφική ανασκόπηση των ως άνω θεμάτων, καθώς και στην πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας. Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος, το οποίο διαιρείται σε 9 κεφάλαια, παρουσιάζονται πληροφορίες και θεωρητικά μοντέλα, σχετικά με έννοιες, όπως η άνοια, ο φροντιστής, η ψυχική ανθεκτικότητα, η επιβάρυνση, η κατάθλιψη, που εμφανίζουν συχνά οι φροντιστές, τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα, η Θετική ψυχολογία και σχετικές παρεμβάσεις, καθώς και παρεμβάσεις που απευθύνονται σε φροντιστές. Παράλληλα, παρατίθεται και μια σειρά σχετικών ερευνών, αναφορικά με τις ως άνω μεταβλητές, με έμφαση στις έρευνες που αφορούν τους φροντιστές ασθενών με άνοια. Το θεωρητικό μέρος της εργασίας ολοκληρώνεται με την εκτενή παρουσίαση της αναγκαιότητας διεξαγωγής της παρούσας έρευνας, καθώς και την παρουσίαση του σκοπού, των στόχων και των σχετικών ερευνητικών της

υποθέσεων. Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας, γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και ε εφαρμόστηκε στην έρευνα και γίνεται λεπτομερής αναφορά στο δείγμα της έρευνας, καθώς και στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Ακόμη, παρουσιάζονται και ερμηνεύονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της σχετικής συζήτησης των αποτελεσμάτων της, καθώς και μία σύντομη αναφορά στους περιορισμούς της και κλείνει με τη διατύπωση προτάσεων για μελλοντική έρευνα.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΑΝΟΙΑ

1.1. Ορισμός και βασική συμπτωματολογία

Ο εγκέφαλός μας αποτελείται από δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα, τα οποία επικοινωνούν μεταξύ τους διαρκώς. Τα νευρικά αυτά κύτταρα, στην περίπτωση νόσησης από άνοια, καταστρέφονται με το χρόνο, με αποτέλεσμα να μην είναι, πλέον, σε θέση να επικοινωνούν αποτελεσματικά και κατ'επέκταση να επηρεάζεται τελικά ολόκληρος ο τρόπος, με τον οποίο λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Πιο αναλυτικά, ο όρος «άνοια» αποτελεί μία γενική ομπρέλα, η οποία καλύπτει μία πληθώρα συμπτωμάτων που προκαλούνται, συνήθως από διαταραχές, οι οποίες βλάπτουν τον εγκέφαλο και επηρεάζουν τομείς όπως η μνήμη, η σκέψη, η συμπεριφορά και το συναίσθημα. Ειδικότερα, αποτελεί νευρολογική νόσο που χαρακτηρίζεται από προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση του ασθενή, αλλά και συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας, επιδρώντας, τελικά, σε όλους τους τομείς της καθημερινότητάς του. Έχει μεγάλη διάρκεια, γι'αυτό και ανήκει στις χρόνιες ασθένειες. Η ετυμολογία της λέξης προέρχεται από το στερητικό «α» και το ρήμα «νωώ», που σημαίνει ουσιαστικά ότι κάποιος δεν έχει μυαλό. Αποτελεί, ουσιαστικά, εκτεταμένη βλάβη που συμβαίνει στην περιοχή του εγκεφάλου και η οποία δεν επηρεάζει μόνο τη μνήμη, αλλά και ολόκληρη την προσωπικότητα και τη σκέψη του ανθρώπου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελεί χρόνια νευρολογική νόσο που επηρεάζει πρωτίστως τη μνήμη, αλλά δημιουργεί και προβλήματα προσανατολισμού, προβλήματα στη λεκτική έκφραση, στη συμπεριφορά, στη διάθεση του ανθρώπου, στην κίνησή του και γενικότερα ζητήματα αυτοεξυπηρέτησης και ολοκλήρωσης των καθημερινών του δραστηριοτήτων.

Η απώλεια μνήμης είναι, συνήθως, το πρώτο και κυριότερο σύμπτωμα, που εμφανίζεται στην άνοια, όχι όμως και αναγκαίο. Αυτό σημαίνει, ότι κάποιος που παρουσιάζει απώλεια μνήμης δεν πάσχει απαραίτητα από άνοια, μιας και η απώλεια μνήμης εμφανίζεται ως σύμπτωμα και σε άλλες περιπτώσεις, όπως όγκοι στο κεφάλι, εγκεφαλικά επεισόδια, επιληπτικές κρίσεις κ.ά. (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Σύμφωνα με το σύγχρονο ταξινομικό σύστημα DSM-V για τη διάγνωση της άνοιας, κυριότερο σύμπτωμα αποτελεί η έκπτωση της λειτουργικότητας του ασθενή στην καθημερινότητά του. Το στοιχείο αυτό ακολουθεί η απώλεια μνήμης, η οποία με τη σειρά της ακολουθείται από ένα, εκ των κάτωθι συμπτωμάτων: 1. έκπτωση αφηρημένης σκέψης, 2. κακή κρίση του ασθενούς ή 3. αφασία, απραξία, αγνωσία κ.τ.λ. Για να δοθεί η διάγνωση, όμως, δεν θα πρέπει να παρατηρείται έκπτωση συνείδησης στον πάσχοντα, μιας και αυτό αποτελεί σύμπτωμα άλλου είδους παθολογίας (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

1.2. Τύποι άνοιας

Κάτω από την ομπρέλα της «άνοιας», συμπεριλαμβάνονται διάφορες κατηγορίες της νόσου, οι οποίες σχηματίζονται ανάλογα με τα συμπτώματα, την αιτία εμφάνισης της ασθένειας, καθώς και τις επιμέρους ιδιαιτερότητες, τις οποίες εμφανίζει ο νοσούντας. Πιο συγκεκριμένα, έχουμε τις εξής κατηγορίες: α) τις νευροεκφυλιστικές άνοιες, β) τις αγγειακές άνοιες, γ) τις μεταβολικές άνοιες, δ) τις άνοιες εκ συστηματικών νόσων, ε) τις άνοιες από λοιμώδη νοσήματα και την κατηγορία με τις λεγόμενες στ) «άλλες άνοιες» (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Νευροεκφυλιστικές άνοιες

Ξεκινώντας με τις νευροεκφυλιστικές άνοιες, πρόκειται για άνοιες λόγω σταδιακής εκφύλισης του εγκεφάλου και σε αυτές ανήκουν η νόσος Alzheimer, η νόσος σωματιδίων του Lewy, η μετωποκροταφιακή άνοια, η νόσος του Parkinson και η νόσος του Huntington. Η νόσος Alzheimer ή, διαφορετικά, γεροντική άνοια, που είναι πολύ συχνή στους ηλικιωμένους, οφείλεται στη συσσώρευση, κατά πλάκες (γεροντικές πλάκες), εντός του εγκεφάλου, μιας ουσίας που ονομάζεται β-αμυλοειδές και της τ-πρωτεΐνης, σε συνδυασμό με την παράλληλη αλλοίωση των κυττάρων που συγκροτούν τους εγκεφαλικούς νευρώνες. Η διαδικασία αυτή ξεκινά, συνήθως, από το αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου και τον ασθενή να παρουσιάζει, σε πρώτη φάση, έκπτωση της βραχύχρονης μνήμης του και δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες. Σταδιακά, όμως, προχωρά περαιτέρω, με αποτέλεσμα να κάνουν την εμφάνισή τους έντονα προβλήματα προσανατολισμού στο χώρο, προβλήματα στην εκτέλεση γνωστών ακολουθιών πράξεων, εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, μειωμένη όρεξη για φαγητό, πιο αργός ρυθμός βάδισης και ακράτεια. Τα συμπτώματα, μάλιστα, χειροτερεύουν με την πάροδο του χρόνου, με αποτέλεσμα ο ασθενής, τελικά, να καταλήγει (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Συνεχίζοντας, η νόσος σωματιδίων του Lewy, οφείλεται στη συσσώρευση μιας πρωτεΐνης της α-σινουλεΐνης μέσα στους νευρώνες του εγκεφάλου. Μοιάζει με τη νόσο Alzheimer στην

αρχή, αλλά στη συνέχεια, προχωρά πολύ γρηγορότερα. Ο ασθενής, λοιπόν, εκτός των ως άνω αναφερόμενων συμπτωμάτων, παρουσιάζει και έντονες οπτικές ψευδαισθήσεις, πολύ απότομες εναλλαγές διάθεσης, καθώς και συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που εμφανίζονται στη νόσο του Parkinson (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Η νόσος του Parkinson, από την άλλη, οφείλεται σε σταδιακή απώλεια της λεγόμενης μέλαινας ουσίας από τον μέσο εγκέφαλο. Ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα που γίνονται εμφανή, κυρίως, μέσα από την παρατήρηση της κίνησής του, όπως βραδυκίνησια, αστάθεια βάδισης και τρόμο, αρχικά του ενός άνω ή κάτω άκρου ή και των δύο από την ίδια πλευρά. Παράλληλα, μπορεί να εμφανίσει, συνδυαστικά με τα παραπάνω και έντονες εναλλαγές διάθεσης, ενώ η απώλεια της μνήμης παρουσιάζεται με πιο αργούς ρυθμούς (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Συνεχίζοντας, η μετωποκροταφιακή άνοια προκαλείται από την προσβολή ποικίλων περιοχών του εγκεφάλου. Βασικό σύμπτωμα, στην περίπτωση αυτή, θεωρείται η μη κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά του ασθενή και ακολουθούν συμπτώματα όπως η κατάθλιψη, οι διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών του πάσχοντα (π.χ. διαταραγμένη επεξεργασία πληροφοριών), οι γλωσσικές, καθώς και οι κινητικές του διαταραχές. Ωστόσο, στη συγκεκριμένη νόσο η μνήμη του ασθενή λειτουργεί, τελικά, ικανοποιητικά (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Τέλος, στην κατηγορία αυτή ανήκει και η νόσος του Huntington, η οποία, συνήθως εμφανίζεται σε νεαρές ηλικίες και προσβάλλει το κινητικό κομμάτι του ασθενή, ο οποίος δεν μπορεί να ελέγξει πλήρως, τις κινήσεις των άκρων του. Οι κινήσεις του νοσούντα μοιάζουν, συνήθως, χορευτικές (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Αγγειακές άνοιες

Συνεχίζοντας με τις αγγειακές άνοιες, αυτές προκαλούνται από κάποια δυσλειτουργία του κυκλοφοριακού συστήματος και των αγγείων του εγκεφάλου, τα οποία φράζουν και προκαλούν τη νέκρωση των αντίστοιχων περιοχών. Συνήθως, οι εγκεφαλικές περιοχές που παύουν να λειτουργούν, είναι αυτές που σχετίζονται με τη μνήμη του ασθενή (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Μεταβολικές άνοιες

Οι μεταβολικές άνοιες, από την άλλη, προκαλούνται από παθολογικές ιατρικές καταστάσεις, όπως νεφρική ανεπάρκεια, θυρεοειδοπάθειες κ.ά. Στην περίπτωση αυτή, η απώλεια μνήμης έρχεται τόσο αργά, που ενδέχεται να μη γίνεται αντιληπτή από νωρίς, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα πρόληψης ή καθυστέρησης της πορείας της νόσου (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Άνοιες εκ συστηματικών νόσων

Ακολουθως, οι άνοιες εκ συστηματικών νόσων αφορούν άνοιες που, όπως δείχνει το όνομα της κατηγορίας, προέρχονται από συστηματικές νόσους, νόσους, δηλαδή, που βλάπτουν όλο τον οργανισμό του ασθενούς, όπως η σαρκοείδωση, ο ερυθρωματώδης λύκος, η νόσος Sjogren κ.ά. Αν και, όπως είναι φυσικό, κάθε νόσος από τις προαναφερόμενες είναι διαφορετική, τελικά οι βλάβες στον εγκέφαλο υφίστανται σε κάθε περίπτωση (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Άνοιες από λοιμώδεις νόσημα

Άλλη κατηγορία ανοιών αποτελούν και οι άνοιες που προκαλούνται από λοιμώδη νοσήματα, όπως η νόσος του Lyme, η σύφιλη, η φυματίωση, το AIDS, καθώς και άλλες λοιμώξεις που προκαλούνται από ιούς ή μύκητες. Τα νοσήματα αυτά, εκτός των άλλων συμπτωμάτων που προκαλούν στους ασθενείς, προκαλούν και άνοια, η οποία, μάλιστα, εκδηλώνεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

Άλλες άνοιες

Τέλος, στην κατηγορία «άλλες άνοιες» ανήκουν όλες οι άνοιες που προκαλούνται από άλλες αιτίες, όπως εγκεφαλικοί όγκοι, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κ.ά.

Όποια κι αν είναι η αίτια για να εμφανίσει κάποιος άνοια, όμως, η ασθένεια παραμένει το ίδιο επιβαρυντική για τον πάσχοντα, καθώς και για την οικογένειά του, ειδικά στην περίπτωση που το οικογενειακό περιβάλλον έχει αναλάβει και την καθημερινή φροντίδα του ασθενή (Τσολάκη & Κουντή, 2011).

1.3. Θεραπεία της νόσου

Όσον αφορά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που δέχονται οι ανοϊκοί ασθενείς, με στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν και την καθυστέρηση της γοργής εξέλιξης της νόσου, αυτές μπορεί να είναι φαρμακευτικές, μπορεί, όμως να έχουν και τη μορφή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα, μάλιστα, με τα ερευνητικά δεδομένα, φαίνεται πως και οι δύο μορφές θεραπευτικών παρεμβάσεων (φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές) είναι αποτελεσματικές σε διαφορετικά, όμως, στάδια εξέλιξης της νόσου. Παράλληλα, ο συνδυασμός των δύο φαίνεται πως φέρνει ακόμη καλύτερα αποτελέσματα για τους πάσχοντες και κατ'επέκταση για τα άτομα που τους φροντίζουν.

Ξεκινώντας με τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις, αυτές στοχεύουν, κυρίως, στον έλεγχο ενός μέρους των συμπτωμάτων του ασθενή, επιτρέποντάς του να παραμείνει λειτουργικός για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απολαμβάνοντας μια καλή ποιότητα ζωής με τους δικούς του ανθρώπους. Τα φάρμακα που χορηγούνται στους πάσχοντες είναι κοινά για όλους, αλλά διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο, στο οποίο εκείνοι βρίσκονται. Αναλυτικότερα, στους ασθενείς που βρίσκονται σε ηπιότερα στάδια εξέλιξης της νόσου, χορηγούνται, συνήθως, αναστολείς χολινεστερασών, όπως η donepezil, η galantamine και η rivastigmine. Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα, για τους ίδιους ασθενείς έχουν κυκλοφορήσει, συμπληρωματικά και κάποια διατροφικά συμπληρώματα όπως το «Souvenaid», που φαίνεται να βοηθούν, αρκετά, τη μνημονική τους ικανότητα. Σε ασθενείς, που βρίσκονται σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου, από την άλλη, αποδεικνύεται πιο αποτελεσματική η χορήγηση υποδοχέων N-μεθυλο- α -ασπαρτικού οξέος, όπως η μεματίνη (Εταιρεία Alzheimer Αθηνών, χ.χ.).

Συνεχίζοντας, με τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, αυτές στοχεύουν στη διατήρηση ή/και βελτίωση του νοητικού των ασθενών, αλλά και της λειτουργικότητάς τους, όπως συμβαίνει και με τα φάρμακα που τους χορηγούνται. Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις, όμως, θεωρούνται, από πολλούς πιο ευέλικτες, μιας και μπορούν να προσαρμοστούν, ευκολότερα, σε κάθε ατομική περίπτωση εκδήλωσης της νόσου, ενώ είναι και ελεύθερες παρενεργειών σε σύγκριση με τα φάρμακα. Συνήθως, οι παρεμβάσεις αυτές έχουν τη μορφή ατομικών ή ομαδικών προγραμμάτων, τα οποία διαφοροποιούνται, ανάλογα με τον ασθενή και το στάδιο εξέλιξης της νόσου, στο οποίο βρίσκεται. Στις συγκεκριμένες παρεμβάσεις ανήκει η εφαρμογή ειδικών ασκήσεων νοητικής ενδυνάμωσης, η οποία πρέπει να πραγματοποιείται σε καθημερινή βάση από τους πάσχοντες, η παρακολούθηση προγραμμάτων λογοθεραπείας, με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας με άλλους, καθώς και προγραμμάτων εργοθεραπείας για τη συμπεριφορική

ενεργοποίηση του ασθενή και την εξασφάλιση του μέγιστου δυνατού βαθμού αυτοεξυπηρέτησής του. Παράλληλα, σε αυτή την κατηγορία και με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα ανήκει και η θεραπεία πρόκλησης ευχάριστων αναμνήσεων, όπου οι ασθενείς ενθαρρύνονται, μέσα από την επαφή τους με μία σειρά διαφορετικών ερεθισμάτων, να ανασύρουν από τη μνήμη τους και να μοιραστούν γεγονότα που συνέβησαν στο παρελθόν τους. Πολύ καλά αποτελέσματα φαίνεται ότι έχουν για τους ασθενείς και θεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται σε κάποιο είδος τέχνης, όπως η ζωγραφική και η μουσική, ενώ εξαιρετικά βοηθητική θεωρείται και η συχνή σωματική άσκηση (Εταιρεία Alzheimer Αθηνών, χ.χ.).

Συνεπώς, υπάρχουν τρόποι φαρμακευτικοί ή μη για τη καθυστέρηση ή τη βελτίωση των συμπτωμάτων του πάσχοντα, για κάποιο χρονικό διάστημα. Παρολαυτά, οι παρεμβάσεις αυτές, είτε ανήκουν στο ένα είτε στο άλλο είδος, δε μπορούν να θεωρηθούν ριζική θεραπεία της ασθένειας, γι' αυτό και οι πάσχοντες, άλλοι με αργούς και άλλοι με πιο γρήγορους ρυθμούς θα φτάσουν, αναπόφευκτα, στο τελικό στάδιο της νόσου, όντας αρκετά επιβαρυνμένοι.

2. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ

2.1. Ανακουφιστική φροντίδα: Ιστορική αναδρομή

Η έννοια της φροντίδας υπάρχει, ήδη, από την εμφάνιση του ανθρώπου στη Γη και αποτελεί έννοια οικουμενική. Προσδιορίζει μία ανάγκη, η οποία αναδύεται, όταν άλλες βασικές ανάγκες του ανθρώπου, βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, μένουν ανικανοποίητες (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011). Γίνεται, ουσιαστικά, κατανοητή μέσα από ένα συγκεκριμένο τρόπο ύπαρξης, ο οποίος χαρακτηρίζεται από αρκετές δεσμεύσεις και υποχωρήσεις από την πλευρά του ατόμου που την παρέχει, καθώς και συγκεκριμένες γνώσεις, αλλά και δεξιότητες. Αποτελεί μία μορφή έκφρασης σεβασμού και αγάπης προς το συνάνθρωπο και απαιτεί την επένδυση προσωπικού χρόνου και ενέργειας. Σύμφωνα με τον Mayerof (1971, όπ. ανάφ. στο Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011), όταν ο άνθρωπος παρέχει φροντίδα σε κάποιον άλλο, παρά τη δυσκολία του έργου, στο οποίο εμπλέκεται, νοσηματοδοτεί διαφορετικά τη ζωή του και ωφελείται, τόσο ο ίδιος, όσο και εκείνος που τη λαμβάνει (Schulz & Martire 2004).

Ένας όρος που άρχισε να χρησιμοποιείται σταδιακά, συγκεκριμένα για την φροντίδα ασθενών είναι ο όρος «ανακουφιστική ή παρηγορητική φροντίδα». Ο όρος αυτός προήλθε από την εργασία της Dame Cicely Saunders, τη δεκαετία του 1960, σε ξενώνες της Μεγάλης Βρετανίας, γεμάτους με ασθενείς, που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο. Περιγράφει μία ενεργητική διαδικασία, η οποία στοχεύει στην ανακούφιση του πόνου των πασχόντων, που συνήθως, έχουν διαγνωστεί με σοβαρή και χρόνια νόσο τελικού σταδίου, όπως ο καρκίνος, αλλά και η άνοια (Τσολάκη & Κουντή, 2011· Palacio et al., 2019). Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, η φροντίδα γίνεται κατανοητή ως μία συνειδητή πράξη βοήθειας και στήριξης, που προσφέρεται σε κάθε πάσχοντα, με στόχο τη διατήρηση της αξιοπρέπειας και της ποιότητας ζωής του ασθενή, όσο αυτό είναι δυνατό.

2.2. Φροντιστής: ορισμός και κατηγορίες

Αναπόσπαστο κομμάτι της ανακουφιστικής φροντίδας αποτελεί φυσικά το πρόσωπο που την παρέχει, είτε αυτό συμβαίνει μέσα στο σπίτι είτε μέσα σε κάποια ιδρυματική δομή.

Γενικά ως φροντιστής ορίζεται κάθε αμειβόμενο ή μη αμειβόμενο άτομο από στενό ή ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή, το οποίο αναλαμβάνει τη φροντίδα του (Gok Ugur et al., 2018).

Αναλόγως με το υπόβαθρό του και τη σχέση του με τον ασθενή, ο φροντιστής μπορεί να είναι επίσημος ή ανεπίσημος/άτυπος.

Επίσημος φροντιστής είναι αυτός, ο οποίος έχει εκπαιδευτεί πάνω στο συγκεκριμένο έργο της φροντίδας. Είναι επαγγελματίας και αμείβεται για την παροχή των υπηρεσιών του και την προσφορά φροντίδας στους πάσχοντες. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν, συνήθως, επαγγελματίες που εργάζονται σε νοσοκομεία (π.χ. νοσηλευτές) ή σε κοινωνικές υπηρεσίες (π.χ. ειδικό βοηθητικό προσωπικό σε ειδικά σχολεία), οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους, με απώτερο σκοπό την ανακούφιση του πόνου του ασθενή (Gok Ugur et al., 2018; Santos et al., 2014).

Άτυπος φροντιστής, αντίθετα, είναι ένα άτομο είτε από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή (σύζυγος, μητέρα, γιος ή κόρη, αδελφός/ή), είτε ακόμη κι ένας φίλος ή γείτονας, ο οποίος, εθελοντικά και συνειδητά, προσφέρει τις υπηρεσίες και τη φροντίδα του, λόγω της προσωπικής του σχέσης με τον πάσχοντα και δεν αμείβεται, φυσικά, για την παροχή του αυτή. Ο φροντιστής της κατηγορίας αυτής μπορεί να ζει στο ίδιο σπίτι ή και χωριστά από το άτομο που φροντίζει και μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του είτε σποραδικά, είτε σε βάθος χρόνου και με συστηματικό τρόπο στον πάσχοντα (Gok Ugur et al., 2018; Santos et al., 2014; Schulz & Eden, 2016).

Μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει φανεί ότι η πλειοψηφία (πάνω από 80%) των ατόμων που παρέχουν φροντίδα, είναι άτυποι/ανεπίσημοι φροντιστές και, συνήθως, δεν είναι απλοί φίλοι, αλλά η οικογένεια του ασθενή, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών, να καλύπτεται από συζύγους, τις/τους οποίους ακολουθούν σε σειρά, τα παιδιά των πασχόντων (Rosas-Carrasco et al., 2014; Wolf, 2007). Μόνο ένα μικρό ποσοστό, της τάξης του 20% των ατόμων που παρέχουν φροντίδα αποτελείται, τελικά, από επαγγελματίες υγείας και άρα επίσημους φροντιστές (Rosas-Carrasco et al., 2014). Ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί και το γεγονός, πως και στις δύο κατηγορίες φροντιστών (άτυποι ή επίσημοι), την πλειοψηφία τους αποτελούν γυναίκες, με ηλικίας έναρξης, συνήθως, τα 50 έτη και άνω, κάτι που επιβεβαιώνεται και μέσα από τα ελληνικά δεδομένα (Mougias et al., 2018; Rosas-Carrasco et al., 2014).

Παρόλο που οι φροντιστές, άτυποι ή επίσημοι, παίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία των ασθενών, η παρούσα επικεντρώνεται στους άτυπους φροντιστές, μιας και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμός Υγείας, θεωρούνται κύριο κομμάτι της φροντίδας για τη νόσο, όσο, μάλιστα, θεωρείται και η φαρμακευτική αντιμετώπιση της. Χωρίς τους φροντιστές τους, άλλωστε, πολλοί ασθενείς θα είχαν, πιθανά, καταλήξει σε κάποιο σχετικό ίδρυμα (Stall et al., 2019).

2.3. Ρόλος του άτυπου φροντιστή στην άνοια

Οι περιθάλποντες ασθενών με άνοια καλούνται να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών για τους ανθρώπους τους. Είναι για τον ασθενή, προστάτες, φίλοι, οικογένεια, σύντροφοι, φροντιστές, αλλά, εύκολα, μπορούν από τη μια στιγμή στην άλλη, να αντιμετωπιστούν και ως εχθροί τους, λόγω της συμπτωματολογίας που εμφανίζει η νόσος (Gwyther, 2005). Κάποια από τα τυπικά καθήκοντα που καλούνται να αναλάβουν, είναι η κάλυψη των καθημερινών αναγκών του ασθενή όπως το ντύσιμο, το πλύσιμο, η προετοιμασία του φαγητού, η επικοινωνία με τους γιατρούς του, ενώ σημαντική θεωρείται και η διαχείριση των οικονομικών της οικογένειας, ειδικά αν δεν υπάρχει κάποιο άλλο μέλος που μπορεί να συνεισφέρει για την πληρωμή λογαριασμών, καθώς και για την αγορά ειδών πρώτης ανάγκης κ.ά. (Andren & Elmstehl, 2008). Παράλληλα, ο φροντιστής, εκτός των πρακτικών υποχρεώσεων που καλείται να φέρει εις πέρας καθημερινά, καλείται να καλύψει και το συναισθηματικό κενό του ασθενή συγγενή του, με το να του κρατά συντροφιά και να συζητά μαζί του, παρά την απότομη συμπεριφορά, που ενδέχεται να εμφανίσει και την οποία θα πρέπει να μάθει να διαχειρίζεται με ψυχραιμία, υπομονή και στωϊκότητα (Τσολάκη & Κουντή, 2011). Τέλος, ένα άλλο κομμάτι της φροντίδας, που φέρει μεγάλη ευθύνη είναι και η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή, γεγονός που απαιτεί από τους φροντιστές ειδική γνώση και εκπαίδευση, καθώς και πολλή υπομονή, ειδικά στις περιπτώσεις που ο ασθενής αρνείται να τη λάβει και οι οποίες δεν είναι λίγες (Andren & Elmstehl, 2008). Ταυτόχρονα, σε όλες αυτές τις πράξεις και τις διαδικασίες, οι φροντιστές των ασθενών προσπαθούν, όσο αυτό είναι δυνατό, να συμπεριλαμβάνουν τον πάσχοντα συγγενή τους στη λήψη των αποφάσεων που τον αφορούν. Αυτό γίνεται, συνειδητά από τους ίδιους, με σκοπό να μη νιώσει ο νοσούντας πλήρως εξαρτημένος, παρόλο που στο τέλος, παρουσιάζει ακριβώς αυτή την εικόνα (Rodriguez et al., 2012).

2.4. Συνέπειες της άτυπης φροντίδας στην άνοια

Αντιλαμβανόμενοι, λοιπόν, την πολυπλοκότητα και το βαθμό δυσκολίας και ευθύνης που φέρει η φροντίδα σε ασθενείς με άνοια, γίνεται φανερό γιατί τα άτομα που έχουν αναλάβει το ρόλο αυτό, ενδέχεται να αποτελέσουν και οι ίδιοι, κάποια στιγμή, δευτερογενείς ασθενείς, λόγω του πολύ απαιτητικού έργου που φέρνουν εις πέρας, καθημερινά (Rodriguez et al., 2012; Terayama et al., 2018). Η χρόνια κόπωση που βιώνουν από την αδιάκοπη και εντατική τους ενασχόληση με

τον πάσχοντα συγγενή τους, τους καθιστά, ιδιαίτερα, ευάλωτους για την ανάπτυξη ψυχολογικών και κατ'επέκταση σωματικών προβλημάτων (Boots et al., 2015).

Από τη στιγμή εμφάνισης της ασθένειας, οι φροντιστές βιώνουν έντονα συναισθήματα και εναλλαγές διάθεσης στις οποίες, μάλιστα, καλούνται να προσαρμοστούν με γοργούς ρυθμούς. Αρχικά, λοιπόν, βιώνουν έντονο σοκ, το οποίο γρήγορα, ακολουθεί η θλίψη και ο θρήνος, ο οποίος δεν αφορά, βέβαια, μόνο την απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου, η οποία αναπόφευκτα θα συμβεί, αλλά και τις όλες εκείνες τις ραγδαίες αλλαγές και απώλειες που θα βιώσουν μέσα από τη νέα τάξη πραγμάτων. Συνήθεις αλλαγές που συμβαίνουν, κατά το διάστημα αυτό, στη ζωή τους, αφορούν τον περιορισμό της προσωπικής τους ελευθερίας, μιας και μεγάλο κομμάτι του χρόνου τους αφιερώνεται, πλέον, στην παροχή βοήθειας και στην ενασχόληση με τον πάσχοντα. Άλλες αλλαγές, αποτελούν η συνεχής ανησυχία και αβεβαιότητα για το μέλλον, η υιοθέτηση νέων και απαιτητικών ρόλων, η οικονομική δυσχέρεια, στην οποία ενδέχεται να περιέλθουν, η ενδεχόμενη παραμέληση άλλων διαπροσωπικών τους σχέσεων, η οποία φέρνει συχνές συγκρούσεις, η αποφυγή δραστηριοτήτων, στις οποίες εμπλέκονταν προηγουμένως, κυρίως, λόγω έλλειψης χρόνου και ενέργειας, καθώς και η αντιμετώπιση προβλημάτων στην εργασία τους, λόγω της πίεσης των οικογενειακών υποχρεώσεων.

Στα πρώτα στάδια της ασθένειας, τα προβλήματα μνήμης είναι εκείνα που επηρεάζουν, κυρίως, τη διάθεση των φροντιστών, μιας και ο ασθενής, σταδιακά, θυμάται όλο και λιγότερο τη ζωή του και το παρελθόν του, είτε πρόσφατο είτε μακρινό. Ο περιθάλποντας καλείται, λοιπόν, βίαια να προσαρμοστεί στο νέο του ρόλο, τροποποιώντας, σε μεγάλο βαθμό, τη σχέση με το συγγενή του. Όσο, μάλιστα, περνάει ο καιρός, οι απαιτήσεις της φροντίδας αυξάνονται και η κατάσταση του ασθενή γίνεται ολοένα και πιο δύσκολα διαχειρίσιμη, με αποτέλεσμα να χρειάζεται οι φροντιστές να καταβάλλουν ακόμη μεγαλύτερη προσπάθεια για να φέρουν εις πέρας το ήδη, δύσκολο έργο τους. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ενδέχεται, να έρθουν αντιμέτωποι με ποικίλες δύσκολες συμπεριφορές και ξεσπάσματα του ασθενή, τα οποία είναι λογικό να τους δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα (π.χ. θυμό, ενοχή, ντροπή κ.ά). Τα συναισθήματα αυτά, μάλιστα, καλούνται να διαχειριστούν κατάλληλα και άμεσα, γεγονός που, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, τους πιέζει ακόμη περισσότερο (Τσολάκη & Κουντή).

Μάλιστα, συγκριτικά και με άλλους φροντιστές, οι φροντιστές ασθενών με άνοια, ξοδεύουν πολύ περισσότερο χρόνο καθημερινά στους ασθενείς συγγενείς τους. Για το λόγο αυτό, η συναισθηματική, οικονομική, σωματική και κοινωνική επιβάρυνσή τους είναι τεράστια. Εμφανίζουν, συχνά, κατάθλιψη, παρουσιάζουν φτωχότερη ποιότητα ύπνου, χρόνιο στρες, ευερεθιστότητα, έντονη ματαίωση, καθώς και υψηλό αίσθημα απόγνωσης, μοναξιάς και σωματικής εξάντλησης. Σταδιακά, μάλιστα, εκτός της επιβαρυνμένης ψυχολογικής τους κατάστασης, ενδέχεται να εμφανίσουν και πλήθος σωματικών ασθενειών, όπως καρδιοπάθειες και έντονους πονοκεφάλους, καθώς και χρονιότερες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ιαπωνία από τους Chan κ.ά. (2010), με σκοπό την καταγραφή των εμπειριών των φροντιστών ασθενών με άνοια και τη διερεύνηση των αναγκών τους, φάνηκε ότι, πραγματικά, η παροχή φροντίδας στους συγκεκριμένους ασθενείς, αποτελεί μια ιδιαίτερα απαιτητική και δύσκολη διαδικασία. Πιο συχνές πηγές επιβάρυνσης για τους φροντιστές φάνηκε πως ήταν, σε μεγάλο βαθμό, το μεγάλο χρονικό διάστημα παροχής φροντίδας στους ασθενείς, οι έντονες εναλλαγές διάθεσης που φέρει η ίδια η διάγνωση, οι πολλοί και απαιτητικοί ρόλοι, στους οποίους καλούνται να ανταποκριθούν, καθώς και οι δυσκολίες που φέρει η ίδια η νόσος. Το δείγμα της μετα-ανάλυσης, αποτέλεσαν 27 ανεπίσημοι φροντιστές και η συλλογή των δεδομένων διενεργήθηκε, μέσω προσωπικών συνεντεύξεων μαζί τους.

Παράλληλα, η μελέτη των Tuomola κ.ά. (2016), διερεύνησε τις εμπειρίες των φροντιστών ασθενών με άνοια στη Σιγκαπούρη και τις επιπτώσεις, που αυτές φέρουν στους ίδιους, κυρίως, ως προς τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους. Το δείγμα, αποτελούνταν από 6 γυναίκες συζύγους ασθενών, οι οποίες έδωσαν συνέντευξη στους ερευνητές και οι εμπειρίες που μοιράστηκαν, αναλύθηκαν στην πορεία με ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση. Μέσω αυτής, προέκυψαν κάποια βασικά κοινά ζητήματα που απασχολούν τους φροντιστές ασθενών με άνοια, όπως οι επιπτώσεις της φροντίδας στους ίδιους, αλλά και η ανάγκη απόκτησης ελέγχου πάνω στην όλη αβέβαιη και, διαρκώς, μεταβαλλόμενη κατάσταση που αντιμετωπίζουν. Αναλυτικότερα, φάνηκε πως η φροντίδα του ασθενή, επηρεάζει αρνητικά τη ζωή των φροντιστών στο σύνολό της, μιας και περιορίζει τον ελεύθερο χρόνο τους, ενώ παράλληλα αυξάνει τις υποχρεώσεις τους, με αποτέλεσμα να τους επιβαρύνει συναισθηματικά. Στο πλαίσιο αυτό, οι φροντιστές, συχνά, φάνηκε πως κρατούν παθητική στάση απέναντι στη «χαμένη» ζωή τους, αναλογιζόμενοι πως είναι υποχρέωσή τους ως σύζυγοι, στη συγκεκριμένη περίπτωση, να φροντίζουν με αυταπάρνηση το αγαπημένο τους πρόσωπο.

Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα, φαίνεται πως, όσο εξελίσσεται η νόσος, οι φροντιστές καταβάλλουν ολοένα και μεγαλύτερη προσπάθεια να ανταποκριθούν στις ευθύνες του έργου τους, παραμερίζοντας, συχνά, τις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες, με σκοπό να αφιερωθούν, ολοκληρωτικά, στον πάσχοντα, κάτι που, σε πολλές περιπτώσεις έχει τεράστιες επιπτώσεις και για τους ίδιους, συναισθηματικές και σωματικές.

2.5. Ερευνητικά δεδομένα για τους φροντιστές ανοϊκών ασθενών στην Ελλάδα

Όσον αφορά την κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα, φαίνεται ότι μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξης του 1% των πασχόντων με άνοια βρίσκεται σε σχετικά ιδρύματα. Αυτό, λοιπόν, σημαίνει πως η φροντίδα των ανοϊκών ασθενών στον ελληνικό χώρο, παρέχεται σχεδόν εξ' ολοκλήρου από την οικογένεια του ασθενή στο σπίτι.

Το δεδομένο αυτό, επομένως, σηματοδοτεί την τεράστια και καθημερινή επιβάρυνση των ανθρώπων, που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των ασθενών συγγενών τους (Τριανταφύλλου κ.ά., 2006). Φροντίζοντας, εξάλλου, έναν ασθενή και ειδικότερα συγγενή απαιτεί, όπως έχει ήδη αναφερθεί, πολύ προσωπικό χρόνο, πολλή ενέργεια και πολλή προσπάθεια, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών να αναφέρει χαμηλή ποιότητα ζωής και μεγάλη καταπόνηση, λόγω της φροντίδας. Με την πάροδο του χρόνου, επομένως, οι σωματικά και, πλέον, ψυχολογικά εξουθενωμένοι φροντιστές, είναι φυσικό να παρέχουν και κατώτερης ποιότητας φροντίδα στον πάσχοντα, από τη στιγμή που δεν δύνανται να ανταποκριθούν κατάλληλα στις υποχρεώσεις τους. Αυτό, λοιπόν, έχει ως αποτέλεσμα, πολλοί φροντιστές άθελά τους να αγγίζουν τα όρια της κακοποίησης ή/και παραμέλησης του πάσχοντα (Schulz et al., 2012).

Σε μια προσπάθεια καταγραφής τόσο των αναγκών των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα, όσο και της επιβάρυνσης που βιώνουν, πραγματοποιήθηκε μελέτη συλλογής δεδομένων από φροντιστές ασθενών με άνοια. Εξετάστηκαν συνολικά 172 οικογενειακοί φροντιστές από την Κύπρο. Χορηγήθηκαν, ατομικά, σε όλους τους φροντιστές, που συμμετείχαν στη μελέτη, το ερωτηματολόγιο «Επιβάρυνσης Zarit», αλλά και κλίμακες για τη μέτρηση της κατάθλιψης. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, πως το 68,02% των φροντιστών βιώνει υψηλή επιβάρυνση και το 65% καταθλιπτικά συμπτώματα (Papastavrou et al., 2007).

Για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η παροχή υποστήριξης στους φροντιστές της συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών, τόσο από τον λοιπό οικογενειακό και φιλικό περίγυρο, αλλά και από το ίδιο το κράτος, με την παροχή προγραμμάτων ενίσχυσης, στήριξης και εκπαίδευσής τους, ώστε να συνεχίσουν να παρέχουν, ίσως, με μεγαλύτερη ευκολία, το πολύ δύσκολο έργο τους.

3. ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

3.1. Ορισμός και είδη επιβάρυνσης

Ως επιβάρυνση, θα μπορούσε να οριστεί η στιγμή εκείνη, στην οποία οι φροντιστές αρχίζουν να αντιλαμβάνονται τις επιπτώσεις που φέρει η φροντίδα στη ζωή τους. Ενδεικτικοί τομείς που επηρεάζονται, όπως έχει, ήδη, αναφερθεί είναι η υγεία τους, η κοινωνική τους ζωή και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, η οικονομική τους κατάσταση, καθώς και το γενικότερο συναίσθημα και η διάθεσή τους (Γκοβίνα, 2009).

Διαφορετικά, η επιβάρυνση περιγράφεται από τους ερευνητές και ως μια κατάσταση χρόνιου στρες, όπου τόσο η σωματική, όσο και η ψυχολογική καταπόνησης είναι τεράστια και έχει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες για το άτομο που τη βιώνει.

Πρωτοαναφέρθηκε σαν έννοια, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, γι' αυτό και αποτελεί έννοια που έχει ερευνηθεί αρκετά, κυρίως, στα πλαίσια της οικογενειακής φροντίδας. Περιλαμβάνει, μάλιστα, τόσο υποκειμενικούς παράγοντες, όπως τα αρνητικά συναισθήματα, που έρχονται ως επακόλουθα αυτής, όσο και αντικειμενικούς παράγοντες, όπως ο αυξημένος φόρτος υποχρεώσεων και οι οικονομικές δυσκολίες που την ακολουθούν (Bedard et al., 2000).

Επομένως, η επιβάρυνση, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, διακρίνεται σε «αντικειμενική» και «υποκειμενική».

Η «αντικειμενική επιβάρυνση» επικεντρώνεται σε ό,τι επηρεάζει και επιβαρύνει την καθημερινότητα του φροντιστή σε πρακτικό επίπεδο, κατά τη διαδικασία της φροντίδας, λόγω των συμπεριφορικών αλλαγών του ασθενούς, ενώ η «υποκειμενική επιβάρυνση» αναφέρεται στην ατομική εμπειρία του κάθε φροντιστή για την ίδια τη φροντίδα που παρέχει, καθώς και τα συναισθήματά του απέναντι αυτή.

Σε μεταγενέστερες μελέτες, αντί για την προαναφερόμενη διάκριση της επιβάρυνσης σε «αντικειμενική» και «υποκειμενική», οι ερευνητές προσπάθησαν να κατανοήσουν τις μεταβλητές που εμπλέκονται στη γέννησή της. Ο όρος «επιβάρυνση φροντίδας» χρησιμοποιείται, επομένως, πλέον, με έναν ευρύτερο τρόπο και αναφέρεται στα φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, τα οποία βιώνουν άνθρωποι, που παρέχουν καθημερινή φροντίδα σε χρονίως άρρωστα ή ανήμπορα μέλη, κυρίως, της οικογένειας ή του ευρύτερου συγγενικού τους περιβάλλοντος. Έτσι, μέσα από τη σκοπιά αυτή, η επιβάρυνση γίνεται, πλέον, αντιληπτή ως μία πολυδιάστατη αντίδραση του ατόμου στο ανισοζύγιο των δυσκολιών τη φροντίδας που παρέχει σε σχέση με μία σειρά μεταβλητών, όπως ο ελεύθερος χρόνος του, οι διαπροσωπικές του σχέσεις, η κοινωνική του ζωή, η οικονομική του κατάσταση και το γενικότερο

συναίσθημά τους. Επομένως, οι φροντιστές, οι οποίοι πολύ ξαφνικά στη ζωή τους, καλούνται να αναλάβουν άμεσα πολλαπλές και ολοένα αυξανόμενες ευθύνες, στις οποίες δεν έχουν καν τον απαραίτητο χρόνο να προσαρμοστούν, είναι πολύ πιθανό να βιώσουν μεγάλη συναισθηματική και σωματική επιβάρυνση, ως αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας στο συγγενή τους (Maslach & Zimbardo, 2003)

Πρόκειται, ουσιαστικά, για ένα φαινόμενο, που επηρεάζεται από: α) το πλαίσιο της φροντίδας (π.χ. σχέση με τον συγγενή-ασθενή, ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου κ.ά.), β) το στρες που ακολουθεί της ίδιας τη διαδικασίας της φροντίδας, γ) τους διαθέσιμους προστατευτικούς παράγοντες που μετριάζουν το στρες και τέλος δ) τις συνέπειες της φροντίδας σε όλους τους τομείς της ζωής του φροντιστή.

3.2. Επιβάρυνση και φροντιστής

Μελέτες έχουν δείξει, όπως έχει προαναφερθεί, ότι οι οικογενειακοί φροντιστές ατόμων με άνοια, αναφέρουν ότι βιώνουν αρκετά υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης και, συνεπακόλουθα, αρκετά υψηλά ποσοστά αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα). Ωστόσο, δίνοντας έμφαση στον τρίτο παράγοντα που επηρεάζει το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών και αναφέρθηκε παραπάνω, σχετικά με τους διαθέσιμους πόρους του ατόμου για τη μείωση του κόστους της φροντίδας, φαίνεται πως δεν τους διαθέτουν όλοι οι φροντιστές στον ίδιο βαθμό. Υπάρχουν φροντιστές που είναι σε θέση αναρρώσουν από τα αρνητικά επακόλουθα της φροντίδας και να προσαρμοστούν, ευκολότερα, στις νέες συνθήκες. Αυτοί, συνήθως χαρακτηρίζονται και ως «ανθεκτικοί». Επομένως, μια μεταβλητή, που θα μπορούσε να έχει προστατευτική επίδραση στην υγεία των φροντιστών, μετριάζοντας το κόστος της επιβάρυνσης στη ζωή τους, είναι η «ψυχική ανθεκτικότητα», η οποία και αναλύεται παρακάτω (Saria et al., 2017).

4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

4.1. Ορισμός και βασική συμπτωματολογία της διαταραχής

Κατά διαστήματα, η πεσμένη διάθεση ενός ατόμου, αποτελεί μία φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση. Όταν, όμως, τα καταθλιπτικά συμπτώματα επιμένουν και δεν υποχωρούν με το χρόνο, τότε είναι πιθανό να υπάρχει κατάθλιψη. Ο καθένας, κάποια στιγμή, ανάλογα με τα γεγονότα και τις καταστάσεις που έρχεται αντιμέτωπος στη ζωή του, μπορεί να εκδηλώσει κατάθλιψη ή καταθλιπτικά συμπτώματα, βαρύτερα ή ηπιότερα (Ευσταθίου κ.ά., 2020).

Ο όρος «κατάθλιψη», όμως, αναφέρεται σε μια συναισθηματική διαταραχή (διαταραχή διάθεσης), που επηρεάζει όλους τους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Διαγιγνώσκεται, όταν ένα άτομο εκδηλώνει επίμονα πεσμένη ή καταθλιπτική διάθεση για μεγάλο χρονικό διάστημα, ανηδονία, αισθήματα ενοχής ή αναξιότητας, μειωμένη ενέργεια στην καθημερινότητά του, δυσκολίες στη συγκέντρωση, αλλαγές στην όρεξη και στο μοτίβο ύπνου του, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή, αντίθετα, διέγερση και/ή αυτοκτονικό ιδεασμό (Ευσταθίου κ.ά., 2020). Πιο συγκεκριμένα, παρότι η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλώνεται διαφορετικά, ανάλογα τον άνθρωπο, εντούτοις στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα συνήθη συμπτώματα, που εμφανίζει η «Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή» είναι, σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του σύγχρονου ταξινομικού συστήματος DSM-IV:

Α. Πέντε ή περισσότερα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα κατά τη διάρκεια 2 τουλάχιστον εβδομάδων και ένα από τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι:

- 1) Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, ή
- 2) Απώλεια ευχαρίστησης για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, και
 - Σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους ή όρεξης
 - Αϋπνία ή υπερϋπνία
 - Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
 - Υπερβολική κόπωση ή απώλεια ενέργειας
 - Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολικής και απρόσφορης ενοχής
 - Αδυναμία συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε ημέρα
 - Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, με ή χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο

Β. Τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση στον άνθρωπο ή σημαντική έκπτωση σε ποικίλους τομείς της λειτουργικότητάς του.

Γ. Τα συμπτώματα δεν πρέπει να οφείλονται στη δράση κάποιας ουσίας ή σε οποιαδήποτε γενική ιατρική κατάσταση του ατόμου και δεν εξηγούνται λόγω πένθους.

Δ. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα ως σχιζοσυναισθηματική ή σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, σχιζοφρένεια, παραληρητική διαταραχή, ή κάποια άλλη ψυχωσική διαταραχή.

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, επομένως, αποτελεί σοβαρή κλινική διάγνωση, η οποία πραγματοποιείται, συνήθως, μέσα από προσεκτική λήψη του κλινικού ιστορικού του ασθενή και την εξέταση της ψυχικής του κατάστασης από ειδικό ψυχικής υγείας. Στην πολύ βαριά της μορφή, ακόμη και κάτι πολύ απλό, όπως το να περάσει κανείς, απλώς, την ημέρα του, μπορεί να φαίνεται εξαιρετικά δύσκολο στο άτομο, που το βιώνει, με αποτέλεσμα να σκέφτεται να δώσει τέλος στη ζωή του (Ευσταθίου κ.ά., 2020).

4.2. Αιτιολογία της διαταραχής

Η αιτιολογία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής θεωρείται ότι οφείλεται στην αλληλεπίδραση βιολογικών, γενετικών, περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Πιο αναλυτικά, έρευνες που έχουν γίνει σε διδύμους, μονοζυγώτες και διζυγώτες, επιβεβαιώνουν το γενετικό υπόβαθρο της διαταραχής, ενώ το εύρημα αυτό ενισχύεται και από μελέτες που δείχνουν, συστηματικά, πως ο κίνδυνος νόσησης από κατάθλιψη για συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά), ασθενών με διαγνωσμένη «Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή», είναι τριπλάσιος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Ευθυμίου, 2002).

Όσον αφορά τους βιολογικούς μηχανισμούς που έχει αποδειχθεί ότι εμπλέκονται, σταθερά, στην εμφάνιση της διαταραχής, φαίνεται πως αυτοί σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών (σερετονίνη, νοραδρεναλίνη, ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη, ακετυλοχολίνη) σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου (μεταιχμιακό σύστημα), καθώς και με νευροενδοκρινικά προβλήματα, όπως διαταραγμένα επίπεδα οιστρογόνων, τεστοστερόνης ή/και κορτιζόλης στο αίμα. Τα χαμηλά επίπεδα των συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών επηρεάζουν το συναίσθημα που εκδηλώνει κανείς σε ό,τι συμβαίνει, ενώ νευροενδοκρινικά προβλήματα, μπορεί να οδηγήσουν, επίσης, σε αλλαγές στη διάθεση και το συναίσθημα (Ευθυμίου, 2002).

Τέλος, κοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες, όπως οι χαμηλές οικονομικές απολαβές, περιορισμένες κοινωνικές επαφές ή περιορισμένο υποστηρικτικό δίκτυο, καθώς και άλλοι σοβαροί, στρεσογόνοι παράγοντες και τραυματικά γεγονότα ζωής, όπως οι οποιασδήποτε μορφής, απώλειες, ο χωρισμός ή το διαζύγιο, η εμφάνιση κάποιας ασθένειας, αλλά και η αναγκαστική και βίαιη προσαρμογή του ανθρώπου σε αυτές τις συνθήκες, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της εμπλοκής του ατόμου στη φροντίδα ενός πάσχοντα συγγενή του, μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση κατάθλιψης (Ευσταθίου κ.ά., 2020).

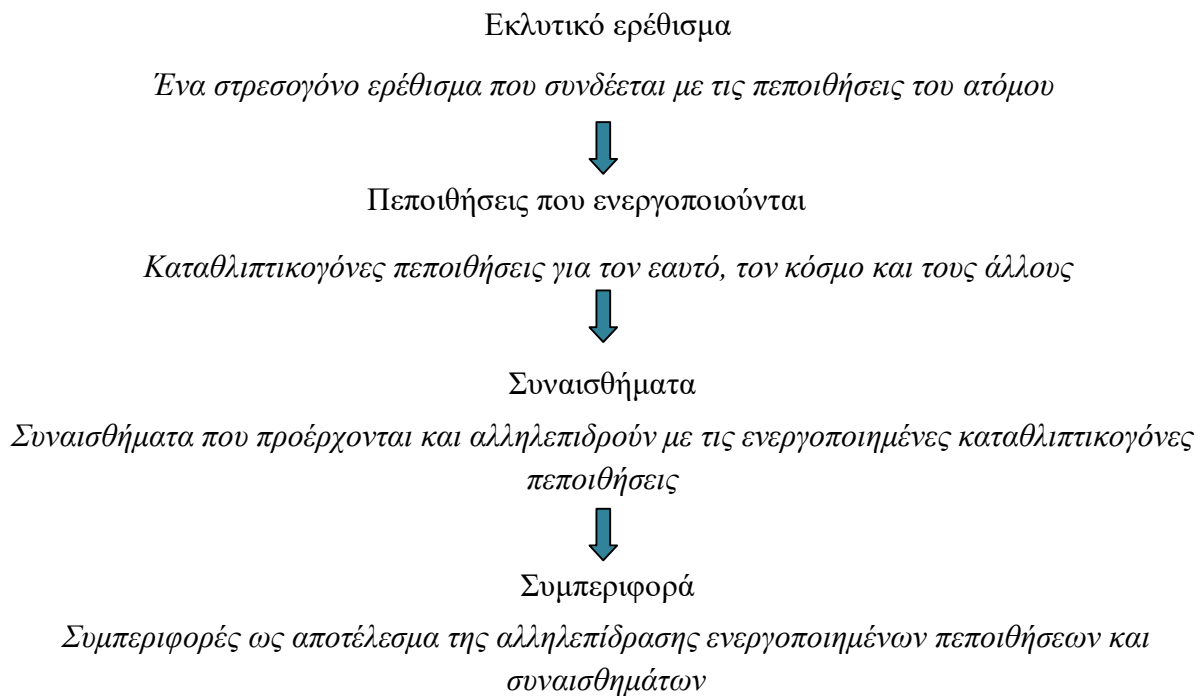
Επομένως, φαίνεται πως στην αιτιολογία της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, κυριαρχεί ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο, κληρονομείται μια ευαλωτότητα για την εμφάνιση της νόσου, η οποία θα εκδηλωθεί, εάν επιδράσουν και άλλοι παράγοντες (ψυχολογικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί).

4.3. Γνωσιακό μοντέλο ερμηνείας της κατάθλιψης κατά Beck

Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο ερμηνείας της κατάθλιψης του Beck, το εργαλείο του οποίου χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα για τη μέτρηση της κατάθλιψης, η διαταραχή επηρεάζει κυρίως τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται ο άνθρωπος, ο οποίος στη συνέχεια επηρεάζει το συναίσθημα και συνεπακόλουθα τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται (Σχήμα 1.)

Πιο συγκεκριμένα, το περιεχόμενο της σκέψης του ανθρώπου μονοπωλείται από αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, ο οποίος γίνεται αντιληπτός ως ανεπαρκής και ανάξιος από αρνητικές σκέψεις για τον κόσμο που, συνήθως, νοείται ως απορριπτικός προς το άτομο και από αρνητικές σκέψεις για το μέλλον, το οποίο παρουσιάζεται ζοφερό και μάταιο, χωρίς ελπίδα και πιθανότητες ανατροπής (γνωσιακή καταθλιπτική τριάδα) (Ευθυμίου, 2002). Παράλληλα, η σκέψη του ατόμου χαρακτηρίζεται από αλλεπάλληλα διεργασιακά λάθη, δηλαδή η σκέψη περνάει από φίλτρα, μέσα από τα οποία ο άνθρωπος εξηγεί ό,τι συμβαίνει γύρω του, τα οποία χαρακτηρίζονται ως αρνητικά προκατειλημμένα και μονοδιάστατα. Ενδεικτικά παραδείγματα τέτοιων λαθών είναι τα αυθαίρετα συμπεράσματα, στα οποία στηρίζεται η σκέψη του ατόμου και τα οποία δε βασίζονται σε αντικειμενικά γεγονότα της πραγματικότητας π.χ. *«Αν οι άλλοι διαφωνούν μαζί μου, σημαίνει ότι δεν είμαι καλός»*, η διπολική σκέψη (σκέψη άσπρο-μαύρο) π.χ. *«Είτε είμαι απόλυτα επιτυχημένος, είτε πλήρης αποτυχία»*, οι γενικεύσεις μεμονωμένων αρνητικών περιστατικών π.χ. *«Όλοι οι άνδρες θέλουν να σε κοροϊδέσουν»* κ.ά. (Ευθυμίου, 2002).

Σχήμα 1.



4.4. Κατάθλιψη και φροντιστές

Η βοήθεια ενός ατόμου με διαγνωσμένη άνοια, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το συναίσθημα του ανθρώπου που έχει αναλάβει τη φροντίδα του, όπως αναφέρεται και παραπάνω. Γενικώς, πολλές μελέτες ανά τα χρόνια, έχουν δείξει ότι οι άτυποι φροντιστές διαγιγνώσκονται συχνότερα με κλινική κατάθλιψη, αλλά και ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, που δεν φροντίζει κάποιον συγγενή με χρόνια νόσο.

Τα ως άνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από νεότερες μελέτες. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της, σχετικά πρόσφατης, ποσοτικής μελέτης των Kršnkova και Zelenkova (2018), η οποία είχε ως στόχο να προσδιορίσει τη σχέση μεταξύ επιβάρυνσης και κατάθλιψης σε φροντιστές ασθενών με άνοια, φαίνεται πως η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα κινδυνεύει να νοσήσει από κατάθλιψη, λόγω της επιβάρυνσης που βιώνει. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από δείγμα 100 φροντιστών ασθενών με άνοια, οι οποίοι προήλθαν από το γενικό πληθυσμό και συμπλήρωσαν ένα πλήθος τυποποιημένων ερωτηματολογίων, συμπεριλαμβανομένης και της «Κλίμακας κατάθλιψης» του Beck.

Παράλληλα, στην πολύ πρόσφατη αναδρομική μελέτη που διενεργήθηκε από τους Melissa, Titler και Hoffman (2024) συγκρίθηκαν 16.650 ηλικιωμένοι με συντρόφους χωρίς άνοια και άλλοι τόσοι ηλικιωμένοι με συντρόφους που είχαν διαγνωσθεί με άνοια εντός 2 ετών ή και νωρίτερα ως προς τα συμπτώματα κατάθλιψης που εμφάνιζαν. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα των φροντιστών αξιολογήθηκαν με την «Κλίμακα κατάθλιψης CES-D». Φάνηκε, λοιπόν, ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία των συντρόφων-φροντιστών των πασχόντων με άνοια αυξήθηκε κατά 27%, ενώ σε εκείνους, των οποίων οι σύντροφοι είχαν διαγνωσθεί παλαιότερα χρονικά με τη νόσο, τα συμπτώματα κατάθλιψης αυξήθηκαν κατά 33% περισσότερο, σε σύγκριση με τους μη φροντιστές.

5. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

5.1. Ιστορική αναδρομή θεώρησης της έννοιας του συναισθήματος και βασικοί ορισμοί

Προτού συνεχίσουμε, είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί και η έννοια των συναισθημάτων, θετικών και αρνητικών, για τα οποία θα γίνει λόγος και παρακάτω σχετικά με τη σύνδεσή τους με τα χαρακτηριστικά και την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, μέσα στο πλαίσιο της Θετικής Ψυχολογίας.

Κάνοντας, λοιπόν, μια ιστορική αναδρομή και ερχόμενοι σταδιακά προς το σήμερα, η έρευνα γύρω από τα συναισθήματα και τη λειτουργία τους έχει ξεκινήσει, ήδη, από την αρχαιότητα, με κύριους εκπροσώπους τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τον Πλάτωνα η ανθρώπινη ψυχή αποτελείται από τρία μέρη, τα οποία θα πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία: το «λογιστικόν», το οποίο αφορά τις σκέψεις του ανθρώπου, το «θυμοειδές», που αφορά τα συναισθήματα και το «επιθυμητικόν», που αφορά τις επιθυμίες και τα κίνητρά του. Το «θυμοειδές», λοιπόν, κατά τον Πλάτωνα συνδέεται άρρηκτα με τη σκέψη (λογιστικόν) και γι' αυτό το λόγο θεωρούνταν, κατά μία έννοια, γνωστικό. Το ίδιο, μάλιστα, υποστηρίζει και ο Αριστοτέλης, ο οποίος στο έργο του «Περί Ψυχής» χωρίζει την ανθρώπινη ψυχή σε δύο μέρη: το ορθολογικό και το μη ορθολογικό.

Συνεχίζοντας, όμως, ανά τα χρόνια και φτάνοντας στον 19ο αιώνα, οπότε και τα συναισθήματα γίνονται αντικείμενο συστηματικής επιστημονικής έρευνας και διαχωρίζονται από τη φιλοσοφία, ο Lazarus (1991, όπ. ανάφ. στο Ευθυμίου, 2002) ήταν αυτός, που σε αντίθεση με τις πρώτες θεωρήσεις περί συναισθήματος, οι οποίες συνέδεαν το συναίσθημα με σωματικές αποκρίσεις, εισήγαγε μία γνωσιακή διάσταση σε αυτό, ερχόμενος σε συμφωνία με τους αρχαίους. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Lazarus (1991, όπ. ανάφ. στο Ευθυμίου, 2002) αυτό που δίνει σε ένα οποιοδήποτε περιβαλλοντικό ερέθισμα συναισθηματική χροιά είναι το προσωπικό νόημα που αποδίδεται στο ερέθισμα αυτό από τον άνθρωπο (γνωστική εκτίμηση). Η διαφοροποίηση, επομένως, των συναισθημάτων που βιώνει κανείς σε παρόμοιες συνθήκες, εξαρτάται από την αιτία, στην οποία θα αποδώσει τη σωματική του διέγερση π.χ. κάποιος που θα ερμηνεύσει τη σωματική του κινητοποίηση ως αποτέλεσμα μιας αρκούδας που τον κυνηγάει, τότε το συναίσθημα που θα νιώσει, θα είναι ο φόβος (Ευθυμίου, 2002).

Έκτοτε έχουν καταγραφεί πολυάριθμες μελέτες και σειρές πειραμάτων σχετικά με τα συναισθήματα, τον ορισμό τους, τις διαστάσεις, τη λειτουργία που εξυπηρετούν, καθώς και τον τρόπο που αναπτύσσονται. Μια θεώρηση που αξίζει να σημειωθεί, λοιπόν, είναι αυτή του

Plutchik (2001), ο οποίος έδωσε μια ψυχολογική διάσταση στην έννοια του συναισθήματος. Αναλυτικότερα, θεωρεί το συναίσθημα ως μία αλυσίδα γεγονότων, η οποία δημιουργείται, αρχικά, από ένα απλό ερέθισμα, το οποίο με τη σειρά του προκαλεί συγκεκριμένα αισθήματα, συγκεκριμένη συμπεριφορά και συγκεκριμένες ψυχολογικές αλλαγές. Με πιο απλά λόγια, αποτελούν αντιδράσεις σε σημαντικά γεγονότα και ενεργοποιούν συγκεκριμένες δράσεις-συμπεριφορές (Plutchik, 2001). Η ρίζα, μάλιστα, της λέξης, έτσι όπως αυτή είναι δοσμένη στα αγγλικά με τον όρο «emotion» είναι λατινική και προέρχεται από το ρήμα «motere», που σημαίνει κινώ, υποδηλώνοντας μία εξ'ορισμού τάση για δράση.

Κατά καιρούς, επομένως, φαίνεται πως έχει δοθεί έμφαση σε διαφορετικές πλευρές της έννοιας και έχουν υποστηριχθεί ποικίλοι ισχυρισμοί, με πιο πρόσφατους τους ισχυρισμούς της Barrett (2017), η οποία έχει διατυπώσει μία κονστρουκτιβιστική θεωρία για την προέλευση των συναισθημάτων. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη συγκεκριμένη θεωρία, τα συναισθήματα περιγράφονται ως γνωστικές ευρείες κατασκευές του εγκεφάλου, οι οποίες νοηματοδοτούν τόσο τις σωματικές μας αισθήσεις όσο και ό,τι συμβαίνει στο περιβάλλον γύρω μας, δίνοντας ένα αρνητικό ή θετικό πρόσημο. Το τελευταίο καθορίζεται με βάση την προηγούμενη εμπειρία του ανθρώπου, κάτι που σημαίνει ότι δεν μπορεί κανείς να νιώσει κάτι, το οποίο του είναι παντελώς άγνωστο. Παράλληλα, κάτι πολύ σημαντικό, που τονίζει η συγκεκριμένη θεωρία και έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες θεωρίες, είναι πως δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου, στην οποία εντοπίζονται τα συναισθήματα, αλλά φαίνεται πως γενικά στον εγκέφαλό μας για συγκεκριμένα συναισθήματα υπάρχουν κάποια γενικά πρότυπα ενεργοποίησης (Barrett, 2017).

Επομένως, ένας συνδυασμός των όσων προαναφέρθηκαν θα μπορούσε να καταλήξει στο συμπέρασμα πως το συναίσθημα αποτελεί ενεργό αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων στοιχείων, όπως το υποκειμενικό αίσθημα/εμπειρία, οι σωματικές αλλαγές, η συμπεριφορά και οι γνωστικές λειτουργίες (Ευθυμίου, 2002). Ωστόσο, κοινός ορισμός δε φαίνεται να υπάρχει, παρόλο που από τις παραπάνω θεωρήσεις φαίνεται πως όλα όσα προαναφέρθηκαν, ίσως, παίζουν κάποιο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται και εκφράζονται τα συναισθήματα, με κυριότερη την πρόσφατη θεώρηση της Barrett (2017).

5.2. Θετικά και Αρνητικά συναισθήματα

Παραδοσιακά και σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, έχει φανεί πως δύο είναι οι σταθερές διαστάσεις που αποδίδονται στα συναισθήματα: α) η ευχαρίστηση-δυσφορία και β) το επίπεδο διέγερσης. Δίνοντας έμφαση στην πρώτη διάσταση, τα συναισθήματα, υπάρχει η τάση να διαχωρίζονται σε θετικά και αρνητικά.

Ξεκινώντας, λοιπόν, ήδη, από τη δεκαετία του 1960 ο Ekman έκανε λόγο για 6-7 βασικά συναισθήματα: θυμός, φόβος, χαρά, λύπη, έκπληξη και αηδία και/ή περιφρόνηση) (Ευθυμίου, 2002). Τα συναισθήματα, λοιπόν, αυτά στην πορεία άρχισαν να διαχωρίζονται, εκτός των άλλων κατηγοριοποιήσεων τους, σε αρνητικά και θετικά, ανάλογα με την υποκειμενική αίσθηση του ανθρώπου γι' αυτά. Αυτό σημαίνει πως στις περιπτώσεις που η υποκειμενική αίσθηση του ατόμου είναι δυσάρεστη, κάνουμε λόγο για αρνητικά συναισθήματα, ενώ στις περιπτώσεις που η ατομική αίσθηση είναι ευχάριστη, κάνουμε λόγο για θετικά συναισθήματα. Σύμφωνα με τους Fredrickson και Levenson (1998) αρνητικά συναισθήματα βιώνει κάποιος που ερμηνεύει το περιβάλλον του ως απειλητικό, με αποτέλεσμα να ενεργοποιούνται οι κατάλληλοι μηχανισμοί που θα βοηθήσουν τον άνθρωπο να αντιμετωπίσει τον πιθανό κίνδυνο. Αντίθετα, θετικά συναισθήματα βιώνει κανείς, όταν ερμηνεύει το περιβάλλον, στο οποίο βρίσκεται ως ασφαλές και οικείο, με αποτέλεσμα να ενδυναμώνεται ο άνθρωπος με σημαντικούς πόρους για τη ζωή του.

Οι Watson και Tellegen (1985), των οποίων η κλίμακα για τη μέτρηση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα, επίσης διαχωρίζουν τα συναισθήματα σε θετικά και αρνητικά και τα τοποθετούν σε δύο ανεξάρτητους άξονες (μοντέλο PANA). Στο συγκεκριμένο μοντέλο, ο κάθετος άξονας αφορά τα θετικά συναισθήματα και ο οριζόντιος τα αρνητικά. Η κορυφή κάθε άξονα σηματοδοτεί συναισθηματική διέγερση, θετική ή αρνητική, ενώ το σημείο έναρξης υποδηλώνει απουσία της. Τα θετικά συναισθήματα υποδηλώνουν ενέργεια και διάθεση για τη ζωή, ενώ τα αρνητικά υποδηλώνουν κάποια μορφή δυσaréσκειας ή/και αναστάτωση του ατόμου (Watson & Tellegen, 1985).

Με τον διαχωρισμό αυτό, συμφωνεί και άλλη θεωρία, σύμφωνα με την οποία ως θετικό χαρακτηρίζεται οποιοδήποτε συναίσθημα προκαλεί ευχαρίστηση στο άτομο ψυχική και σωματική, ενώ ως αρνητικό χαρακτηρίζεται κάθε συναίσθημα που ενεργοποιεί το συμπαθητικό σύστημα, κάτι που υποδηλώνει προετοιμασία του σώματος για επερχόμενο κίνδυνο. Με τον διαχωρισμό αυτό, συμφωνεί σε ένα πιο γενικό πλαίσιο και η πιο πρόσφατη θεώρηση των συναισθημάτων της Barrett (2017), η οποία περιγράφηκε εκτενώς παραπάνω και σύμφωνα με την οποία τα συναισθήματα έχουν κάποια γενικά πρότυπα, θετικά ή αρνητικά.

Συνοψίζοντας, δεν υπάρχει μία ξεκάθαρη και ενιαία κατηγοριοποίηση των συναισθημάτων, αν και φαίνεται οι περισσότεροι ερευνητές να έρχονται σε συμφωνία όσον αφορά το θετικό και αρνητικό πρόσημο που κάποια από αυτά λαμβάνουν.

6. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

6.1. Ιστορική αναδρομή της έννοιας

Η έρευνα γύρω από την ανθεκτικότητα ξεκινά τη δεκαετία του 1970, οπότε και πολλοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι αρκετά παιδιά, τα οποία μεγάλωναν σε αντίξοες συνθήκες, όπως ακραία φτώχεια ή/και κακοποιητικά οικογενειακά περιβάλλοντα, σημείωσαν μία φυσιολογική ανάπτυξη και δεν εξελίχθηκαν, απαραίτητα, σε δυσκολεμένους ενήλικες παρά την ύπαρξη των σχετικών παραγόντων κινδύνου. Τα παιδιά αυτά, χαρακτηρίστηκαν ως «άτρωτα», ενώ ο όρος που επικράτησε στην πορεία, ήταν ο όρος «ανθεκτικά». Ορόσημο των ερευνών που διεξήχθησαν ανά τα χρόνια, με παρόμοια αποτελέσματα, αυτή τη φορά στο πλαίσιο της προσαρμογής και αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας, αποτέλεσε και η έρευνα της Emily Caunders, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980. Η συγκεκριμένη έρευνα, έδειξε πως ορισμένοι ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο, κυρίως καρκίνο του παχέος εντέρου και οι οποίοι επέζησαν από την ασθένεια, παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ανάπτυξης και, μετά τη νόσο, είχαν νοσηματοδοτήσει εκ νέου τη ζωή τους. Με άλλα λόγια, παρουσίαζαν πολλά χαρακτηριστικά, παρόμοια με αυτά που παρουσιάζουν, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι χαρακτηριζόμενοι ως «ψυχικά ανθεκτικοί» άνθρωποι (Palacio et al., 2019).

Η μελέτη της έννοιας της ανθεκτικότητας, έκτοτε, προσεγγίζεται μέσα από τέσσερις φάσεις ερευνών (Richardson, 2002). Η πρώτη φάση ερευνών, επικεντρώνεται στους παράγοντες, που οδηγούν τους ανθρώπους να «ανακάμπτουν» μετά από τραυματικά γεγονότα. Η δεύτερη φάση, έδωσε έμφαση στους τρόπους με τους οποίους, μπορεί κάποιος να την αποκτήσει, προσεγγίζοντας την ψυχική ανθεκτικότητα ως εξελισσόμενη διαδικασία, παρά ως εγγενές χαρακτηριστικό των ανθρώπων. Η τρίτη φάση, αργότερα, ανέδειξε συμπληρωματικά και τα έμφυτα χαρακτηριστικά των ανθρώπων, μέσα από τα οποία αναπτύσσεται, αφού βέβαια, έλθουν σε επαφή με τις κατάλληλες συνθήκες, ενώ με την τέταρτη φάση, η ψυχική ανθεκτικότητα προσεγγίζεται μέσα από τον κλάδο της Θετικής ψυχολογίας, στο πλαίσιο της χρόνιας ασθένειας και φροντίδας (Richardson, 2002).

6.2. Ορισμός της έννοιας

Η έννοια της ανθεκτικότητας, όπως φάνηκε μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα δεν είναι νέα, αν και ο ακριβής ορισμός της παραμένει πρόβλημα, μιας και έχουν γίνει πολυάριθμες προσπάθειες με το σκοπό αυτό από την επιστημονική κοινότητα, κατά διαστήματα.

Ετυμολογικά, ο όρος "ανθεκτικότητα" προέρχεται από το λατινικής προέλευσης ρήμα "resilire", που σημαίνει "ανακάμπτω".

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στη σύνδεση της έννοιας της ανθεκτικότητας με τη θετική προσαρμογή του ατόμου μπροστά σε μια αντιξοότητα. Ωστόσο, διχάζονται σε άλλα σημεία, όπως στο, αν πρόκειται για μια εξελισσόμενη διαδικασία ή είναι αποτέλεσμα, απλά, της έκθεσής του σε κάποιο τραυματικό γεγονός. Ακόμη, υπάρχει διχογνωμία σχετικά με τη φύση της. Για άλλους ερευνητές η ανθεκτικότητα αποτελεί έμφυτο χαρακτηριστικό του ανθρώπου, ενώ άλλοι κάνουν λόγο για μία διαδικασία που συνεχώς αναπτύσσεται, αναλόγως των συνθηκών. Παράλληλα, διαφορετικοί ορισμοί δίνουν έμφαση και σε διαφορετικές διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας, με αποτέλεσμα να έχει φτάσει η επιστημονική κοινότητα, ακόμη και στο σημείο αμφισβήτησης της χρησιμότητας της έννοιας (Luthar et al., 2000). Πιο συγκεκριμένα, σε άλλους ορισμούς η ανθεκτικότητα παρουσιάζεται ως αντίσταση στην αποδιοργάνωση που, τυχόν, δημιουργεί οποιοδήποτε τραύμα ή δυσκολία, ενώ σε άλλους παρουσιάζεται ως επιστροφή του ατόμου στην πρότερη λειτουργικότητά του, η οποία και ανισορρόπησε μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός. Άλλοι, πάλι, ορισμοί δίνουν στην ανθεκτικότητα την έννοια της ανασυγκρότησης δυνάμεων με την αντιμετώπιση ενδεχόμενης απειλής.

Ξεκινώντας από τη δεκαετία του '90, ο Rutter (1999) όρισε την ανθεκτικότητα ως αντίσταση στον κίνδυνο, προσεγγίζοντάς την ως διαδικασία, ενώ την ίδια χρονιά, οι Hunter και Chandler (1999), προσδιόρισε την έννοια, μέσα από ένα συνεχές, όπου στη μία άκρη βρίσκεται η χαμηλή ανθεκτικότητα, ενώ στο άλλο η υψηλή ανθεκτικότητα και επομένως, οι άνθρωποι που βρίσκονται είτε στο ένα είτε στο άλλο άκρο, διαθέτουν πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά.

Στα νεότερα χρόνια, σύμφωνα με διαφορετικό ορισμό, η ανθεκτικότητα, σε συμφωνία με προηγούμενους ορισμούς, αποτελεί δυναμική διαδικασία, η οποία, εδώ, επιτρέπει στο άτομο να προσαρμοστεί, επιτυχώς, σε σοβαρές δυσκολίες, που μπορεί να εμφανιστούν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του (Rutten et al., 2013). Επομένως, δίνεται, πλέον, έμφαση στην έννοια ως προσαρμογή του ατόμου σε μια κατάσταση που θεωρείται απειλητική.

Σε παρόμοιο πλαίσιο, κινείται και ο ορισμός που έχει δοθεί από την Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία (2014, σ.1), σύμφωνα με την οποία, η ανθεκτικότητα είναι *«η διαδικασία της καλής προσαρμογής μπροστά στις αντιξοότητες και το τραύμα ή ακόμη μπροστά σε σημαντικές πηγές άγχους»*.

Από την άλλη, ένας από τους πιο πρόσφατους ορισμούς της έννοιας, σύμφωνα με την Hwang κ.ά. (2017), περιγράφει, πλέον, την ανθεκτικότητα, ως έμφυτη ικανότητα του ανθρώπου να ξεπερνά τις αντιξοότητες και να ενδυναμώνεται μέσα από αυτές.

Σύμφωνα με άλλους συγγραφείς, όπως η Bonanno (2004, όπ. ανάφ. στο Palacio et al., 2019), η ανθεκτικότητα, ορίζεται, επίσης, ως ικανότητα, αλλά ικανότητα των ενηλίκων, οι οποίοι, έπειτα από ένα εξαιρετικά τραυματικό γεγονός για τους ίδιους, όπως η απώλεια, καταφέρνουν και διατηρούν την πρότερη λειτουργικότητά τους και μπορούν να αναπτυχθούν περαιτέρω και να ευδοκιμήσουν, τελικά, παρά το συγκεκριμένο συμβάν. Υπό την έννοια αυτή, η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί θετικό μηχανισμό αλλαγής, που αποκτά κανείς με την πάροδο του χρόνου, και θεωρείται προστατευτικός απέναντι στην πίεση που, ενδέχεται κανείς να βιώσει από ποικίλα στρεσογόνα και απειλητικά γεγονότα (Mancini & Bonanno, 2006). Επομένως, βασικό σημείο διαφοροποίησης του συγκεκριμένου ορισμού με τους προηγούμενους είναι ότι, ακόμη και τα άτομα με υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας, μπορεί να επηρεαστούν για κάποιο χρόνο από κάποιο τραυματικό γεγονός και να ανισορροπήσουν. Ωστόσο, αυτό δε σημαίνει πως επηρεάζεται αρνητικά η γενικότερη ικανότητά τους να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε άλλους τομείς της ζωής τους.

Στην πραγματικότητα, βέβαια, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, η ανθεκτικότητα είναι πιο πιθανό να εμφανίζεται σε διαφορετικό βαθμό και σε διαφορετικές εκφάνσεις της ζωής του ανθρώπου, παρά να είναι σταθερά παρούσα σε κάθε δύσκολη συνθήκη, στην οποία εκτίθεται (Pietrzak & Southwick, 2011). Για παράδειγμα, ένα άτομο που προσαρμόζεται εύκολα στο στρες της εργασίας, μπορεί να μην προσαρμόζεται επαρκώς στις διαπροσωπικές του σχέσεις και το αντίστροφο. Αυτό σημαίνει, πως η ανθεκτικότητα αποτελεί μία ευμετάβλητη ικανότητα του ατόμου, που αλλάζει ανάλογα με την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του, αλλά και τα χαρακτηριστικά του ίδιου (Kim-Cohen & Turkewitz, 2012).

6.3. Διαστάσεις ψυχικής ανθεκτικότητας

Όπως συμβαίνει και με τον ορισμό της έννοιας, υπάρχει διχογνωμία από την επιστημονική κοινότητα και για τις διαστάσεις της ανθεκτικότητας.

Πιο συγκεκριμένα, οι αναπτυξιακοί ψυχολόγοι αναγνωρίζουν την ύπαρξη δύο βασικών της διαστάσεων. Η ανθεκτικότητα, λοιπόν, υπό αυτή την έννοια, αποτελείται, ουσιαστικά, από: α) την ύπαρξη κάποιας οποιασδήποτε δυσκολίας και β) τη θετική προσαρμογή στη δυσκολία αυτή. Η συγκεκριμένη ιδέα γίνεται αποδεκτή από την πλειοψηφία της ερευνητικής κοινότητας (Masten, 2001).

Σύμφωνα, όμως, με διαφορετικούς ορισμούς δίνεται έμφαση και σε διαφορετικές διαστάσεις της έννοιας. Πιο συγκεκριμένα οι Garcia-Dia κ.ά. (2013), που προσδιορίζουν την ανθεκτικότητα ως εξελισσόμενη διαδικασία που επηρεάζεται τόσο από εξωγενείς παράγοντες π.χ. οικογένεια, όσο και από ενδογενείς π.χ. χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου, αναγνωρίζουν τέσσερις διαστάσεις της έννοιας. Σύμφωνα, λοιπόν, με τους ίδιους, αυτές είναι 1) η «ανάκαμψη», μετά από κάποια απειλή, 2) η «αποφασιστικότητα», με την οποία αντιμετωπίζει κανείς την απειλή, 3) η «κοινωνική στήριξη», που τυχόν λαμβάνει για την αντιμετώπισή της και 4) η «αυτο-αποτελεσματικότητα», δηλαδή το αίσθημα του ατόμου ότι θα καταφέρει να πετύχει το στόχο του και να αντιμετωπίσει την απειλή (Garcia-Dia et al., 2013).

Από την άλλη, σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η ανθεκτικότητα αποτελείται από τρεις και όχι τέσσερις διαστάσεις: 1) την αναζήτηση νοήματος στα πράγματα, 2) την πεποίθηση ότι έχει κανείς τον έλεγχο πάνω σε ό,τι συμβαίνει και 3) την πεποίθηση ότι μπορεί να αναπτυχθεί παρά τις δυσκολίες που του συμβαίνουν. Συνεπώς, οι άνθρωποι που παρουσιάζουν υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα, έχοντας τις συγκεκριμένες πεποιθήσεις στη φαρέτρα τους, είναι σε θέση να αξιολογούν τις απειλές, με τέτοιο τρόπο, ώστε να τις αντιμετωπίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό (Florian et al., 1995).

Συνεπώς, υπάρχουν διαφορετικές απόψεις και πάνω σε αυτό το κομμάτι. Ωστόσο, η πλειοψηφία της επιστημονικής κοινότητας συντάσσεται με την πρώτη κατηγοριοποίηση, σύμφωνα με την οποία, όπως κι αν ιδωθεί η έννοια, γίνεται λόγος για δύο κύριες διαστάσεις της, οι οποίες αφορούν τη θετική προσαρμογή σε μια αντιξοότητα, καθώς και την ύπαρξη κάποιας τέτοιας αντιξοότητας ή δυσκολίας στη ζωή του ατόμου. Οι υπόλοιπες διαστάσεις θεωρούνται επιπρόσθετες σε αυτές.

6.4. Μοντέλα ψυχικής ανθεκτικότητας

Τελευταία, στη βιβλιογραφία που σχετίζεται με την ψυχική ανθεκτικότητα, έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα ανθεκτικότητας για να απαντηθεί το ερώτημα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο, η ίδια αναπτύσσεται. Περιγράφονται, λοιπόν, παρακάτω τα πέντε κυριότερα μοντέλα ανθεκτικότητας. Πρόκειται για το αντισταθμιστικό μοντέλο, το μοντέλο του προστατευτικού παράγοντα και το μοντέλο πρόκλησης (Fergus & Zimmerman, 2005). Περιγράφεται επίσης, το ψυχοβιολογικό μοντέλο των Feder κ.ά. (2009) και το μοντέλο του Richardson (2002). Τα τρία πρώτα μοντέλα, δίνουν μια εξήγηση για τον τρόπο με τον οποίο προστατευτικοί παράγοντες μπορούν να αλλάξουν τα επίπεδα της ανθεκτικότητας του ατόμου, παρά την έκθεσή του σε κάποια απειλή, ενώ στο τέταρτο και επιπρόσθετο μοντέλο, γίνεται λόγος για την επιρροή βιολογικών μηχανισμών. Το μοντέλο του Richardson (2002) παρατίθεται, μιας και σε αυτό το μοντέλο έχει στηριχθεί σχετική κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, ενώ αποτελεί συνέχεια του μοντέλου πρόκλησης.

Ξεκινώντας με το αντισταθμιστικό μοντέλο, αυτό περιλαμβάνει την επίδραση ενός προστατευτικού παράγοντα, η οποία αντισταθμίζει, όπως λέει και η ονομασία του, την επίδραση ενός παράγοντα κινδύνου, ο οποίος, ενδεχομένως, θα οδηγούσε σε μειωμένη ανθεκτικότητα. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι νέοι που ζουν σε ακραία φτώχεια είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν παραβατική συμπεριφορά, αλλά η συνεχής οριοθέτηση από τις οικογένειές τους (προστατευτικός παράγοντας), μπορεί να αντισταθμίσει το προσδοκώμενο, με βάση τις συνθήκες αποτέλεσμα και να μην εμφανιστεί ποτέ η συμπεριφορά αυτή (Fergus & Zimmerman, 2005).

Ένα άλλο μοντέλο ανθεκτικότητας, είναι το μοντέλο προστατευτικών παραγόντων. Σε αυτό το μοντέλο η ύπαρξη προστατευτικών παραγόντων, πάλι, μετριάξει τις αρνητικές συνέπειες μιας κατάστασης, που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μειωμένη ανθεκτικότητα, στη συγκεκριμένη περίπτωση, παρά την αρνητική της έκβαση. Σε συνέχεια, λοιπόν, του προηγούμενου παραδείγματος, και μόνο η ύπαρξη γονικής υποστήριξης (προστατευτικός παράγοντας) μπορεί να μετριάσει τις επιπτώσεις της συνθήκης (φτώχεια) στη συμπεριφορά των νέων (Fergus & Zimmerman, 2005).

Ένα τρίτο μοντέλο ανθεκτικότητας, είναι το μοντέλο πρόκλησης, σύμφωνα με το οποίο, όσοι εκτίθενται σε μέτρια επίπεδα κινδύνου, αντιμετωπίζουν ένα μόνο μέρος του κινδύνου και άρα προετοιμάζονται για να αντιμετωπίσουν την απειλή, αλλά δεν την ξεπερνούν εντελώς. Από την άλλη, όσον αφορά τα δύο άκρα, η υπερβολική έκθεση στον κίνδυνο μπορεί να είναι εξουθενωτική και να ματαιώσει τους νέους, ενώ η χαμηλή, αλλά επαναλαμβανόμενη έκθεση, τους δίνει την ευκαιρία να αξιοποιήσουν ό,τι διαθέτουν και να αντιμετωπίσουν τον κίνδυνο. Με

τον τρόπο αυτό, το άτομο ενδυναμώνεται, μέσα από την εξάλειψη της απειλής, η οποία αποτελεί πρόκληση και προετοιμάζεται για την αντιμετώπιση μελλοντικών απειλών (Fergus & Zimmerman, 2005).

Ένα ακόμη μοντέλο που παρουσιάζεται είναι το μοντέλο του Richardson (2002), το οποίο αποτελεί με ένα τρόπο συνέχεια του μοντέλου πρόκλησης που προαναφέρθηκε, σύμφωνα με το οποίο η ανθεκτικότητα γίνεται αντιληπτή ως έμφυτη δυνατότητα του ατόμου, η οποία, όμως, αναδύεται μόνο στις περιπτώσεις που το άτομο θα εκτεθεί στις κατάλληλες συνθήκες. Πιο αναλυτικά, κάθε άνθρωπος όταν βρίσκεται σε ισορροπία, βρίσκεται σε «ομοιόσταση» και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προσαρμόζεται στο περιβάλλον γύρω του, καθώς και στην τρέχουσα πραγματικότητα. Δυσκολίες υπάρχουν καθόλη τη διάρκεια της ζωής του και η ικανότητα του να τις αντιμετωπίζει εξαρτάται από παρελθοντικές του εμπειρίες, είτε επιτυχείς είτε ανεπιτυχείς. Οι τελευταίες οδηγούν, όμως, σε ανισορροπία και διατάραξη της ομοιόστασής του, κάτι που ενδέχεται να οδηγήσει, τελικά, στην ανάπτυξη και καλλιέργεια της ψυχικής του ανθεκτικότητας.

Ένα πέμπτο, καινούριο και ίσως πιο ολοκληρωμένο μοντέλο ανθεκτικότητας, το ψυχοβιολογικό μοντέλο, έχει προταθεί, λαμβάνοντας υπόψη δεδομένα της μοριακής γενετικής. Σε αυτό το μοντέλο, τα γονίδια ενός ανθρώπου, συνδυαστικά πάντα, με την αλληλεπίδραση των κατάλληλων περιβαλλοντικών παραγόντων οδηγούν σε ποικίλες αλλαγές σε μοριακό επίπεδο, οι οποίες, τελικά, γίνονται εμφανείς στην πορεία, μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές/απαντήσεις του ανθρώπου σε τραυματικά γεγονότα. Αυτό σημαίνει, πως η ανάπτυξη ανθεκτικότητας, σχετίζεται με έμφυτους μηχανισμούς και ειδικότερα, όπως φαίνεται από τα ερευνητικά δεδομένα, με τη λειτουργία συγκεκριμένων νευρωνικών κυκλωμάτων και ειδικότερα αυτών του φόβου, της ανταμοιβής και της συναισθηματικής ρύθμισης. Μία πιο λειτουργική ρύθμιση των κυκλωμάτων αυτών, επομένως, μπορεί να εξηγήσει, με ένα τρόπο, την ικανότητα, που εμφανίζει ο κάθε άνθρωπος για να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες, σε συνδυασμό με τις συνθήκες του περιβάλλοντός του (Feder et al., 2009).

Συμπερασματικά, και λαμβάνοντας υπόψη τις δύο προηγούμενες ενότητες, η έννοια της ανθεκτικότητας, θα μπορούσε να οριστεί ως μια διαδικασία συνεχούς αλληλεπίδρασης πολλών και διαφορετικών διαστάσεων που συμβάλλουν στην προσαρμογή του ατόμου σε απειλητικές συνθήκες. Κάποιες από αυτές τις διαστάσεις έχουν εγγενή χαρακτήρα και κάποιες άλλες, φαίνεται να αναπτύσσονται από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του. Επομένως, η αλλαγή τους θα μπορούσε να είναι στόχος σχεδιασμού παρεμβάσεων (Kim-Cohen & Turkewitz, 2012).

7. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

7.1. Η έννοια της ανθεκτικότητας στο πλαίσιο της Θετικής Ψυχολογίας

Στο πλαίσιο του παραδείγματος της Θετικής ψυχολογίας, η οποία δίνει έμφαση στις δυνάμεις του ανθρώπου, πολλοί συγγραφείς υπογραμμίζουν τη μεγάλη συμβολή της ανθεκτικότητας στη ζωή του ατόμου, ενώ τη συνδέουν, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και με τη διαδικασία προσαρμογής στην ασθένεια και τη φροντίδα.

Πιο αναλυτικά, ξεκινώντας με τη Θετική ψυχολογία, ο κλάδος αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια της δεύτερης δεκαετίας του 21ου αιώνα, ως απάντηση στο ιατρικό μοντέλο που κυριαρχούσε και έδινε έμφαση στην αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας και στις αδυναμίες του ατόμου. Αντίθετα, η ανάπτυξη της Θετικής ψυχολογίας έφερε στο επίκεντρο τον «τυπικό-μέσο», ψυχικά υγιή άνθρωπο και επικεντρώθηκε όχι μόνο στις αδυναμίες, αλλά στις δυνατότητες και τις θετικές πτυχές της ύπαρξής του, μία από τις οποίες σχετίζεται με τα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας που παρουσιάζει.

7.2. Ψυχική ανθεκτικότητα και Θετικότητα

Πιο πρόσφατα, μάλιστα, μέσα στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει συνδεθεί με την έννοια της «θετικότητας». Πιο αναλυτικά, η θετικότητα αναφέρεται στην κατάσταση που βρίσκεται κάποιος, όταν βιώνει θετικά συναισθήματα. Στο άλλο άκρο, βρίσκεται η «αρνητικότητα», η οποία συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα. Μέσα από την καλλιέργεια της ψυχολογικής του ανθεκτικότητας, η οποία παίρνει μορφή με την ανάπτυξη της θετικότητας και άρα, τη βίωση θετικών συναισθημάτων, μπορεί κανείς να οχυρωθεί απέναντι σε αυτά (Tugade & Frederickson, 2004).

Η ιδιαιτερότητα των ψυχικά ανθεκτικών ατόμων, επομένως, σύμφωνα με τη Θετική ψυχολογία, δεν έγκειται στο γεγονός, πως δεν βιώνουν αρνητικά συναισθήματα. Αντιθέτως, αναγνωρίζουν την απειλή μιας δυσκολίας, αλλά δεν σπαταλούν το χρόνο και την ενέργειά τους στο να προλάβουν αυτό που θα συμβεί. Ταυτόχρονα, αν κάτι, όντως συμβεί, προχωρούν σε αναπλαισίωση της αρνητικής τους διάθεσης, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται σε αυτό που συμβαίνει στο «εδώ και τώρα». Θετικά συναισθήματα, όπως η ελπίδα, η αισιοδοξία, η

υπομονή, η απόδοση νοήματος, η ευγνωμοσύνη, έχουν συνδεθεί με την ανθεκτικότητα, όπως και η έννοια της αυτοφροντίδας (Emmons & Crumpler, 2000; Graven & Grant, 2014).

Τα ψυχικά ανθεκτικά άτομα, μέσα από αυτή την οπτική, διαθέτουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, μιας και έχουν στη φαρέτρα τους παρόμοια «όπλα» για την αντιμετώπιση των δυσκολιών. Πιο συγκεκριμένα, είναι σε θέση να κάνουν θετική επανεκτίμηση και αξιολόγηση των όσων συμβαίνουν, αρνητικών ή θετικών, ενώ, ακολούθως, διαθέτουν ανεπτυγμένες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, τα οποία αντιμετωπίζουν καθημερινά. Παράλληλα, έχουν καλή αίσθηση εαυτού, αναγνωρίζουν τα κίνητρα, τις δυνατότητες και τις αδυναμίες τους και λειτουργούν σύμφωνα με την εσωτερική τους έδρα ελέγχου. Τέλος, έχουν την ικανότητα να ρυθμίζουν το συναίσθημα, τη συμπεριφορά και τις παρορμήσεις που εμφανίζουν.

7.3. Θεωρία Διεύρυνσης και δόμησης

Μία πολύ δημοφιλής θεωρία που έχει αναπτυχθεί για να εξηγήσει τη διαδικασία αυτή που σχετίζεται με την επίδραση των θετικών συναισθημάτων στο άτομο και την ανάπτυξη της ψυχικής τους ανθεκτικότητας, μέσα από τη γενικότερη θεωρία της Θετικής Ψυχολογίας, αποτελεί η «Θεωρία Διερεύνησης και δόμησης».

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία της Frederickson (2003), η βίωση θετικών συναισθημάτων διευρύνει τη σκέψη και κατ'έπекταση τη δράση του ατόμου, μειώνοντας τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των αρνητικών συναισθημάτων. Με πιο απλά λόγια, θετικά συναισθήματα, όπως αυτά της χαράς, του ενδιαφέροντος, της ικανοποίησης και της αγάπης, φαίνεται να έχουν συγκεκριμένη επίδραση στη σκέψη του ατόμου τη στιγμή που βιώνονται. Δε γίνεται λόγος, απλώς, για τη βίωση της παροδικής ευχάριστης συναισθηματικής κατάστασης που προσφέρουν, αλλά επηρεάζουν τη γενικότερη σκέψη του ατόμου προς αυτή την κατεύθυνση και κατ'έπекταση τη συμπεριφορά του (Fredrickson, 1998, όπ. ανάφ. στο Σταλίκας & Γαλανάκης, χ.χ.). Το συναίσθημα της χαράς, για παράδειγμα, δεν είναι, μόνο, η στιγμιαία βίωση του συγκεκριμένου συναισθήματος, αλλά διευρύνει τη σκέψη του ατόμου και άρα τις πράξεις του, προς αυτή την κατεύθυνση. Τη χαρά που βιώνει, δηλαδή, ο άνθρωπος στιγμιαία, ακολουθούν σαν απαντήσεις και η διάθεσή του για παιχνίδι, η ροπή του προς υπέρβαση των ορίων, καθώς και μία επιθυμία για δημιουργικότητα, τάσεις, που είναι εμφανείς σε όλες τις εκφάνσεις της συμπεριφοράς του (Σταλίκας & Γαλανάκης, χ.χ.). Το ενδιαφέρον, από την άλλη,

βιώνεται και αυτό στιγμιαία, αλλά, δευτερευόντως, δημιουργεί στον άνθρωπο την παρόρμηση για εξερεύνηση και αναζήτηση νέων εμπειριών (Izard, 1977; Ryan & Deci, 2000, όπ. ανάφ. στο Σταλίκας & Γαλανάκης, χ.χ.). Το ίδιο συμβαίνει και με τα υπόλοιπα θετικά συναισθήματα. Αυτές οι διευρυμένες νοοτροπίες, μάλιστα, σχηματίζουν, οικοδομούν, σιγά σιγά, ανθεκτικούς προσωπικούς πόρους για την αντιμετώπιση μελλοντικών απειλών. Επομένως, μέσα από εμπειρίες θετικών συναισθημάτων, οι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα να βελτιώνουν την ψυχολογική τους κατάσταση, χτίζοντας ένα ισχυρό οπλοστάσιο, απέναντι στη βίωση αρνητικών συναισθημάτων (Fredrickson, 2000). Ο Folkman και οι συνεργάτες του, έχουν καταλήξει σε παρόμοια συμπεράσματα, ότι δηλαδή, η βίωση θετικών συναισθημάτων, κατά τη διάρκεια του χρόνιου στρες, βοηθούν τους ανθρώπους να αντεπεξέλθουν σε αυτό.

Συμπερασματικά, άτομα που βιώνουν θετικά συναισθήματα, θωρακίζονται απέναντι σε δυσάρεστα γεγονότα και συναισθήματα, αποκτώντας ανθεκτικούς ψυχολογικούς πόρους και μηχανισμούς για το μέλλον.

7.4. Φροντιστές ατόμων με άνοια και ψυχική ανθεκτικότητα

Όσον αφορά το πλαίσιο της φροντίδας και της ασθένειας, η ψυχική ανθεκτικότητα, μέσα από τη Θετική ψυχολογία, χαρακτηρίζεται από την ενεργητική αντιμετώπιση των γεγονότων και την εύρεση νοήματος στην όλη διαδικασία. Με άλλα λόγια, ο εντοπισμός θετικών πτυχών στην άτυπη φροντίδα και η βίωση θετικών συναισθημάτων μέσα από την ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας, επιτρέπει στα άτομα να προσαρμοστούν καλύτερα στη συνθήκη (Palacio et al., 2019). Πολλές έρευνες, μάλιστα έχουν διεξαχθεί σε αυτή την κατεύθυνση και έχουν δώσει παρόμοια αποτελέσματα.

Πιο συγκεκριμένα, μελέτες που περιλαμβάνουν φροντιστές πασχόντων από κάποια νευροεκφυλιστική νόσο δείχνουν, σταθερά, πως η ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς και η ανάπτυξη ψυχολογικών μεταβλητών, όπως η ελπίδα, η ευγνωμοσύνη (θετικά συναισθήματα) και η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης, επιδρούν θετικά στους φροντιστές, μειώνοντας την επιβάρυνση, που νιώθουν, καθώς και τα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζουν.

Ξεκινώντας, επομένως, με την έρευνα του Scott (2013), η οποία πραγματοποιήθηκε σε 110 φροντιστές ατόμων με άνοια, οι οποίοι και στρατολογήθηκαν από κοινοτικούς φορείς φάνηκε πως όσο αυξάνεται η ψυχική ανθεκτικότητα των φροντιστών, τόσο η επιβάρυνση που βιώνουν από την εμπειρία της φροντίδας μειώνεται. Παρομοίως, στην έρευνα των Dias κ.ά.

(2015), αξιολογήθηκαν 106 φροντιστές πασχόντων με νόσο Alzheimer, ως προς μεταβλητές, όπως η ψυχική ανθεκτικότητα, η κατάθλιψη που βιώνουν, το άγχος, το αίσθημα απελπισίας, η ποιότητα ζωής και η συναισθηματική τους επιβάρυνση. Παράλληλα, αξιολογήθηκαν και οι 106 πάσχοντες, που φρόντιζαν ως προς χαρακτηριστικά που αφορούσαν τη νόσο. Σκοπός της έρευνας, ήταν η διερεύνηση της ανθεκτικότητας των φροντιστών ατόμων με διαγνωσμένη νόσο Alzheimer, σε ήπιο ή μέσο στάδιο εξέλιξης της νόσου. Το 51,1% των φροντιστών ανέφερε συναισθηματικά προβλήματα (συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψη). Επομένως, φαίνεται και εδώ, πως η ανεπτυγμένη ψυχική ανθεκτικότητα επιτρέπει στους φροντιστές να διαχειρίζονται πολύ πιο αποτελεσματικά τις απαιτήσεις της φροντίδας και γι' αυτό σημειώνουν μειωμένα αρνητικά συναισθήματα.

Ένα χρόνο μετά, πάλι, οι Dias κ.ά. (2016), διεξήγαγαν διαφορετική ποσοτική έρευνα με σκοπό να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας των φροντιστών ατόμων με άνοια και κάποιους κοινωνικοδημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες των πασχόντων. Για το σκοπό αυτό, αξιολογήθηκαν 58 δυάδες ατόμων με άνοια και οι φροντιστές τους. Οι φροντιστές, λοιπόν, που ανέφεραν μέτρια και υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας, σημείωσαν, ακολούθως, χαμηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μέτρια επίπεδα επιβάρυνσης και καλύτερη ποιότητα ζωής. Παράλληλα, η ανθεκτικότητα των φροντιστών δε συσχετίστηκε με παράγοντες κοινωνικοδημογραφικούς, όπως το φύλο ή με κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Παράλληλα, στην μελέτη των Pessotti κ.ά. (2018), που είχε ως στόχο την αξιολόγηση της αντίληψης των φροντιστών ατόμων με άνοια για την ποιότητα ζωής τους μετά την ανάληψη της ευθύνης της φροντίδας, για την επιβάρυνση που νιώθουν, τη ψυχική τους ανθεκτικότητα και την πνευματικότητα που επιδεικνύουν σε σχέση με την εμφάνιση νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων στους πάσχοντες, αξιολογήθηκαν 50 δυάδες φροντιστών-ηλικιωμένων με άνοια. Τα αποτελέσματα, λοιπόν, έδειξαν, και σε αυτή την περίπτωση ότι η ψυχική ανθεκτικότητα συσχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής, έτσι όπως γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους τους φροντιστές ($p < .001$) και χαμηλότερη εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($p = .001$).

Παράλληλα, στην πρόσφατη και συστηματική ανασκόπηση των Palacio κ.ά. (2019), στην οποία συμπεριλήφθηκαν έρευνες σχετικές με φροντιστές ατόμων με χρόνιες παθήσεις, φάνηκε, σταθερά, πως στις μελέτες που περιελάμβαναν φροντιστές ασθενών με Αλτσχάιμερ ή/και άνοια, ένα ανθεκτικό στυλ αντιμετώπισης της εμπειρίας της φροντίδας, λειτουργεί προστατευτικά και συμβάλλει στη μείωση των επιπτώσεων που η ίδια φέρει στο άτομο, ενώ βελτιώνει και την ψυχική υγεία των άτυπων φροντιστών. Συνακόλουθα, η μελέτη των Bekhet και Avery (2018), η οποία συμπεριλήφθηκε στην παραπάνω ανασκόπηση, πρόκειται για μία περιγραφική ποιοτική μελέτη, την πρώτη, ουσιαστικά, μελέτη που διερεύνησε τους παράγοντες κινδύνου, αλλά και αντίθετα, τους προστατευτικούς παράγοντες, του να είναι κάποιος φροντιστής

ενός ατόμου με άνοια, χρησιμοποιώντας ένα θεωρητικό πλαίσιο ανθεκτικότητας. Επομένως, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από 80 άτυπους φροντιστές ατόμων με άνοια, υποδηλώνουν ότι οι παράγοντες κινδύνου της φροντίδας (άγχος, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, αίσθημα απογοήτευσης, δυσκολία και απαιτήσεις της φροντίδας), μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα για τους ίδιους, τα οποία μπορούν να ελαχιστοποιηθούν, μέσω της ενίσχυσης των προστατευτικών παραγόντων (Bekhet et al., 2012; Smith-Osborne, 2007; Zauszniewski et al., 2010). Επομένως, οι παρεμβάσεις για την υποστήριξη των φροντιστών, θα πρέπει να κατευθύνονται προς την ενίσχυση προστατευτικών παραγόντων, όπως η ικανότητά τους να βλέπουν τη φροντίδα με θετικούς όρους, η θετική νοηματοδότησή της, η ύπαρξη θετικών συναισθημάτων και, ουσιαστικά, η καλλιέργεια της ψυχικής τους ανθεκτικότητας, σε συνδυασμό με την ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξής τους, μέσω παροχής ομαδικών παρεμβάσεων. Πράγματι, μια θετική εκτίμηση της κατάστασης που βιώνουν και οι θετικές σκέψεις έχουν συνδεθεί με μεγαλύτερη ανθεκτικότητα και επομένως, καλύτερη υγεία για τους φροντιστές (Zauszniewski et al., 2009).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας έχει, ουσιαστικά, θετικό αντίκτυπο στην προσαρμογή του φροντιστή στο νέο του ρόλο και μειώνει τις αρνητικές συνέπειες για τον ίδιο. Πιο συγκεκριμένα, μετριάζει τη συναισθηματική δυσφορία, την επιβάρυνση, την κόπωση και το στρες που βιώνουν οι φροντιστές, βελτιώνοντας κατ'επέκταση και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν οι ίδιοι στους ασθενείς (Doorenbos et al., 2007). Επομένως, και οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στον συγκεκριμένο πληθυσμό, καλό θα ήταν να σχεδιάζονται με βάση αυτά τα αποτελέσματα και να στοχεύουν, ακριβώς, στην καλλιέργεια μεταβλητών όπως η ψυχική ανθεκτικότητα που μετριάζουν τις επιπτώσεις της φροντίδας.

8. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

8.1. Γενικές παρεμβάσεις ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας

Γενικώς, ανά τα χρόνια έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί διάφορα θεραπευτικά μοντέλα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, αρχικά, βασισμένα στις αρχές της γνωσιακής ψυχοθεραπείας. Δευτερευόντως, αναπτύχθηκαν μοντέλα που βασίστηκαν στην ανάπτυξη ενσυνειδητότητας, η οποία αναδύθηκε πρόσφατα μέσα από το 3ο κύμα γνωσιακών-συμπεριφοριστικών θεραπειών, ενώ κατέχει κεντρική θέση και στο χώρο της Θετικής ψυχολογίας. Και τα δύο μοντέλα, στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων, αλλά και τη θεραπεία, όμως δεν έχουν εφαρμοστεί απαραίτητα σε φροντιστές και στα πλαίσια της χρόνιας ασθένειας. Τα μοντέλα, που βασίζονται στη γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία στοχεύουν, κυρίως, στην επανεκτίμηση μιας στρεσογόνου κατάστασης και στην ενίσχυση της γνωσιακής ευελιξίας του ατόμου (Joyce et al., 2018; Kalisch et al., 2015). Από την άλλη, οι προσεγγίσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα, δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη των θετικών συναισθημάτων των ανθρώπων (Sin & Lyubomirsky, 2009). Ο συνδυασμός των δύο, έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματικός (Joyce et al., 2018).

Κάποια ενδεικτικά παραδείγματα τέτοιων παρεμβάσεων αποτελούν το «Μοντέλο τεσσάρων βημάτων», που είναι βασισμένο στη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση και σχεδιάστηκε με στόχο την καλλιέργεια της ανθεκτικότητας, ανεξάρτητα, όμως, από την παρουσία ασθένειας, αλλά και το γνωστό ως «The Relaxation Response Resiliency Program (3RP)», το οποίο αξιοποιεί τεχνικές χαλάρωσης, έτσι όπως αυτές χρησιμοποιούνται στην ίδια προσέγγιση, για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας και την αντιμετώπιση του στρες (Padesky & Mooney, 2012). Παράλληλα, αρκετά γνωστή είναι η παρέμβαση «Stress Management and Resiliency Training»- «SMART», που βασίζεται, πάλι, στην ίδια προσέγγιση, συνδυαστικά με την ενσυνειδητότητα και στοχεύει στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς και στη διαχείριση του στρες, μέσα από ασκήσεις χαλάρωσης, την εστίαση της προσοχής στο παρόν και την ερμηνεία των γεγονότων μέσα από φίλτρα θετικών συναισθημάτων, όπως η ευγνωμοσύνη, η αποδοχή και η συγχώρεση (Sood et al., 2011). Ένα τελευταίο γνωστό πρόγραμμα είναι και το «Life-balance», το οποίο είναι βασισμένο, αποκλειστικά, στην ενσυνειδητότητα και στοχεύει στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας, κυρίως, μέσω της επίγνωσης των σκέψεων και την καλλιέργεια της αυτό-συμπάθειας.

Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, φαίνεται πως έχουν αναπτυχθεί προγράμματα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας και μερικά από αυτά βασίζονται εν μέρει σε αρχές Θετικής ψυχολογίας, όπως η ενσυνειδητότητα και τα θετικά συναισθημάτα, σε συνδυασμό με γνωσιακές-

συμπεριφορικές τεχνικές. Παρόλαυτα, κανένα από τα προαναφερθέντα δεν έχει εφαρμοστεί, συγκεκριμένα σε φροντιστές ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Παρεμβάσεις που απευθύνονται στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, έχει φανεί, μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όπως αναφέρθηκε, πως δε συνδέουν, σταθερά, τους στόχους τους με την καλλιέργεια μεταβλητών, που λειτουργούν προστατευτικά για τους φροντιστές, παρά την αποτελεσματικότητά τους. Παρακάτω, λοιπόν, γίνεται αναφορά στις παρεμβάσεις που έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα, οι οποίες απευθύνονται συγκεκριμένα σε φροντιστές ατόμων με άνοια, μέσα από τα οποία αναδεικνύεται και η ανάγκη σχεδιασμού της παρούσας παρέμβασης.

8.2. Παρεμβάσεις σε φροντιστές ατόμων με άνοια

Όσον αφορά την έρευνα, σχετικά με τις παρεμβάσεις για την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών, αυτή ξεκινάει από πολύ νωρίς χρονολογικά και χωρίζεται σε τρεις φάσεις (Pruchno & Gitlin, 2012; Callahan et al., 2013). Ωστόσο, αν και θα παρουσιαστούν κάποιες παρεμβάσεις, που απευθύνονται σε φροντιστές και πιο συγκεκριμένα, σε φροντιστές ασθενών με άνοια, καμία από αυτές δεν στοχεύει στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητάς τους, αλλά στη μείωση των δυσφορικών συμπτωμάτων που ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας.

Σε μία πρώτη φάση, λοιπόν, οι παρεμβάσεις που είχαν αναπτυχθεί, γενικότερα, για τους φροντιστές, έδιναν έμφαση στη μείωση των συμπτωμάτων που φέρει η φροντίδα, όπως η σοβαρή συναισθηματική και σωματική τους επιβάρυνση και τα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζει η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Οι παρεμβάσεις αυτές, στηρίζονταν στην εκπαίδευση των φροντιστών, την παροχή κοινωνικής υποστήριξης, μέσω της συγκρότησης ομάδων και την απλή συμβουλευτική, σχετική με τρόπους διαχείρισης των απαιτήσεων που φέρει η φροντίδα. Κάθε παρέμβαση, στηριζόταν και σε διαφορετική θεωρητική προσέγγιση, ωστόσο, η πλειοψηφία αυτών, φαίνεται πως είχε αρκετά μεθοδολογικά λάθη και ασυνέπειες, με αποτέλεσμα, τα ευρήματά τους να μην μπορούν να αξιοποιηθούν συστηματικά και με ασφάλεια. Η δεύτερη φάση, χαρακτηρίστηκε από μεθοδολογικά καλύτερες κλινικές δοκιμές. Σημαντικό παράδειγμα αποτελεί η μελέτη των Mittelman κ.ά. (1993), για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ολοκληρωμένου προγράμματος υποστήριξης προς φροντιστές-συζύγους ασθενών, με απώτερο σκοπό την καθυστέρηση της επικοινωνίας τους με σχετικές δομές για την τοποθέτηση του συγγενή τους.

Σε συνέχεια της δεύτερης, η τρίτη, πλέον, φάση περιελάμβανε τη διεξαγωγή ακόμη πιο αξιόπιστων μεθοδολογικά μελετών, αν και η εστίαση στη μείωση των συμπτωμάτων παρέμεινε. Κυριότερα παραδείγματα της φάσης αυτής, αποτελούν τα προγράμματα «REACH I» και «REACH II», με σκοπό την αναζήτηση κατάλληλων προσεγγίσεων για την ενίσχυση της υγείας των φροντιστών ασθενών που πάσχουν από Alzheimer. Το πρόγραμμα REACH I, περιλάμβανε τη διερεύνηση έξι διαφορετικών παρεμβάσεων (ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες, συμβουλευτική σε ομάδες, ατομική συμβουλευτική, πρόγραμμα εκπαίδευσης σε δεξιότητες, παρέμβαση βασισμένη στην επίλυση προβλημάτων και πρόγραμμα εκπαίδευσης βασισμένο στην τεχνολογία), οι οποίες μοιράζονταν κάποια κοινά μεθοδολογικά χαρακτηριστικά. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών, ενώ λίγες πέτυχαν τη μείωση των καταθλιπτικών τους συμπτωμάτων (Gitlin et al., 2019). Το πρόγραμμα «REACH II», σε συνέχεια του προηγούμενου προγράμματος, διερεύνησε την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβαση πολλαπλών συστατικών, που αναπτύχθηκε από την ανασκόπηση των κοινών στοιχείων, που εμφάνιζαν οι παρεμβάσεις που συμπεριλήφθηκαν στο «REACH I». Βρέθηκαν, λοιπόν, θετικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης παρέμβασης ως προς τη συναισθηματική δυσφορία που εμφανίζει ο άτυπος φροντιστής (Belle et al., 2006). Είναι σημαντικό, ότι τα συγκεκριμένα προγράμματα «REACH I» και «REACH II», άνοιξαν το δρόμο για περαιτέρω πρωτοβουλίες στο κομμάτι των παρεμβάσεων που απευθύνονται σε φροντιστές ασθενών.

Κάποιες γνωστές παρεμβάσεις που αναπτύχθηκαν και αφορούν φροντιστές ατόμων με άνοια είναι οι εξής: 1) «Powerful Tools for Caregivers», 2) «Savvy Caregiver» και συνακολούθως το διαδικτυακό αντίστοιχο πρόγραμμα «Tele-Savvy» και 3) «Taking Care of Myself».

Ξεκινώντας με το πρόγραμμα «Powerful Tools for Caregivers», αποτελεί, ουσιαστικά, μια δημοφιλή ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση, που αναπτύχθηκε με σκοπό να εμπλακούν οι φροντιστές ατόμων με άνοια ή και άλλες χρόνιες ασθένειες, σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας, να αυξήσουν το αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητάς τους και να μάθουν να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τα αρνητικά τους συναισθήματα. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει έξι εβδομαδιαίες συναντήσεις-μαθήματα, καθένα από τα οποία διαρκεί 2 ½ ώρες. Τα μαθήματα αυτά, διδάσκονται από επαγγελματίες και εμπεριέχουν ποικίλες παρουσιάσεις, τη διεξαγωγή συζητήσεων, διάφορα παιχνίδια ρόλων και την παροχή εκπαίδευσης πάνω σε ασκήσεις χαλάρωσης, ενώ κεντρική θέση κατέχουν οι πολλές ευκαιρίες που δίνονται για πρακτική εφαρμογή των όσων διδάσκονται, καθώς και οι ευκαιρίες για μοίρασμα με την ομάδα (Savundranayagam et al., 2011). Τα θέματα ανά εβδομάδα περιλαμβάνουν ζητήματα σχετικά με πρακτικές αυτοφροντίδας, τρόπους μείωσης του άγχους, βασικές επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και δεξιότητες έκφρασης συναισθημάτων, αναγκών και ανησυχιών των φροντιστών.

Εκείνοι που συμμετέχουν, αξιολογούνται πριν και μετά την παρέμβαση, ενώ πραγματοποιείται και επαναληπτική αξιολόγηση, με σκοπό τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής της παρέμβασης είναι ενθαρρυντικά για τη βελτίωση δεξιοτήτων από την πλευρά των φροντιστών, τη διαχείριση των αρνητικών τους συναισθημάτων, καθώς και τη μείωση του άγχους που βιώνουν.

Συνεχίζοντας, άλλο ένα γνωστό πρόγραμμα που απευθύνεται σε φροντιστές ατόμων με άνοια, είναι και το πρόγραμμα «Savvy Caregiver», που σχεδιάστηκε με σκοπό την απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, καθώς και την ενίσχυση του αισθήματος αυτο-αποτελεσματικότητάς των φροντιστών. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει έξι εβδομαδιαίες συνεδρίες, διάρκειας 2 ωρών η κάθε μία και προσφέρεται σε ομάδες 8 έως 12 ατόμων. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα προσεγγίζει τους φροντιστές ως «γιατρούς» και έχει σχεδιαστεί για να τους εκπαιδεύσει για το συγκεκριμένο ιατρικό και υποστηρικτικό ρόλο. Τα αποτελέσματα, όπως φαίνεται μέσα από έρευνες, διατηρούνται ακόμη και 12 μήνες μετά το πέρας του προγράμματος (Griffiths et al., 2018).

Μία διαδικτυακή έκδοση του προγράμματος «Savvy Caregiver», το λεγόμενο πρόγραμμα «Tele-Savvy», σχεδιάστηκε, επίσης, με τον ίδιο σκοπό, αλλά προσφέρεται διαδικτυακά. Στην πιλοτική του εφαρμογή, οι φροντιστές αξιολογήθηκαν πριν και μετά το πρόγραμμα ως προς μεταβλητές, όπως η επιβάρυνση του φροντιστή και οι ικανότητές του για τη φροντίδα, συνδυαστικά με μεταβλητές που αφορούν την ίδια τη φροντίδα και τη διάγνωση του ασθενή. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα περιλαμβάνει, επίσης, 6 εβδομαδιαίες διαδικτυακές συναντήσεις, διάρκειας 75 λεπτών, η κάθε μία και προσφέρεται σε ομάδες των 4 έως 8 φροντιστών. Κάθε τηλεσυνάντηση είναι αφιερωμένη σε ένα βασικό θέμα του προγράμματος. Μία φορά την εβδομάδα, οι εκπαιδευτές διδάσκουν πρακτικές αυτοφροντίδας, ενώ στους συμμετέχοντες δίνεται και σχετικό εγχειρίδιο. Η εφαρμογή του προγράμματος είχε ενθαρρυντικά αποτελέσματα για τη μείωση της επιβάρυνσης των φροντιστών, καθώς και τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους. Ωστόσο, καλό θα ήταν να επαναληφθεί, μιας και τα θετικά αυτά αποτελέσματα δε συγκρίθηκαν με κάποια ομάδα ελέγχου, ενώ υπήρχαν και επιπρόσθετα μεθοδολογικές παραλείψεις (Griffiths et al., 2018).

Άλλο ένα σχετικό πρόγραμμα είναι και το πρόγραμμα «Taking Care of Myself», ένα ψυχοεκπαιδευτικό ομαδικό πρόγραμμα που στοχεύει στην αναπλαισίωση και επανεκτίμηση των στρεσογόνων παραγόντων που είναι παρόντες στη διαδικασία της φροντίδας, στην ενδυνάμωση των φροντιστών και της ικανότητάς τους να ασκούν έλεγχο στο περιβάλλον τους, στην εκμάθηση σχετικών δεξιοτήτων, καθώς και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση του άγχους που βιώνουν. Το πρόγραμμα αποτελείται από 10 εβδομαδιαίες συναντήσεις, διάρκειας 90 λεπτών η κάθε μία και προσφέρεται σε ομάδες 6 έως 8 φροντιστών (Ducharme et al., 2005). Το πρόγραμμα περιλαμβάνει συζητήσεις, γραπτές ασκήσεις μεταξύ των συνεδριών, τις οποίες ολοκληρώνουν οι συμμετέχοντες

στο σπίτι, καθώς και ποικίλα παιχνίδια ρόλων, με θέματα που αντλούν οι συντονιστές μέσα από πραγματικές ανησυχίες των φροντιστών.

Επομένως, αν και υπάρχουν κάποια λίγα, αλλά αξιόλογα προγράμματα που απευθύνονται σε φροντιστές ατόμων με άνοια, φαίνεται πως στην πλειοψηφία τους, έχουν αρκετά μεθοδολογικά κενά, ενώ κανένα από αυτά δε συμπεριλαμβάνει ως μεταβλητή την ψυχική ανθεκτικότητα των φροντιστών. Αντίθετα, τα περισσότερα στοχεύουν στην εκμάθηση δεξιοτήτων και τη μείωση των συμπτωμάτων που ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας.

8.3. Παρεμβάσεις Θετικής ψυχολογίας

Συνεχίζοντας, σκόπιμο είναι να γίνει μία σύντομη ανασκόπηση παρεμβάσεων Θετικής Ψυχολογίας, οι οποίες έχουν αναπτυχθεί και πολλά στοιχεία από αυτές συμπεριλήφθηκαν και στο παρόν πρόγραμμα παρέμβασης. Πιο αναλυτικά, οι πιο γνωστές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις Θετικής Ψυχολογίας αποτελούν οι παρεμβάσεις «απολαμβάνειν» και «ευγνωμοσύνης», οι παρεμβάσεις «καλοσύνης» και «ενσυναίσθησης», οι παρεμβάσεις «ενίσχυσης της αισιοδοξίας», οι παρεμβάσεις «οικοδόμησης δύναμης» και «εύρεσης νοήματος» (Σκαλή, 2020).

Ξεκινώντας, λοιπόν, με τις πρώτες, δηλαδή τις παρεμβάσεις «απολαμβάνειν», αυτές στοχεύουν στο να αποκτήσουν οι άνθρωποι της καθημερινής τους εμπειρίας-αισθητηριακής, σωματικής, συναισθηματικής ή/και κοινωνικής και να ξεκινήσουν να απολαμβάνουν την κάθε στιγμή. Παράλληλα, σημαντικές θεωρούνται και οι παρεμβάσεις «ευγνωμοσύνης», για την καλλιέργεια του αισθήματος ευγνωμοσύνης, που θεωρείται ότι συνδέεται με το γενικότερο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή. Οι παρεμβάσεις αυτές στηρίζονται, είτε σε αναστοχαστικές πρακτικές, όπως η συγγραφή σχετικού ημερολογίου προς τον εαυτό, είτε σε αλληλεπιδραστικές πρακτικές, όπως η έκφραση τέτοιων συναισθημάτων (ευγνωμοσύνη) σε άλλους (Σκαλή, 2020).

Συνεχίζοντας, σημαντικές θεωρούνται και οι παρεμβάσεις «καλοσύνης» και «ενσυναίσθησης». Σύμφωνα με τις πρώτες, η καλοσύνη, θεωρείται χαρακτηριστικό που διαθέτουν όλοι οι ευτυχείς άνθρωποι γι' αυτό και ο στόχος των σχετικών παρεμβάσεων είναι να προωθήσουν ένα αίσθημα ικανοποίησης, μέσα από την υιοθέτηση μιας αλτρουιστικής και ανιδιοτελούς νοοτροπίας. Από την άλλη, οι δεύτερες που δίνουν έμφαση στην ενσυναίσθηση,

επικεντρώνονται σε δραστηριότητες που βασίζονται σε πρακτικές ενσυνειδητότητας, με σκοπό να μάθουν οι άνθρωποι να αποδέχονται τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις αισθήσεις τους, τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για τους άλλους, χωρίς καμία κριτική στο «εδώ και τώρα» (Σκαλή, 2020).

Προχωρώντας, έχουμε τις παρεμβάσεις «ενίσχυσης της αισιοδοξίας», στις οποίες χρησιμοποιούνται, συχνά, ασκήσεις μη κατευθυνόμενης φαντασίας, όπου π.χ. οι συμμετέχοντες καλούνται να σκεφτούν τον εαυτό τους στο μέλλον, με σκοπό να συνειδητοποιήσουν πόσο θετικά ή, τελικά αρνητικά διακείμενοι είναι προς τον εαυτό τους, προς τους άλλους ανθρώπους και γενικότερα τη ζωή τους (Σκαλή, 2020).

Τέλος, αρκετά αποτελεσματικές κρίνονται και οι παρεμβάσεις «ενδυνάμωσης», αλλά και οι παρεμβάσεις «εύρεσης νοήματος». Οι πρώτες στηρίζονται στην ιδέα ότι η αναγνώριση των εσωτερικών ικανοτήτων και δυνάμεων του καθενός, συμβάλλουν στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, που τυχόν εμφανίζουν οι άνθρωποι στη ζωή τους, ενώ παράλληλα αυξάνουν και το αίσθημα ικανοποίησης που βιώνουν. Οι δεύτερες στηρίζονται σε δραστηριότητες όπως η εύρεση νοήματος σε απλές και καθημερινές δραστηριότητες, ο καθορισμός ρεαλιστικών μελλοντικών στόχων, αλλά και η αξιοποίηση ταιριαστών τρόπων για την επίτευξή τους (Σκαλή, 2020).

9. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Επομένως, σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, φαίνεται πως, με βάση τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα γύρω από το πεδίο της χρόνιας ασθένειας, η άνοια και η φροντίδα της προκαλεί σημαντικά προβλήματα τόσο στον ασθενή όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον που έχει αναλάβει το ρόλο του φροντιστή.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα των Papastavrou κ.ά. (2007) σε οικογενειακούς φροντιστές που διεξήχθη στην Κύπρο, φάνηκε ότι το 68,02% των συμμετεχόντων φροντιστών ατόμων με άνοια, βιώνει υψηλή επιβάρυνση, ενώ παρόμοιο υψηλό ποσοστό επιβάρυνσης έχει ανιχνευτεί και σε φροντιστές πασχόντων με άνοια και σε άλλες χώρες. Όσον αφορά τον ελληνικό πληθυσμό, πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση εμφάνισε το 41,61% των άτυπων φροντιστών πασχόντων με άνοια, ενώ παρόμοια αποτελέσματα έχουν δείξει και άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν, σταθερά, μεγάλο αριθμό φροντιστών που βιώνει μεσαία έως υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης, εξαιτίας της εμπειρίας της φροντίδας (Ζαχαροπούλου κ.ά., 2015). Στην Ελλάδα, μάλιστα, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δυσχεραίνουν, τελικά, και οι συνθήκες που επικρατούν, μιας και δεν υπάρχουν εξειδικευμένες δομές και υπηρεσίες πρόνοιας και περίθαλψης για ασθενείς με άνοια, που θα μπορούσαν να ανακουφίσουν, πιθανά, την οικογένεια που τους φροντίζει. Παράλληλα, δεν παρέχονται σχετικά επιδόματα συμπαράστασης από τους ασφαλιστικούς φορείς για τη νόσο. Συνεπώς, η απασχόληση επαγγελματία φροντιστή από το οικογενειακό περιβάλλον των πασχόντων, καθίσταται απαγορευτική, με αποτέλεσμα το βάρος για την περίθαλψη του ασθενή να πέφτει εξ'ολοκλήρου στο φροντιστή και στην οικογένεια του πάσχοντα.

Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψη τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, καθίσταται αναγκαίος ο σχεδιασμός παρεμβάσεων για την ανακούφιση και υποστήριξη των φροντιστών πασχόντων με άνοια, μιας και η ανάγκη είναι τεράστια. Μέχρι σήμερα, όμως, οι παρεμβάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί, με σκοπό την υποστήριξή τους, στην πλειοψηφία τους μελετούν ζεύγη ασθενών-φροντιστών και στοχεύουν, κυρίως, στην ανακούφιση των συμπτωμάτων που φέρει η φροντίδα στα άτομα που την παρέχουν, όπως προαναφέρθηκε. Σημαντικό θα ήταν, επομένως, να καλυφθεί το κενό που υπάρχει στο σχεδιασμό παρεμβάσεων τέτοιου τύπου, με σκοπό να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση σε παράγοντες που λειτουργούν προστατευτικά για τους φροντιστές στο πλαίσιο της φροντίδας, όπως η κοινωνική υποστήριξη και η ψυχική ανθεκτικότητα που, τυχόν, εμφανίζουν.

Πιο συγκεκριμένα, εστιάζοντας στην μεταβλητή της ψυχικής ανθεκτικότητας, φαίνεται πως η καλλιέργειά της επηρεάζει, σημαντικά, την επιβάρυνση του φροντιστή και αποτελεί μεταβλητή που μπορεί να έχει προστατευτική επίδραση στην υγεία των φροντιστών (Saria et al., 2017). Πρόσφατα, οι Cherry κ.ά. (2013), πραγματοποίησαν, μάλιστα, περιγραφική μελέτη για να προσδιορίσουν παράγοντες, που σχετίζονται με καλά αποτελέσματα στο πλαίσιο της φροντίδας της άνοιας.

Συμπεράναν, λοιπόν, ότι η προώθηση της ανθεκτικότητας μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις, που μπορεί να προκύψουν τόσο από τη συνθήκη της ασθένειας ενός συγγενικού προσώπου όσο και από την ανάληψη ευθυνών σχετικών με τη φροντίδα του. Παράλληλα, η ενίσχυσή της συνδέεται με την αποτελεσματικότερη προσαρμογή τους στη συνθήκη της ασθένειας (Rosenberg et al., 2019). Οι έρευνες, μάλιστα, έχουν δείξει ότι οι φροντιστές που επιδεικνύουν υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας, εμφανίζουν, επιπρόσθετα, και λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Hwang et al., 2017).

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα και δεδομένης της απουσίας παρόμοιων προγραμμάτων στον ελληνικό χώρο, προκύπτει η αναγκαιότητα σχεδιασμού της παρούσας παρέμβασης, η οποία αποτελεί μία εντατική ψυχοεκπαιδευτική ομαδική και διαδικτυακή παρέμβαση, που βασίζεται στις αρχές της Θετικής ψυχολογίας, μέσα από το χώρο της οποίας έχει αναδυθεί και η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας και έχει συνδεθεί με την ασθένεια και τη φροντίδα, για την ενίσχυσή της και κατ'επέκταση μείωση της επιβάρυνσης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των συμμετεχόντων και αύξηση των θετικών τους συναισθημάτων.

Γιατί, λοιπόν, αναδύθηκε η ιδέα σχεδιασμού ομαδικής ψυχοεκπαιδευτικής διαδικτυακής παρέμβασης; Σύμφωνα, με πρόσφατες μετα-αναλύσεις, αποτελεσματικότερες στο πλαίσιο της φροντίδας, αναδεικνύονται οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, τόσο για τη βελτίωση των γνώσεων του φροντιστή γύρω από την ασθένεια και την προσαρμογή του σε αυτή, όσο και για τη μείωση του φόρτου και των συμπτωμάτων κατάθλιψης, που οι ίδιοι εμφανίζουν. Είναι, μάλιστα, εξαιρετικά βοηθητικό, όταν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις παρέχονται σε πραγματικό χρόνο, αλλά διαδικτυακά. Πρόσφατες μελέτες έχουν επισημάνει τα οφέλη από τη χρήση διαδικτυακών παρεμβάσεων, οι οποίες, φαίνεται πως για τους άτυπους φροντιστές ατόμων με άνοια έχουν πολλαπλά οφέλη (Jackson et al., 2016; Parra-Vidales et al., 2017; Tyack & Camic, 2017). Τέτοιες διαδικτυακές παρεμβάσεις υγείας, σχεδιάζονται, με σκοπό να παρέχουν υποστήριξη, ανεξαρτήτως χρόνου και τόπου, στους φροντιστές, οι οποίοι συμμετέχουν ευκολότερα. Εξάλλου, πρόσφατη έρευνα σε 112 φροντιστές, έδειξε ότι οι περισσότεροι έχουν υψηλή πρόσβαση σε μέσα τεχνολογίας και στο Διαδίκτυο, με αποτέλεσμα τέτοιου τύπου παρεμβάσεις, τελικά, να διευκολύνουν τη

συμμετοχή τους σε ποικιλία δραστηριοτήτων και προγραμμάτων, χρησιμοποιώντας, απλά, τις προσωπικές τους συσκευές.

Ακόμη, είναι γνωστό πως μέσα από ομαδικές παρεμβάσεις, οι περιθάλποντες, μπορούν να μοιραστούν τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους και να μειώσουν τη μοναξιά τους, μιας και υπάρχουν άνθρωποι που βιώνουν τις ίδιες δυσκολίες με αυτούς. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση, που λαμβάνει χώρα σε αυτές τις ομάδες έχει βρεθεί ότι βοηθάει τον φροντιστή να διατηρεί ρεαλιστικές προσδοκίες γι'αυτά που πρόκειται να συμβούν στο πλαίσιο της ασθένειας.

Όσον αφορά, τις αρχές Θετικής Ψυχολογίας, στις οποίες στηρίζεται η παρούσα παρέμβαση, έχει βρεθεί μέσα από έξι μετα-αναλύσεις, ότι η εφαρμογή σχετικών παρεμβάσεων, οδηγεί στη βελτίωση της ψυχικής υγείας, τόσο σε κλινικούς, όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς και αποδεικνύονται, ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Sin και Lyubomirsky (2009), η οποία συνεξέτασε τα αποτελέσματα 51 θετικών παρεμβάσεων εφαρμοσμένων σε κλινικά και μη κλινικά δείγματα, τέτοιου είδους παρεμβάσεις αποδείχθηκαν αποτελεσματικές για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των συμμετεχόντων και τη βελτίωση της γενικότερης ευημερίας τους.

9.1. Σκοπός της έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις

Σκοπός, επομένως, της παρούσας έρευνας είναι, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος που αποσκοπεί στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και, δευτερευόντως, στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της επιβάρυνσης σε φροντιστές ασθενών με άνοια, καθώς και στη γενικότερη μείωση των αρνητικών τους συναισθημάτων και σε αύξηση των θετικών.

Προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του παρόντος 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 (Υπόθεση 1η).
2. Τα αρνητικά συναισθήματα, αναμένεται να μειωθούν στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μετά την

ολοκλήρωση του προγράμματος (Υπόθεση 2η).

3. Τα θετικά συναισθήματα, αναμένεται να βελτιωθούν στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (Υπόθεση 3η).

4. Ο βαθμός επιβάρυνσης αναμένεται να μειωθεί στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (Υπόθεση 4η).

5. Τα επίπεδα κατάθλιψης, αναμένεται να μειωθούν στους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (Υπόθεση 5η).

6. Αναμένεται ότι η παρέμβαση θα είναι αποτελεσματική εντός της πειραματικής ομάδας ως προς τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, επιβάρυνσης, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και ως προς τη βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων και των θετικών τους συναισθημάτων (Υπόθεση 6η).

7. Αναμένεται ότι τα αποτελέσματα της παρέμβασης θα διατηρηθούν και 3 μήνες μετά την ολοκλήρωσή της (Υπόθεση 7η).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

10. ΜΕΘΟΔΟΣ

10.1. Ερευνητικός σχεδιασμός παρούσας έρευνας

Η παρούσα έρευνα, πρόκειται για έρευνα αποτελέσματος, από τη στιγμή που εξετάζει την αποτελεσματικότητα ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε φροντιστές πασχόντων με άνοια. Οι έρευνες αποτελέσματος, σε γενικές γραμμές, εξετάζουν την αποτελεσματικότητα μιας ομαδικής παρέμβασης, δίνοντας έμφαση στο βαθμό της ατομικής αλλαγής των μελών της, μέσα από την αξιολόγηση τους, τόσο πριν την έναρξη, όσο και μετά τη λήξη του προγράμματος, αναφορικά με συγκεκριμένες μεταβλητές, που σχετίζονται με τους στόχους της εκάστοτε παρέμβασης (Βασιλόπουλος κ.ά., 2011). Ο σχεδιασμός, της παρούσας έρευνας, είναι ημι-πειραματικός, με διαχωρισμό των συμμετεχόντων σε δύο ομάδες. Οι ομάδες της έρευνας περιελάμβαναν μία ομάδα παρέμβασης, η οποία και παρακολούθησε την παρέμβαση και μία ομάδα ελέγχου, η οποία δεν την παρακολούθησε. Μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν και μετά την υλοποίηση του προγράμματος και στις δύο ομάδες, καθώς και μία επαναληπτική (follow up) μέτρηση, τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, για τη διερεύνηση της διατήρησης των αποτελεσμάτων του προγράμματος στο χρόνο (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2014).

10.2. Συμμετέχοντες

Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά ($N= 30$ φροντιστές), οι οποίοι χωρίστηκαν στις δύο ομάδες (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου), με ίσο αριθμό συμμετεχόντων η κάθε μία. Αναλυτικότερα, η ομάδα παρέμβασης περιελάμβανε 15 φροντιστές ατόμων με άνοια, ενώ 15 φροντιστές ατόμων με

άνοια συμμετείχαν και στην ομάδα ελέγχου. Η επιλογή του δείγματος βασίστηκε σε κριτήρια ευκολίας και προσβασιμότητας και δεν πραγματοποιήθηκε με κριτήριο την τυχαία δειγματοληψία. Η συμμετοχή των φροντιστών στην ομάδα παρέμβασης, βασίστηκε στην εθελοντική και συνεπή παρακολούθηση του προγράμματος, μετά τη συμπλήρωση των απαραίτητων ψυχομετρικών εργαλείων σε τρεις χρόνους, για την οποία και είχαν ενημερωθεί εξ αρχής. Το ίδιο συνέβη και με τους φροντιστές που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου, οι οποίοι συμπλήρωσαν εθελοντικά τα απαραίτητα ψυχομετρικά εργαλεία, στους αντίστοιχους τρεις χρόνους, χωρίς όμως, να παρακολουθήσουν την παρέμβαση.

10.2.1. Ομάδα παρέμβασης

Οι φροντιστές που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και συγκρότησαν την ομάδα παρέμβασης, προήλθαν από το κέντρο ημέρας ατόμων με νόσο Alzheimer της περιοχής των Χανίων, με το οποίο συνεργάστηκαν οι συντονιστές του προγράμματος. Από τους 25 φροντιστές που ενημερώθηκαν και ανταποκρίθηκαν θετικά στην πρόσκληση για συμμετοχή στο ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα, τελικά, συμμετείχαν μόνο οι 15 από αυτούς λόγω περιορισμένου ελεύθερου χρόνου. Επομένως, το συνολικό δείγμα της πειραματικής ομάδας ($N=15$) αποτελούνταν από 4 ενήλικες άνδρες (26.7%) και 11 ενήλικες γυναίκες (73.3%), οι περισσότεροι από τους οποίους ήταν 45-65 ετών (60%) και λιγότεροι ανήκαν στην κατηγορία 25-45 ετών (40%). Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από εργαζόμενους ενήλικες φροντιστές (86.2%). Ακόμη, οι φροντιστές που παρακολούθησαν το πρόγραμμα παρέμβασης, αποτελούσαν σε ποσοστό 80% παιδιά των ασθενών, που φρόντιζαν τους πάσχοντες γονείς τους, ενώ ένα ποσοστό 13.3% των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από τα εγγόνια των πασχόντων. Μόνο ένας συμμετέχοντας φαίνεται πως δεν είχε άμεση συγγένεια με τον ασθενή, αλλά αποτελούσε στενό φίλο της οικογένειας. Το μεγαλύτερο μέρος των φροντιστών (66.7%) εμπλέκονταν στη φροντίδα του ασθενή για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους, ενώ οι υπόλοιποι φρόντιζαν τον πάσχοντα συγγενή τους για χρονικό διάστημα ίσο ή μικρότερο του ενός χρόνου. Η συντριπτική πλειοψηφία τους αποτελούσε κύριους φροντιστές των πασχόντων (73.3%).

10.2.2. Ομάδα ελέγχου

Το δείγμα της ομάδας ελέγχου διαμορφώθηκε, επίσης, από φροντιστές ατόμων με άνοια, οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ψυχομετρικά εργαλεία σε τρεις χρόνους χωρίς να παρακολουθήσουν την παρέμβαση και προήλθαν, μέσω ευκαιριακής δειγματοληψίας, από τον πληθυσμό των υπολοίπων φροντιστών του κέντρου ημέρας ατόμων με νόσο Alzheimer της περιοχής των Χανίων, καθώς και φροντιστών από την κοινότητα. Το συνολικό δείγμα, επομένως, της ομάδας ελέγχου ($N=15$), αποτελούνταν από 6 ενήλικες άνδρες (40%) και 8 ενήλικες γυναίκες (60%), ηλικίας 45-65

ετών σε ποσοστό 80% και 25-45 ετών σε ποσοστό 20% και εργαζόμενους (86.7%). Παράλληλα, αποτελούσαν σε ποσοστό 80% παιδιά των ασθενών, που φρόντιζαν τους πάσχοντες γονείς τους, ενώ ένα ποσοστό 13.3% των φροντιστών αποτελούνταν από τα εγγόνια των πασχόντων, όπως συνέβη και στην πειραματική ομάδα. Μόνο ένας συμμετέχοντας φαίνεται πως αποτελούσε εξάδελφο/η του ασθενή. Το 40% των συμμετεχόντων φρόντιζε τον πάσχοντα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους, ενώ το υπόλοιπο 60% φαίνεται πως τον τελευταίο χρόνο ενεπλάκη στη φροντίδα του ασθενή. Οι περισσότεροι από τους φροντιστές που συμμετείχαν και σε αυτή την ομάδα φαίνεται πως είχαν αναλάβει την υποστήριξη του πάσχοντα συγγενή τους, ως κύριοι φροντιστές αυτών (86.7%).

10.3. Ερευνητικά εργαλεία

Για τη συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν:

1. Δημογραφικά στοιχεία
2. «Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)»
3. «Κλίμακα Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης/ Positive and Negative Affect Schedule -PANAS
4. Κλίμακα για τη μέτρηση της κατάθλιψης «Beck Depression Inventory-II (BDI-II)»
5. «Κλίμακα Επιβάρυνσης Zarit -Zarit Burden Interview».

Οι συγκεκριμένες κλίμακες επιλέχθηκαν, με βάση τις καλές ψυχομετρικές τους ιδιότητες, την ευρεία χρήση τους στον ελληνικό πληθυσμό και σε παρόμοιες έρευνες, αλλά και με βάση το πλήθος των ερωτήσεων που καλούνται οι συμμετέχοντες να απαντήσουν, έτσι ώστε να αποφευχθεί πιθανή κούραση και ελλιπής συμπλήρωσή τους. Εξάλλου, η έρευνα απευθύνεται σε φροντιστές ατόμων με χρόνια νόσο, μία, επομένως, πληθυσμιακή ομάδα που, λόγω των απαιτήσεων της καθημερινότητας είναι εξαιρετικά επιβαρυνμένη και με λιγοστό διαθέσιμο ελεύθερο χρόνο, στην οποία, μάλιστα, τα λεγόμενα «dropouts» από σχετικά προγράμματα είναι καλά τεκμηριωμένα.

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, οικογενειακή

κατάσταση και ύπαρξη παιδιών, επαγγελματική κατάσταση, βαθμός συγγένειας με τον ασθενή, χρόνος παροχής φροντίδας και η ερώτηση σχετικά με το αν οι φροντιστές που συμμετέχουν είναι οι κύριοι φροντιστές του ασθενή.

Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Η κλίμακα των Connor και Davidson (2003, όπ. ανάφ. στο Σταλίκας κ.ά., 2012) για την ψυχική ανθεκτικότητα επιλέχθηκε, μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, λόγω των ικανοποιητικών ψυχομετρικών της ιδιοτήτων και της διαπολιτισμικής της εμβέλειας, μιας και φαίνεται πως έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες σε όλο τον κόσμο (Singh & Yu, 2010).

Πιο αναλυτικά, η κατασκευή της κλίμακας βασίζεται σε ένα πλούσιο θεωρητικό υπόβαθρο και στηρίζεται στο μοντέλο του Richardson (2002) για την ανθεκτικότητα, σύμφωνα με το οποίο η ανθεκτικότητα γίνεται αντιληπτή ως ικανότητα αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, η οποία μπορεί να καλλιεργηθεί. Σχεδιάστηκε με σκοπό την ποσοτική μέτρηση της ανθεκτικότητας, με εφαρμογή τόσο στον γενικό όσο και σε κλινικό πληθυσμό (Σταλίκας κ.ά., 2012). Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες, αλλά και στην ελληνική γλώσσα από την Τσιγκαροπούλου κ.ά. (2020) σε δείγμα 574 ατόμων, μισοί από τους οποίους ήταν φοιτητές και οι άλλοι μισοί ασθενείς με διαγνωσμένη ψυχιατρική νόσο. Παράλληλα, έχει εφαρμοσθεί ευρέως σε ποικίλους και διαφορετικούς πληθυσμούς, καθώς και σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (π.χ. ασθενείς με Alzheimer, κοινωνικοί λειτουργοί, εφήβοι, ηλικιωμένοι, πάσχοντες από διαταραχή μεταρρυθματικού στρες κ.λ.π.), σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα (Benetti & Kampouropoulos, 2006).

Ταυτόχρονα, η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα, η οποία μετρήθηκε μέσω συσχέτισης των τιμών της κλίμακας με τις τιμές ενός πλήθους άλλων κλιμάκων. Ακόμη, εμφανίζει ικανοποιητική αποκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's $\alpha = .89$), αλλά και επαναληπτικών μετρήσεων, μιας και επαναχορηγήθηκε 15-30 ημέρες μετά τη διεξαγωγή της κύριας έρευνας και έδειξε ισχυρά θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μετρήσεων $r = 0.678$, $p < 0.001$ (Σταλίκας κ.ά., 2012).

Πρόκειται, επομένως, για ένα αξιόπιστο, έγκυρο και ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αυτοαναφοράς για τον εντοπισμό της ύπαρξης ψυχικής ανθεκτικότητας. Συγκριτικά, μάλιστα, με άλλα υπάρχοντα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης της έννοιας, όπως είναι η κλίμακα ανθεκτικότητας «Brief Resilience Scale» των Smith κ.ά. (2008) και η κλίμακα «Resilience Scale» των Wagnild και Young (1993), είναι το μόνο εργαλείο που έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει χρησιμοποιηθεί συστηματικά σε έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό. Παράλληλα, συγκριτικά με την κλίμακα «Resilience Scale for Adults» των Friborg κ.ά. (2003), η οποία έχει πρόσφατα

μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά, παρουσιάζει καλύτερες ψυχομετρικές ιδιότητες, ενώ διαθέτει μικρότερο αριθμό ερωτήσεων προς απάντηση, κάτι που λήφθηκε υπόψη στην επιλογή της, έτσι ώστε να μην επέλθει κόπωση στους συμμετέχοντες της έρευνας.

Η κλίμακα, επομένως, αποτελείται από 25 δηλώσεις αυτοαναφοράς και καλεί τους συμμετέχοντες να απαντήσουν στο βαθμό που συμφωνούν με την κάθε δήλωση, κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert, όπου «0» σημαίνει καθόλου αληθές και «4» σχεδόν πάντα αληθές. Οι ερωτήσεις αντιστοιχούν σε πέντε παράγοντες: (1) ατομική επάρκεια, (2) εμπιστοσύνη/αποδοχή της αλλαγής, (3) ασφαλείς δεσμοί, (4) έλεγχος και (5) πνευματικότητα. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των βαθμών των προτάσεων και μπορεί να πάρει τιμές από «0» έως «100». Η μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας (Σταλίκας κ.ά., 2012).

Κλίμακα Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης/ Positive and Negative Affect Schedule (PANAS).

Η Κλίμακα Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης των Watson, Clark και Tellegen (1988, όπ. ανάφ. στο Σταλίκας κ.ά., 2012) είναι κλίμακα αυτοαξιολόγησης και έχει σχεδιαστεί με σκοπό την αξιολόγηση της θετικής ή αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου. Σε γενικές γραμμές, έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών και έχει αποτελέσει, με τα χρόνια, κύριο εργαλείο για την εκτίμηση του συναισθήματος. Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τις Δασκάλου και Συγκολλίτου (2012, όπ. ανάφ στο Σταλίκας κ.ά., 2012), σε δείγμα 857 εφήβων και νεαρών ενηλίκων και έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό, αλλά και σε μεγάλο αριθμό επιστημονικών εργασιών, ισχυροποιώντας την αξιοπιστία της (Μιλής, 2015· Thompson, 2007). Σύμφωνα με την κατασκευή της κλίμακας, θετικό και αρνητικό συναίσθημα αντιπροσωπεύουν διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις του ατόμου. Το θετικό συναίσθημα αφορά μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, ενώ το αρνητικό συναίσθημα αναφέρεται σε μια κατάσταση ψυχολογικής δυσφορίας και αναστάτωσης (Ostir et al., 2000).

Η κλίμακα αποτελείται από 2 υποκλίμακες, κάθε μία από τις οποίες περιλαμβάνει 10 συναισθηματικούς αυτοχαρακτηρισμούς. Η μία υποκλίμακα περιλαμβάνει θετικούς και η άλλη υποκλίμακα περιλαμβάνει αρνητικούς συναισθηματικούς αυτοχαρακτηρισμούς, οι οποίοι βαθμολογούνται σε πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (1= Πολύ Λίγο, 2= Λίγο, 3= Μέτρια, 4= Αρκετά, 5= Πάρα Πολύ). Η βαθμολογία στις υποκλίμακες προκύπτει από το μέσο όρο της βαθμολογίας στις ερωτήσεις που αντιστοιχούν στη σχετική υποκλίμακα. Παραδείγματα χαρακτηρισμών της κλίμακας του θετικού συναισθήματος αποτελούν οι εξής χαρακτηρισμοί:

δυνατός/ή, ενθουσιώδης, περήφανος/η. Παραδείγματα χαρακτηρισμών της κλίμακας του αρνητικού συναισθήματος αποτελούν οι εξής: αγχωμένος/η, νευρικός/ή, φοβισμένος/η. Η «Κλίμακα PA Θετικού συναισθήματος» περιλαμβάνει τις δηλώσεις με αριθμό 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19, ενώ η «Κλίμακα NA Αρνητικού συναισθήματος» τις δηλώσεις με αριθμούς 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20.

Όσον αφορά τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου, φαίνεται πως είναι αρκετά ικανοποιητικές. Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα έχει επιβεβαιωθεί ως αξιόπιστη και έγκυρη για τη χρήση της στον ελληνικό πληθυσμό, μιας και η υποκλίμακα του θετικού συναισθήματος εμφανίζει ικανοποιητικό δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha = .71$, όπως και η υποκλίμακα του αρνητικού συναισθήματος, Cronbach's $\alpha = .79$. Οι τιμές, μάλιστα, αυτές βρίσκονται αρκετά κοντά στις τιμές των αντίστοιχων δεικτών που έχουν υπολογιστεί για την κλίμακα, από τους κατασκευαστές της (Σταλίκας κ.ά., 2012). Παράλληλα, η κλίμακα φαίνεται πως διαθέτει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη δύο ξεχωριστών κλιμάκων θετικού και αρνητικού συναισθήματος, κάτι που φαίνεται από την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση που διενεργήθηκε και απέδωσε ικανοποιητικές φορτίσεις για τα 20 θέματα του ερωτηματολογίου (Σταλίκας κ.ά., 2012).

Άλλα εργαλεία, που σκοπό έχουν την αξιολόγηση του βαθμού βίωσης θετικών συναισθημάτων αποτελούν οι εξής κλίμακες που έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό: η «Κλίμακα Καταγραφής Συναισθημάτων» (Des mod) των Fredrickson, Tugade, Waugh και Larkin (2003) και η «Κλίμακα θετικής και αρνητικής εμπειρίας» (Spane-8) των Diener κ.ά. (2009). Αν και οι ψυχομετρικές τους ιδιότητες είναι καλές, η κλίμακα PANAS προτιμήθηκε στην παρούσα έρευνα, μιας και έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτερα και πιο συστηματικά, σε σύγκριση με τις προαναφερθείσες. Παράλληλα, συγκριτικά με την πρώτη, η κλίμακα, που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, είναι πιο ασφαλής ως προς τη χρήση της, μιας και η ταξινόμηση των συναισθημάτων (θετικών και αρνητικών) στις υποκλίμακες της «Κλίμακας Καταγραφής Συναισθημάτων Des mod» δεν ακολουθεί μία συγκεκριμένη και τυποποιημένη μορφή, αλλά ενδέχεται να διαφέρει από έρευνα σε έρευνα. Τέλος, συγκριτικά με τη δεύτερη, η κλίμακα της παρούσας έρευνας μετράει το θετικό και αρνητικό συναίσθημα των συμμετεχόντων, ενώ η «Κλίμακα θετικής και αρνητικής εμπειρίας (Spane-8)» μετράει, κυρίως, ευχάριστες και δυσάρεστες εμπειρίες που σχετίζονται με αυτά. Συνεπώς, η επιλογή της «Κλίμακας Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης-PANAS», ήταν η πιο ενδεδειγμένη από τις υπάρχουσες επιλογές.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης του Beck που αξιολογεί τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής διάθεσης σε ενήλικες, έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και διαθέτει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Πιο αναλυτικά, η κλίμακα κατάθλιψης Beck δημιουργήθηκε για να μετρήσει τις γνωστικές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές και σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης. Έχει σταθμιστεί και μεταφραστεί στα ελληνικά και περιλαμβάνει τα εξής συμπτώματα που αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, προσδίδοντας στο εργαλείο καλή εγκυρότητα περιεχομένου: μειωμένη διάθεση, απαισιοδοξία, αίσθημα αποτυχίας, απώλεια ικανοποίησης από δραστηριότητες, αίσθημα ενοχής, αίσθημα ότι το άτομο τιμωρείται, απέχθεια για τον εαυτό, αυτοκατηγορία, αυτοκτονικές ιδέες, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, μείωση ενεργητικότητας, αϋπνία, κόπωση, απώλεια όρεξης και βάρους, σωματικές ενοχλήσεις και απώλεια της λίμπιντο. Αυτά τα συμπτώματα, χωρίζονται σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας σε δύο διαστάσεις: τη γνωστική διάσταση και τη σωματικοσυναισθηματική διάσταση που εξηγούν το 42,5% της συνολικής διακύμανσης. Οι διαστάσεις αυτές αντιστοιχούν στις 21 κατηγορίες του εργαλείου, κάθε μία από τις οποίες περιλαμβάνει 4-5 προτάσεις που αναφέρονται σε κάποιο από τα προαναφερθέντα συμπτώματα (είτε της μίας, είτε της άλλης διάστασης) και συμβολίζονται με γράμματα της αλφαβήτου. Κάθε πρόταση μπορεί να βαθμολογηθεί από το «0=απουσία συμπτώματος» έως το «3=ύπαρξη συμπτωματολογίας». Η συνολική βαθμολογία μπορεί να πάρει τιμές από «0» έως «63» και προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας των ερωτήσεων (Γιαννακού κ.ά., 2013).

Παράλληλα, η κλίμακα κατάθλιψης Beck-II αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης. Στην έρευνα, με την οποία το εργαλείο μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό, συμμετείχαν 267 άτομα, κάποια από τα οποία είχαν εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους και κάποια, τα οποία είχαν λάβει κάποια άλλη ψυχιατρική διάγνωση. Στην έρευνα συμμετείχαν επιπρόσθετα και 100 φοιτητές. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε η συγκεκριμένη κλίμακα, αλλά και άλλες κλίμακες μέτρησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας με τιμές στον δείκτη του Cronbach $\alpha = .85$, για την ομάδα των ασθενών και Cronbach $\alpha = .92$ για την ομάδα των φοιτητών. Παράλληλα, φάνηκε καλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων του εργαλείου, με ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μετρήσεων $r = .89$, $p < .001$. Ακόμη, η κλίμακα φάνηκε πως διαθέτει υψηλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, συσχετιζόμενη θετικά με άλλες κλίμακες μέτρησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους (π.χ. υποκλίμακα κατάθλιψης SCL-90, POMS, BAI, STAI), ενώ εγκυρότητα στο εργαλείο προσδίδει και το γεγονός πως τις υψηλότερες βαθμολογίες συγκέντρωσαν τα άτομα που είχαν διαγνωσθεί με καταθλιπτικό επεισόδιο (Γιαννακού κ.ά., 2013).

Σε σύγκριση με άλλα εργαλεία μέτρησης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως η «Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Σρες-DASS» των Lovibond και Lovibond (1995, όπ. ανάφ. στο Σταλίκας κ.ά., 2012) και η «Κλίμακα Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων- CES-D» των Radloff (1977, όπ. ανάφ. στο Σταλίκας κ.ά., 2012), που έχουν, επίσης, μεταφραστεί και σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, φαίνεται πως είναι η μόνη που στηρίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM- IV, αυξάνοντας, έτσι, την εγκυρότητά της. Ένας αριθμός συμπτωμάτων που είναι τυπικά για την διάγνωση της κατάθλιψης, όπως οι αλλαγές στο μοτίβο του ύπνου και στην όρεξη, αλλά και οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, δεν καλύπτονται από τα υπόλοιπα σχετικά ερωτηματολόγια που έχουν αναπτυχθεί (<https://datanalysis.net/questionnaires/depression-anxiety-stress-scale-dass/>).

Η Κλίμακα Επιβάρυνσης-Zarit Burden Interview

Η πιο ευρέως διαδεδομένη κλίμακα που χρησιμοποιείται από ερευνητές για τη μέτρηση της επιβάρυνσης, συγκεκριμένα, των φροντιστών ασθενών με άνοια είναι η «Κλίμακα επιβάρυνσης Zarit» (The Zarit Burden Interview), η οποία για το λόγο αυτό, συνδυαστικά και με τις πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητές της, επιλέχθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας.

Πιο αναλυτικά, η κλίμακα σχεδιάστηκε με σκοπό να αξιολογήσει τη συνολική συναισθηματική επιβάρυνση φροντιστών ασθενών με άνοια. Η κλίμακα κατασκευάστηκε, αρχικά το 1984 και αποτέλεσε χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης των επιπτώσεων της φροντίδας στον φροντιστή. Μέχρι σήμερα, έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και σταθμιστεί σε διάφορες κουλτούρες (Παπασταύρου κ.ά, 2006). Η ελληνική εκδοχή της κλίμακας, σταθμίστηκε σε δείγμα 172 φροντιστών ασθενών με Alzheimer ή άλλου τύπου γνωστικές διαταραχές. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις/δηλώσεις που αξιολογούν 4 παράγοντες επιβάρυνσης, σύμφωνα με τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση που διενεργήθηκε: την προσωπική ένταση (ερωτήσεις 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 22), την ένταση του ρόλου (ερωτήσεις 1, 4, 5, 6, 7, 13, 19), την αποστέρωση άλλων (ερωτήσεις 2, 3, 11, 12) και τη διαχείριση φροντίδας (ερωτήσεις 20 και 21). Ο παράγοντας «προσωπική ένταση», αφορά τα προσωπικά συναισθήματα του φροντιστή, ενώ ο παράγοντας «ένταση του ρόλου», περιλαμβάνει ερωτήσεις που εξετάζουν το συναίσθημα που συνοδεύει τη συνθήκη της φροντίδας. Ο τρίτος παράγοντας αφορά την αλλαγή που επέρχεται στις διαπροσωπικές σχέσεις του φροντιστή λόγω της φροντίδας και ο τέταρτος παράγοντας αναφέρεται στην ικανότητα του φροντιστή να παρέχει φροντίδα, όπως αυτή αξιολογείται από τον ίδιο (Παπασταύρου κ.ά, 2006). Οι συμμετέχοντες, για κάθε ερώτηση, καλούνται να δηλώσουν τη συχνότητα, με την οποία αισθάνθηκαν ή/και βίωσαν αυτό που περιγράφει η κάθε ερώτηση, χρησιμοποιώντας μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, που κυμαίνεται από το 0 (ποτέ) έως 4 (σχεδόν πάντα). Η βαθμολογία της κλίμακας που προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων των συμμετεχόντων και μπορεί να πάρει τιμές από «0» έως «88».

Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερη επιβάρυνση βιώνει ο φροντιστής. Οι βαθμολογίες από «0» έως «21» αντιστοιχούν σε ελάχιστη ή καμία επιβάρυνση, από «21» έως «40» σε ήπια με μέτρια επιβάρυνση, από «41» έως «60» σε μέτρια με σοβαρή επιβάρυνση και βαθμολογία >60 σε πολύ σοβαρή συναισθηματική επιβάρυνση (Παπασταύρου κ.ά., 2006).

Όσον αφορά τις ψυχομετρικές ιδιότητές της, φαίνεται πως η κλίμακα παρουσιάζει πολύ καλή εγκυρότητα περιεχομένου στις 22 ερωτήσεις της, οι οποίες έχουν κατασκευαστεί, με βάση την κλινική και ερευνητική εμπειρία ειδικών με άτομα που φροντίζουν ασθενείς με άνοια. Η δομική εγκυρότητα του εργαλείου, στην αρχική του μορφή, έχει εξεταστεί σε σχέση με μια συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης των φροντιστών ($r = .41$), ενώ επιβεβαιώθηκε και από τη στάθμιση της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό της Κύπρου. Παράλληλα, η αξιοπιστία του εργαλείου είναι εξαιρετική (Cronbach's $\alpha = .93$).

Συνεπώς, φαίνεται πως πρόκειται για ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια από επαγγελματίες υγείας για την αξιολόγηση της επιβάρυνσης της φροντίδας ασθενών με άνοια και είναι σχεδιασμένο ακριβώς για την πληθυσμιακή ομάδα, στην οποία απευθύνεται η παρούσα έρευνα. Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της κλίμακας μπορεί, μάλιστα, να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό προγραμμάτων ανακούφισης των φροντιστών.

10.4. Αξιοπιστία και εγκυρότητα παρούσας έρευνας

Η εγκυρότητα και αξιοπιστία της παρούσας έρευνας επικυρώνεται μέσα από τη χρήση εργαλείων με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, ενώ παράλληλα, επιβεβαιώνεται και από τη διενέργεια των αντίστοιχων ελέγχων αξιοπιστίας, τόσο για την πειραματική όσο και για την ομάδα ελέγχου, για κάθε εργαλείο ξεχωριστά και στους 3 χρόνους συμπλήρωσής τους από τους συμμετέχοντες.

Πιο αναλυτικά, στην παρούσα έρευνα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την «Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson» (CD-RISC), εκτιμήθηκε με το δείκτη Cronbach's alpha τόσο για την ομάδα παρέμβασης, όσο και για την ομάδα ελέγχου. Οι δείκτες αξιοπιστίας ήταν υψηλοί και κυμαίνονταν από .922 έως .937 (Πίνακας 1.)

Πίνακας 1.

Δείκτης αξιοπιστίας α του Chronbach για το εργαλείο CD-RISC

	Chronbach's Alpha	N of Items
Πριν-Μέτρηση	0,928	25
Μετά-Μέτρηση	0,937	25
3μήνες μετά-Μέτρηση	0,922	25

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την «Κλίμακα Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης» (PANAS), εκτιμήθηκε με το δείκτη Cronbach's alpha, τόσο για την ομάδα παρέμβασης, όσο και για την ομάδα ελέγχου, ξεχωριστά για την υποκλίμακα θετικού συναισθήματος (PA) και ξεχωριστά για την υποκλίμακα αρνητικού συναισθήματος (NA). Οι δείκτες αξιοπιστίας κυμαίνονταν σε οριακά ικανοποιητικά επίπεδα για την υποκλίμακα θετικού συναισθήματος, από .634 έως .694 και ικανοποιητικά για την υποκλίμακα αρνητικού συναισθήματος από .732 έως .834. (Πίνακας 2.)

Πίνακας 2.

Δείκτης αξιοπιστίας α του Chronbach για το εργαλείο PANAS

	Chronbach's Alpha (PA)	N of Items	Chronbach's Alpha (NA)	N of Items
Πριν-Μέτρηση	0,694	10	0,732	10
Μετά-Μέτρηση	0,693	10	0,826	10
3μήνες μετά-Μέτρηση	0,634	10	0,834	10

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την «Κλίμακα κατάθλιψης του Beck» (BDI-II), εκτιμήθηκε με το δείκτη Cronbach's alpha, τόσο για την ομάδα παρέμβασης όσο και για την ομάδα ελέγχου. Οι δείκτες αξιοπιστίας ήταν υψηλοί για το εργαλείο και κυμαίνονταν από .880 έως .930 (Πίνακας 3.)

Πίνακας 3.

Δείκτης αξιοπιστίας α του Chronbach για το εργαλείο BDI-II

	Chronbach's Alpha	N of Items
Πριν-Μέτρηση	0,880	21
Μετά-Μέτρηση	0,904	21
3μήνες μετά-Μέτρηση	0,930	21

Τέλος η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την «Κλίμακα επιβάρυνσης» (Zarit Burden Interview), εκτιμήθηκε με το δείκτη Cronbach's alpha, τόσο για την ομάδα παρέμβασης όσο και για την ομάδα ελέγχου. Οι δείκτες αξιοπιστίας ήταν υψηλοί και κυμαίνονταν από .881 έως .898 (Πίνακας 4.)

Πίνακας 4.

Δείκτης αξιοπιστίας α του Chronbach για το εργαλείο Zarit Burden Interview

	Chronbach's Alpha	N of Items
Πριν-Μέτρηση	0,892	22
Μετά-Μέτρηση	0,898	22
3μήνες μετά-Μέτρηση	0,881	22

10.5. Διαδικασία

Η παρούσα έρευνα ξεκίνησε μετά την επικοινωνία των συντονιστών (2 συντονιστές) με το κέντρο ημέρας ατόμων με νόσο Alzheimer της περιοχής των Χανίων, για την εύρεση του σχετικού δείγματος. Η επικοινωνία είχε θετική κατάληξη και οδήγησε σε συνεργασία, η οποία και πραγματοποιήθηκε, μέσω στενής επικοινωνίας με την κοινωνική λειτουργό του κέντρου, η οποία και ανέλαβε να κάνει τη σχετική ενημέρωση στους ωφελούμενους. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή των ωφελούμενων-φροντιστών, οι οποίοι θα έδειχναν ενδιαφέρον συμμετοχής, ήταν η δέσμευσή τους για συνεπή συμμετοχή τους και στις έξι συναντήσεις, που επρόκειτο να πραγματοποιηθούν στα πλαίσια υλοποίησης του προγράμματος, καθώς και η συμπλήρωση των ψυχομετρικών εργαλείων σε τρεις χρόνους, πριν και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Οι προϋποθέσεις αυτές τους κοινοποιήθηκαν εξ αρχής από το κέντρο. Όσοι συμφώνησαν, επομένως, να συμμετέχουν, συμπλήρωσαν την απαραίτητη φόρμα συγκατάθεσης, μέσα από την οποία ενημερώθηκαν, λεπτομερώς, για την παρέμβαση και έδωσαν τη συναίνεσή τους για την παρακολούθησή της, καθώς και για την κοινοποίηση της διεύθυνσης της ηλεκτρονικής τους αλληλογραφίας για επικοινωνία και περαιτέρω ενημέρωση από τις συντονίστριες του προγράμματος. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν, ηλεκτρονικά και με προσωπικό μείλ, για τις μέρες και ώρες διεξαγωγής της παρέμβασης, μέσα από την οποία δόθηκαν και οι απαραίτητες οδηγίες για τη σύνδεσή τους στην πρώτη διαδικτυακή συνάντηση του προγράμματος.

Ακριβώς η ίδια διαδικασία, ακολουθήθηκε και για την ομάδα ελέγχου. Όσοι συμφώνησαν να συμμετέχουν στην ομάδα αυτή, η οποία δεν παρακολούθησε την παρέμβαση, αφού συμπλήρωσαν την απαραίτητη φόρμα συγκατάθεσης, δεσμεύτηκαν να συμπληρώσουν, με συνέπεια, και τα απαραίτητα ψυχομετρικά εργαλεία σε τρεις χρόνους, οι οποίοι και θα τους υποδεικνύονταν από τις συντονίστριες, μέσω της προσωπικής ηλεκτρονικής τους αλληλογραφίας. Στην ομάδα αυτή, ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων, μιας και ο αναμενόμενος αριθμός δεν συμπληρώθηκε από τους ωφελούμενους του κέντρου, προήλθε από την κοινότητα και προσεγγίστηκε με τον ίδιο τρόπο.

Όσοι, επομένως, συμμετείχαν στο πρόγραμμα, είτε ανήκαν στην ομάδα παρέμβασης, είτε ανήκαν στην ομάδα ελέγχου, συμπλήρωναν, σε πρώτη φάση, ηλεκτρονικά και σε δικό τους χώρο, τα ερωτηματολόγια. Όσοι δεν συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και στους τρεις χρόνους, εξαιρέθηκαν από την έρευνα. Ο χρόνος συμπλήρωσης των ψυχομετρικών εργαλείων, ήταν ο

ίδιος για τους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου, με μέση διάρκεια περίπου 20-25 λεπτά την κάθε φορά.

10.6. Το πρόγραμμα παρέμβασης

Το πρόγραμμα παρέμβασης που παρακολούθησε η πειραματική ομάδα (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι), αποτελούνταν από δομημένες δραστηριότητες που εμπειρεύσαν, κυρίως, στοιχεία βασισμένα σε αρχές της Θετικής ψυχολογίας. Ειδικότερα, η παρέμβαση περιελάμβανε δραστηριότητες που είχαν ως στόχο τη διαχείριση και έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων των συμμετεχόντων και σχετική εκπαίδευση στην ενσυνείδητη αναπνοή και χαλάρωση, την καλλιέργεια της ευγνωμοσύνης και γενικότερα των θετικών τους συναισθημάτων παρά τη δυσχέρεια, τη βίωση της παρούσας στιγμής, στο «εδώ και τώρα», την καλλιέργεια της ενσυνειδητότητας για εφαρμογή στην καθημερινότητά τους, την αυτοφροντίδα των συμμετεχόντων και την ανεύρεση νοήματος και θετικού προσήμου στη διαδικασία της φροντίδας, παρά την εξ'ορισμού αρνητική της διάσταση, την καλλιέργεια της ψυχικής τους ανθεκτικότητας και την εκπαίδευσή τους πάνω στη γενικότερη φιλοσοφία του όρου, καθώς και την ενδυνάμωσή τους. Για τις δραστηριότητες χρησιμοποιήθηκαν διάφορες βιβλιογραφικές πηγές, που περιελάμβαναν μεγάλη ποικιλία ασκήσεων και δραστηριοτήτων, βασισμένων στη Θετική Ψυχολογία και σε παρόμοιες παρεμβάσεις. Αρκετά στοιχεία αντλήθηκαν, επομένως, από ασκήσεις που έχουν εφαρμοσθεί με επιτυχία σε παρεμβάσεις «απολαμβάνει» και σε παρεμβάσεις «ευγνωμοσύνης», σύμφωνα με δεδομένα ερευνών του βιβλίου των Σταλίκας, Γιωτσίδη, και Καρακασίδου (2020), ενώ χρησιμοποιήθηκαν αρκετές ασκήσεις που είχαν ως στόχο την αύξηση της ψυχικής ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων π.χ. οι ασκήσεις με τίτλους «Πίτσα της ανθεκτικότητας» και «Φροντίζοντας τον φροντιστή» αντίστοιχα (Αρχοντάκη & Φιλίππου, 2003; Σταλίκας κ.ά., 2020; <http://www.resilience-project.eu>, <https://www.therapistaid.com/therapy-worksheet/healthy-unhealthycoping-strategies>).

Ένας τρόπος εφαρμογής παρέμβασης θετικής ψυχολογίας, ο οποίος και ακολουθήθηκε για το σχεδιασμό της παρούσας παρέμβασης, είναι μέσω υλοποίησης δομημένου προγράμματος σύντομων και εύκολα εφαρμόσιμων ασκήσεων, οι οποίες δεν απαιτούν υψηλό μορφωτικό επίπεδο για την διεκπεραίωσή τους, με την προσθήκη συζήτησης, μετά την ολοκλήρωση της κάθε άσκησης (DuBois et al., 2012). Παράλληλα, το πρόγραμμα έλαβε τη μορφή εντατικής ομαδικής

παρέμβασης, που πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά, μέσω πλατφόρμας zoom και σε πραγματικό χρόνο, σε διάρκεια δύο εβδομάδων και με στόχο την ολοκλήρωση όλων των προαναφερθέντων δραστηριοτήτων. Οι διαδικτυακές συναντήσεις ήταν συνολικά έξι και έλαβαν χώρα, οι τρεις εξ'αυτών την πρώτη εβδομάδα του Δεκεμβρίου 2023 και οι υπόλοιπες τρεις συναντήσεις, την αμέσως, επόμενη εβδομάδα του ίδιου μήνα. Πιο συγκεκριμένα, οι συναντήσεις έλαβαν χώρα Τετάρτη, Πέμπτη και Κυριακή, της εκάστοτε εβδομάδας, σε συγκεκριμένη ώρα, η οποία και είχε προκαθοριστεί από τους συντονιστές του προγράμματος. Η κάθε διαδικτυακή συνάντηση είχε διάρκεια 1 ώρα και 30λεπτά. Πριν από κάθε συνάντηση, οι συμμετέχοντες λάμβαναν στην προσωπική ηλεκτρονική τους αλληλογραφία το σύνδεσμο της επόμενης συνάντησης.

Η δομή της κάθε συνάντησης περιελάμβανε 4 μέρη: το άνοιγμα, το στάδιο εργασίας, το στάδιο επεξεργασίας και το κλείσιμο (DeLucia-Waack, 2006). Το άνοιγμα κάθε συνάντησης περιλάμβανε μία δραστηριότητα για την έκφραση των συναισθημάτων των συμμετεχόντων στο «εδώ και τώρα» και το σπάσιμο του πάγου μεταξύ των μελών, μία μικρή ανασκόπηση της προηγούμενης συνάντησης και συζήτηση τυχόν αποριών, καθώς και ενημέρωση για το περιεχόμενο της εκάστοτε συνάντησης. Στο στάδιο εργασίας, οι συμμετέχοντες μέσω των δραστηριοτήτων και των ασκήσεων εκπαιδεύονταν στην απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων και στην αλλαγή τρόπου σκέψης και ακολουθούσε το στάδιο επεξεργασίας, όπου δινόταν χρόνος για εκτενή συζήτηση των όσων προηγήθηκαν, μιας και η απλή βίωση των όσων συμβαίνουν στην ομάδα δεν αρκεί για την επίτευξη της αλλαγής. Η επεξεργασία της εμπειρίας την παρούσα στιγμή, χρειάζεται για να νοηματοδοτηθούν τα όσα συνέβησαν εντός αυτής και να γενικευτεί η γνώση που επιτεύχθηκε (Yalom, 2006, όπ. ανάφ. στο Βασιλόπουλος κ.ά., 2016). Το κλείσιμο της κάθε συνάντησης περιελάμβανε την εκ νέου έκφραση συναισθημάτων των μελών, μία μικρή σύνοψη των όσων είχαν συντελεστεί και μία σύντομη αναφορά στην επόμενη συνάντηση.

10.7. Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, μέσα από τη συμπλήρωση των προαναφερθέντων ερωτηματολογίων σε τρεις χρόνους, τόσο από την πειραματική ομάδα, όσο και από την ομάδα ελέγχου, αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS. Πιο αναλυτικά, σε πρώτη φάση

διενεργήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι με το κριτήριο χ^2 (chi-square), για την επιβεβαίωση της ισοδυναμίας των δύο ομάδων, ενώ διενεργήθηκε και έλεγχος κανονικότητας του δείγματος ως προς τις συνολικές βαθμολογίες και των δύο ομάδων σε όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και στους τρεις χρόνους. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t για εξαρτημένα δείγματα (paired samples t-test), με σκοπό την διαπίστωση των διαφορών ανάμεσα στις βαθμολογίες των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης πριν και μετά την ολοκλήρωσή της, ενώ χρησιμοποιήθηκε και ο έλεγχος διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων άπονα, με σκοπό τη σύγκριση των βαθμολογιών φροντιστών της ομάδας παρέμβασης με τις βαθμολογίες των φροντιστών της ομάδας ελέγχου, ως προς τις μετρήσεις τους σε όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία και στις τρεις χρονικές στιγμές μετρήθηκαν.

11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

11.1. Αποτελέσματα σύγκρισης των ομάδων πριν από την παρέμβαση

Για να ελεγχθεί η ισοδυναμία των δύο ομάδων (παρέμβασης και ελέγχου), ως προς το φύλο, την ηλικία, την επαγγελματική κατάσταση, το χρονικό διάστημα φροντίδας, το βαθμό συγγένειας με τον ασθενή, καθώς και την αποκλειστικότητα της φροντίδας, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 (chi-square). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης, έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου ήταν ισοδύναμες, ως προς όλες τις, υπό εξέταση, μεταβλητές. Πιο αναλυτικά, οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, $\chi^2(1) = .600$, $p=.439$, ως προς την ηλικία των μελών τους, $\chi^2(1)= 1.429$, $p=.232$ και ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση, $\chi^2(2)= 1.333$, $p=.533$. Παράλληλα, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το βαθμό συγγένειας με τον ασθενή συγγενή τους, $\chi^2(4)= 6.800$, $p= .147$ και ως προς το χρονικό διάστημα που εμπλέκονταν στη φροντίδα του, $\chi^2(2)= 3.471$, $p= .176$. Τέλος, ως προς τη μεταβλητή, εάν οι συμμετέχοντες είναι οι κύριοι φροντιστές των πασχόντων συγγενών τους (αποκλειστικότητα φροντίδας), επίσης, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, $\chi^2(1)= .833$, $p= .361$.

11.2. Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας δείγματος

Πριν από τις κύριες αναλύσεις της παρούσας έρευνας, διενεργήθηκε έλεγχος κανονικότητας του δείγματος, με σκοπό να γίνει επιλογή των κατάλληλων ελέγχων για την επιβεβαίωση των ερευνητικών υποθέσεων της εργασίας. Για το λόγο αυτό, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Kolmogorov – Smirnov, για τις μεταβλητές «βαθμολογία πριν την παρέμβαση» «βαθμολογία μετά την παρέμβαση» και «βαθμολογία 3μήνες μετά την παρέμβαση» σε όλα τα

εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και για τις δύο ομάδες (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου). Φάνηκε, λοιπόν, ότι $p > .05$ κι έτσι η κατανομή του δείγματος είναι κανονική. Γι' αυτό, οι έλεγχοι που θα εφαρμοστούν θα είναι για τις συγκεκριμένες μεταβλητές παραμετρικοί.

Εξαίρεση αποτέλεσαν, μόνο, οι μεταβλητές «βαθμολογία πριν την παρέμβαση» «βαθμολογία μετά την παρέμβαση» και «βαθμολογία 3 μήνες μετά την παρέμβαση», στο εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης (BDI-II) και για τις δύο ομάδες, όπου $p < .05$ και άρα η κατανομή του δείγματος δεν είναι κανονική, που σημαίνει ότι απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση περί κανονικότητας του δείγματος, το οποίο συνεπάγεται την επιλογή μη παραμετρικών ελέγχων για αναλύσεις που αφορούν τις συγκεκριμένες μεταβλητές.

11.2. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας (αποτελέσματα εντός ομάδας παρέμβασης)

Για την διαπίστωση διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της αξιολόγησης των διαφορετικών μετρήσεων, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t για εξαρτημένα δείγματα (paired samples t -test), πρωτίστως, για την πειραματική ομάδα (Υπόθεση 6η). Στον Πίνακα 5., παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της πειραματικής ομάδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μετρήσεις, πριν την παρέμβαση ($M.O.=58.13$, $T.A.=13.6$) και μετά την παρέμβαση ($M.O.=63.93$, $T.A.=11.8$), για την ψυχική ανθεκτικότητα των συμμετεχόντων, $t(14) = -4.139$, $p = .001$ (Πίνακας 5.).

Πίνακας 5.

Έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα για την κλίμακα της Ψυχικής ανθεκτικότητας εντός ομάδας παρέμβασης

	Πριν Μέτρηση	Μετά Μέτρηση			
	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	t	df	p
Ομάδα Παρέμβασης	58,13 (13,6)	63,93 (11,8)	-4,139	14	,001

11.3. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και την αύξηση των θετικών συναισθημάτων (αποτελέσματα εντός ομάδας παρέμβασης)

Για την διαπίστωση διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της αξιολόγησης των διαφορετικών μετρήσεων, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t για εξαρτημένα δείγματα (paired samples t-test), πρωτίστως, για την πειραματική ομάδα (Υπόθεση 6η). Στον Πίνακα 6., παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις της πειραματικής ομάδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μετρήσεις, πριν την παρέμβαση ($M.O.=27.00$, $T.A.=5.52$) και μετά την παρέμβαση ($M.O.=21.53$, $T.A.=5.98$), για τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων των συμμετεχόντων, $t(14)= 4.546$, $p= .000$. Αντίθετα, δε συνέβη το ίδιο με τα επίπεδα των θετικών συναισθημάτων των συμμετεχόντων πριν την παρέμβαση ($M.O.=32.46$, $T.A.=5.56$) και μετά την παρέμβαση ($M.O.=31.46$, $T.A.=5.04$) και $t(14)= 1.408$, $p> .05$, τα οποία φαίνεται πως παρέμειναν στα ίδια επίπεδα, σημειώνοντας και μία πολύ μικρή πτώση (Πίνακας 6.).

Πίνακας 6.

Έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα για την κλίμακα Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης εντός ομάδας παρέμβασης

	Πριν Μέτρηση	Μετά Μέτρηση			
	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	t	df	p
Ομάδα Παρέμβασης (Αρνητικό Συναίσθημα)	27,00 (5,52)	21,53 (5,98)	-4,546	14	,000
Ομάδα Παρέμβασης (Θετικό Συναίσθημα)	32,46 (5,56)	31,46 (5,04)	1,408	14	,181

11.4. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης (αποτελέσματα εντός ομάδας παρέμβασης)

Προχωρώντας, για τη διαπίστωση διαφορών μεταξύ των μέσων όρων της αξιολόγησης των διαφορετικών μετρήσεων ως προς τη συναισθηματική επιβάρυνση των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης, χρησιμοποιήθηκε, επίσης, το κριτήριο t για εξαρτημένα δείγματα (paired samples t -test), (Υπόθεση 6η). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά, στις μετρήσεις, πριν την παρέμβαση ($M.O.=39.86$, $T.A.=15.6$) και μετά την παρέμβαση ($M.O.=32.66$, $T.A.=13.9$), για τη συναισθηματική επιβάρυνση των συμμετεχόντων, $t(14)=6.187$, $p=.000$ (Πίνακας 7.).

Πίνακας 7.

Έλεγχος t -test για ανεξάρτητα δείγματα για την κλίμακα της επιβάρυνσης εντός ομάδας παρέμβασης

	Πριν Μέτρηση	Μετά Μέτρηση			
	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	t	df	p
Ομάδα Παρέμβασης	39,86 (15,6)	32,66 (13,9)	6,187	14	,000

11.5. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (αποτελέσματα εντός ομάδας παρέμβασης)

Τέλος, για την διαπίστωση διαφορών ανάμεσα στις μετρήσεις των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης πριν και μετά την εφαρμογή της παρέμβασης, ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία των φροντιστών, χρησιμοποιήθηκε, μη παραμετρικός έλεγχος και πιο

συγκεκριμένα το κριτήριο z του Wilcoxon signed rank, μιας και στην περίπτωση αυτή το δείγμα δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή, όπως έδειξε ο έλεγχος κανονικότητας που προαναφέρθηκε (Υπόθεση 6η). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις, πριν την παρέμβαση και μετά την παρέμβαση για τα καταθλιπτικά συμπτώματα των φροντιστών, που έλαβαν την παρέμβαση, αφού $z = -2.98$, $p = .003$.

11.6. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την ενίσχυση της Ψυχικής ανθεκτικότητας (σύγκριση μεταξύ των ομάδων)

Για να διαπιστωθεί η ύπαρξη διαφορών στους μέσους όρους των δύο ομάδων (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου), αναφορικά με τις βαθμολογίες των φροντιστών σε κάθε ένα εκ των τεσσάρων ερωτηματολογίων, που χορηγήθηκαν στην παρούσα έρευνα, σε κάθε μία από τις τρεις χρονικές στιγμές, στις οποίες και έγιναν οι μετρήσεις (πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση, τρεις μήνες μετά την παρέμβαση), πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Υποθέσεις 1η, 2η, 3η, 4η, 5η, 7η).

Πίνακας 8.

Σύγκριση μέσων όρων στις βαθμολογίες των δύο ομάδων στο εργαλείο CD-RISC

	Πριν- Μέτρηση	Μετά-Μέτρηση	Μέτρηση 3 μήνες Μετά
	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση
Ομάδα Ελέγχου	51,73 $\pm$ 16,6	51,86 $\pm$ 16,2	51,80 $\pm$ 15,9
Ομάδα Παρέμβασης	58,13 $\pm$ 13,6	63,93 $\pm$ 11,8	61,66 $\pm$ 9,1

Επομένως, για την 1^η και 7^η υπόθεση, όσον αφορά τις μετρήσεις των ομάδων στο εργαλείο μέτρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISC), ήδη φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 8.), ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, βλέποντας τους μέσους όρους της κάθε μέτρησης. Πιο συγκεκριμένα, οι φροντιστές της ομάδας ελέγχου φαίνεται να παραμένουν στα ίδια επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος, ενώ οι φροντιστές της ομάδας παρέμβασης φαίνεται, ήδη από τη δεύτερη μέτρηση, μετά την παρέμβαση, να έχει αρκετά αυξημένα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας, τα οποία ακόμη και τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωσή της, φαίνεται να διατηρούνται ως έναν βαθμό.

Προχωρώντας στις κύριες αναλύσεις, μέσα από το τεστ σφαιρικότητας του Mauchly φαίνεται ότι στην περίπτωση αυτή, υποστηρίζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, μιας και $\chi^2(2) = 4.490$, $p = .106$, ενώ η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, έδειξε ότι τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας διέφεραν στατιστικώς σημαντικά στα τρία χρονικά σημεία στα οποία μετρήθηκαν, $F(2,56) = 5.054$, $p = .010$.

Συνεχίζοντας, τα post hoc τεστ, χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, έδειξαν αφενός ότι οριακά δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες, αφού η διαφορά των μέσων όρων είναι $-9,444$ ($T.A. = 5.074$) και $p = .073$. Ωστόσο, μας δείχνει ότι τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας αυξήθηκαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο, πριν την παρέμβαση (πρώτη μέτρηση) και μετά την παρέμβαση (δεύτερη μέτρηση) στην πειραματική ομάδα (58.13 ± 13.6 έναντι 63.93 ± 11.8 αντίστοιχα, $p = .001$). Δε συνέβη, όμως, το ίδιο με την μέτρηση που πραγματοποιήθηκε τρεις μήνες αργότερα (τρίτη μέτρηση), όπου δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας. Επομένως, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι κατά τη διάρκεια του προγράμματος το επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας ανάμεσα στα μέλη της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε σημαντικά ανάμεσα στις μετρήσεις πριν και μετά την παρέμβαση, ενώ γενικά παρέμεινε σε υψηλό επίπεδο για τους επόμενους τρεις μήνες.

11.7. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και την αύξηση των θετικών (σύγκριση μεταξύ των ομάδων)

Πίνακας 9.

Σύγκριση μέσων όρων στις βαθμολογίες των δύο ομάδων στο εργαλείο μέτρησης Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης (Θετικό Συναίσθημα)

	Πριν- Μέτρηση	Μετά-Μέτρηση	Μέτρηση 3 μήνες Μετά
	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση
Ομάδα Ελέγχου	32,6 $\pm$ 4,7	32,7 $\pm$ 4,7	32,4 $\pm$ 4,9
Ομάδα Παρέμβασης	32,4 $\pm$ 5,5	31,4 $\pm$ 5,4	32,5 $\pm$ 4,5

Ήδη από τον πίνακα (Πίνακας 9.), για την 3^η και 7^η υπόθεση, φαίνεται ότι πιθανόν να μην υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (ομάδα ελέγχου και ομάδα παρέμβασης), λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές των μέσων όρων που καταγράφονται σε κάθε μέτρηση. Πιο αναλυτικά, φαίνεται πως η ομάδα ελέγχου παραμένει στα ίδια επίπεδα θετικού συναισθήματος καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος, όπως, όμως, συμβαίνει και με τα επίπεδα θετικού συναισθήματος των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης.

Προχωρώντας στις κύριες αναλύσεις, μέσα από το τεστ σφαιρικότητας του Mauchly φαίνεται ότι στην περίπτωση αυτή, υποστηρίζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, μιας και $\chi^2(2)=.097$, $p =.952$, ενώ η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, επιβεβαίωσε το ότι τα επίπεδα του θετικού συναισθήματος δε διέφεραν στατιστικώς σημαντικά και στα τρία χρονικά σημεία, στα οποία μετρήθηκαν, $F(2,56)=1.888$, $p =.161$.

Πίνακας 10.

Σύγκριση μέσων όρων στις βαθμολογίες των δύο ομάδων στο εργαλείο μέτρησης Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης (Αρνητικό Συναισθήμα)

	Πριν- Μέτρηση	Μετά-Μέτρηση	Μέτρηση 3 μήνες Μετά
	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση
Ομάδα Ελέγχου	26,06 $\pm$ 4,8	26,20 $\pm$ 4,9	25,86 $\pm$ 4,9
Ομάδα Παρέμβασης	27,00 $\pm$ 5,5	21,53 $\pm$ 5,9	21,93 $\pm$ 6,04

Ήδη από τον πίνακα (Πίνακας 10.), για την 2^η και 7^η υπόθεση, βλέπουμε ότι πιθανόν να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (ομάδα ελέγχου και παρέμβασης), όπως φαίνεται από τους μέσους όρους που εμφανίζουν σε κάθε μέτρηση. Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα ελέγχου παραμένει στα ίδια επίπεδα αρνητικού συναισθήματος καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος, ενώ η ομάδα παρέμβασης φαίνεται να ακολουθεί μια πτωτική πορεία αναφορικά με τα αρνητικά συναισθήματα των συμμετεχόντων της.

Προχωρώντας στις κύριες αναλύσεις, μέσα από το τεστ σφαιρικότητας του Mauchly φαίνεται ότι στην περίπτωση αυτή, υποστηρίζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, μιας και $\chi^2(2) = 2.497$, $p = .287$, ενώ η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων έδειξε ότι τα επίπεδα του αρνητικού συναισθήματος διέφεραν στατιστικώς σημαντικά και στις τρεις χρονικές στιγμές στις οποίες μετρήθηκαν, $F(2,56) = 12.394$, $p = .000$.

Συνεχίζοντας, τα post hoc τεστ, χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni έδειξαν αφενός ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες (ελέγχου και παρέμβασης), αφού η διαφορά των μέσων όρων τους είναι 2.556 ($T.A. = 1.845$) και $p = .177$. Ωστόσο, μας δείχνει ότι τα επίπεδα του αρνητικού συναισθήματος διέφεραν με στατιστικά σημαντικό τρόπο, στο χρονικό διάστημα από την έναρξη της παρέμβασης (πρώτη

μέτρηση) έως την ολοκλήρωσή της (δεύτερη μέτρηση) (27.00 ± 5.5 έναντι 21.53 ± 5.9 αντίστοιχα, $p = .000$), αλλά και από την έναρξη της παρέμβασης (πρώτη μέτρηση) έως και τρεις μήνες, αφού ολοκληρώθηκε (τρίτη μέτρηση) (27.00 ± 5.5 έναντι 21.93 ± 6.04 , $p = .000$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του αρνητικού συναισθήματος ανάμεσα στις μετρήσεις μετά την παρέμβαση (δεύτερη μέτρηση) και τρεις μήνες αργότερα (τρίτη μέτρηση), μιας και η μείωση που συνέβη μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (δεύτερη μέτρηση) διατηρήθηκε και στην τρίτη μέτρηση. Επομένως, από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια του προγράμματος το επίπεδο του αρνητικού συναισθήματος στα μέλη της ομάδας παρέμβασης μειώθηκε σημαντικά ανάμεσα στις μετρήσεις πριν και μετά την παρέμβαση, αλλά και μετά από τρεις μήνες.

11.8. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης (σύγκριση μεταξύ των ομάδων)

Πίνακας 11.

Σύγκριση μέσων όρων στις βαθμολογίες των δύο ομάδων στο εργαλείο μέτρησης της επιβάρυνσης

	Πριν- Μέτρηση	Μετά-Μέτρηση	Μέτρηση 3 μήνες Μετά
	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση
Ομάδα Ελέγχου	$39,26 \pm 9,5$	$39,20 \pm 9,6$	$39,26 \pm 9,6$
Ομάδα Παρέμβασης	$39,86 \pm 15,6$	$32,66 \pm 13,9$	$31,13 \pm 11,5$

Ήδη, για την 4^η και 7^η υπόθεση, όπως φαίνεται από τον πίνακα (Πίνακας 11.) και τους μέσους όρους που εμφανίζουν οι δύο ομάδες σε κάθε μέτρηση, πιθανόν δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (ομάδα παρέμβασης και ελέγχου). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα ελέγχου φαίνεται να παραμένει στα ίδια επίπεδα επιβάρυνσης καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος, ενώ η ομάδα παρέμβασης φαίνεται να ακολουθεί μια πτωτική πορεία αναφορικά με τη συναισθηματική επιβάρυνση των συμμετεχόντων της.

Προχωρώντας στις κύριες αναλύσεις, μέσα από το τεστ σφαιρικότητας του Mauchly φαίνεται ότι στην περίπτωση αυτή, δεν υποστηρίζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, μιας και $\chi^2(2)=7.727, p=.021$. Επομένως, οι βαθμοί ελευθερίας διορθώθηκαν χρησιμοποιώντας τις εκτιμήσεις σφαιρικότητας του τεστ Huynh-Feldt ($\varepsilon=0.872$), ενώ τα αποτελέσματα της διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων έδειξαν ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη συναισθηματική επιβάρυνση των φροντιστών των δύο ομάδων στις τρεις χρονικές στιγμές, στις οποίες μετρήθηκαν, $F(1.744, 48.836) = 15.959, p=.000$.

Συνεχίζοντας, τα post hoc τεστ, χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni έδειξαν αφενός ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες (ομάδα ελέγχου και παρέμβασης), αφού η διαφορά των μέσων όρων τους είναι 4.689 ($T.A. = 4.240$) και $p = .278$. Ωστόσο, μας δείχνει ότι τα επίπεδα της επιβάρυνσης των φροντιστών διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ανάμεσα στις μετρήσεις πριν την παρέμβαση (πρώτη μέτρηση) και μετά την ολοκλήρωσή της (δεύτερη μέτρηση) (39.86 ± 15.6 έναντι 32.66 ± 13.9 αντίστοιχα, $p = .000$), αλλά και ανάμεσα στις μετρήσεις πριν την παρέμβαση (πρώτη μέτρηση) και τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωσή της (τρίτη μέτρηση) (39.86 ± 15.6 έναντι 31.13 ± 11.5 , $p = .000$). Επομένως, από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια του προγράμματος το επίπεδο επιβάρυνσης στα μέλη της ομάδας παρέμβασης μειώθηκε σημαντικά ανάμεσα στις μετρήσεις πριν και μετά την παρέμβαση, τα οποία διατηρήθηκαν σε μειωμένα επίπεδα και μετά από τρεις μήνες.

11.9. Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς τη μείωση της

Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (σύγκριση μεταξύ των ομάδων)

Πίνακας 12.

Σύγκριση μέσων όρων στις βαθμολογίες των δύο ομάδων στο εργαλείο μέτρησης κατάθλιψης

	Πριν- Μέτρηση	Μετά-Μέτρηση	Μέτρηση 3 μήνες Μετά
	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος $\pm$ Τυπική Απόκλιση
Ομάδα Ελέγχου	20,80 $\pm$ 11,16	21,53 $\pm$ 11,19	21,846 $\pm$ 11,16
Ομάδα Παρέμβασης	19,13 $\pm$ 6,58	13,33 $\pm$ 4,98	10,00 $\pm$ 5,02

Ήδη, για την 5^η και 7^η υπόθεση, όπως φαίνεται από τον πίνακα (Πίνακας 12.) και τους μέσους όρους που εμφανίζουν οι δύο ομάδες σε κάθε μέτρηση, πιθανόν να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (ομάδα παρέμβασης και ελέγχου). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα ελέγχου παραμένει στα ίδια επίπεδα κατάθλιψης καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος, ενώ η ομάδα παρέμβασης φαίνεται να εμφανίζει ολοένα και πιο μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης.

Προχωρώντας στις κύριες αναλύσεις, μέσα από το τεστ σφαιρικότητας του Mauchly φαίνεται ότι στην περίπτωση αυτή, δεν υποστηρίζεται η υπόθεση της σφαιρικότητας, μιας και $\chi^2(2) = 4.890$, $p = .087$. Επομένως, οι βαθμοί ελευθερίας διορθώθηκαν χρησιμοποιώντας τις εκτιμήσεις σφαιρικότητας του τεστ Huynh-Feldt ($\epsilon = 0,941$), ενώ τα αποτελέσματα της διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων έδειξαν ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, όσον αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης που εμφάνισαν οι φροντιστές των δύο ομάδων και στις τρεις χρονικές στιγμές, στις οποίες μετρήθηκαν, $F(1.882, 52.702) = 22.822$, $p = .000$.

Συνεχίζοντας, τα post hoc τεστ, χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni έδειξαν ότι, στην περίπτωση αυτή, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες (ομάδα ελέγχου και παρέμβασης), αφού η διαφορά των μέσων όρων των βαθμολογιών τους είναι 7.111 ($T.A. = 3.110$) και $p = .030$. Επίσης, φαίνεται ότι τα επίπεδα της κατάθλιψης των φροντιστών διέφεραν στατιστικώς σημαντικά και ανάμεσα σε όλες τις μετρήσεις. Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα της κατάθλιψης των φροντιστών φαίνεται πως διέφεραν στατιστικώς

σημαντικά από την πρώτη (πριν την παρέμβαση) ως τη δεύτερη μέτρηση (μετά την παρέμβαση) (19.13 ± 6.58 έναντι 13.33 ± 4.9 αντίστοιχα, $p = .003$), αλλά και από τη δεύτερη μέτρηση (μετά την παρέμβαση) έως την τρίτη μέτρηση (3 μήνες μετά την παρέμβαση) (13.33 ± 4.9 έναντι 10.00 ± 5.02 , $p = .000$). Ακόμη το ίδιο συνέβη και με τα επίπεδα της κατάθλιψης των φροντιστών, από την πρώτη μέτρηση (πριν την παρέμβαση) έως την Τρίτη (τρεις μήνες μετά την παρέμβαση) (19.13 ± 6.58 έναντι 10.00 ± 5.02 , $p = .039$). Επομένως, κατά τη διάρκεια του προγράμματος φαίνεται πως τα επίπεδα κατάθλιψης ανάμεσα στα μέλη της ομάδας παρέμβασης μειώθηκε σε πολύ σημαντικό βαθμό και σε όλες μετρήσεις, διατηρώντας την πτωτική τους πορεία, ακόμη και τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης.

12. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα επεδίωξε τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός ομαδικού ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, με στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας στους φροντιστές ασθενών με άνοια. Δευτερεύοντες στόχοι του προγράμματος, που εφαρμόστηκε ήταν η μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των φροντιστών που συμμετείχαν, καθώς και η γενικότερη μείωση των αρνητικών τους συναισθημάτων και η αύξηση των θετικών.

Ξεκινώντας, λοιπόν, με την πρώτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με την οποία αναμενόταν ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας στους φροντιστές της ομάδας παρέμβασης, σε σύγκριση με τους φροντιστές που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, η υπόθεση επιβεβαιώθηκε. Τα αποτελέσματα της έρευνας, επομένως, έδειξαν ότι ο μέσος όρος των επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας αυξήθηκε για τους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης, κάτι, όμως, που δε συνέβη με τους φροντιστές που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου, η ψυχική ανθεκτικότητα, των οποίων παρέμεινε σε παρόμοια επίπεδα, πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων μπορεί να μην σημειώθηκαν ως στατιστικώς σημαντικές, ήταν όμως σημαντικές, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης που υλοποιήθηκε. Τα αποτελέσματα αυτά,έρχονται σε συμφωνία με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα, τα οποία υποστηρίζουν πως μέσα από ομαδικά προγράμματα, τα οποία προσφέρουν, τόσο θετική κοινωνική υποστήριξη, όσο και ψυχοεκπαίδευση, η ψυχική ανθεκτικότητα και η γενικότερη υγεία των φροντιστών ενισχύεται, ενώ τα αποτελέσματα είναι ακόμη πιο ενθαρρυντικά για παρεμβάσεις που προσφέρονται μέσω διαδικτύου, όπως η παρούσα (Hwang et al., 2017; Zauszniewski et al., 2010). Παράλληλα, φαίνεται ότι η εφαρμογή ασκήσεων και δραστηριοτήτων βασισμένων σε αρχές Θετικής Ψυχολογίας, όπως αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στο παρόν πρόγραμμα παρέμβασης, συμβάλλει στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας. Ενδεικτικά, η μελέτη των Kunzel κ.ά. (2020), αναδεικνύει ως αποτελεσματικές τεχνικές και ασκήσεις ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, την εύρεση νοήματος στις εμπειρίες του ατόμου (καλές ή κακές), την εφαρμογή τεχνικών βασισμένων στην ενσυνειδητότητα, την έμφαση σε ευχάριστες δραστηριότητες που ενισχύουν τα θετικά συναισθήματα, την εστίαση στην παρούσα στιγμή, την καλλιέργεια της αισιόδοξης και θετικής σκέψης και του θετικού στυλ απόδοσης για τα στρεσογόνα γεγονότα,την επικέντρωση της προσοχής σε θετικές πτυχές της ανθρώπινης εμπειρίας, τη θετική επανεκτίμηση τωνγεγονότων, την αποδοχή των αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων, την αμφισβήτηση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και την αντικατάστασή τους με θετικότερες, καθώς και τις τεχνικές

ενσυνείδητης αναπνοής και χαλάρωσης, η πλειοψηφία των οποίων εφαρμόστηκε και στο παρόν πρόγραμμα.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση, αφορούσε τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων των φροντιστών του προγράμματος, σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου, η οποία, επίσης, επιβεβαιώθηκε. Τα αποτελέσματα, λοιπόν, έδειξαν ότι ο μέσος όρος βαθμολογίας των φροντιστών που συμμετείχαν στην παρέμβαση, αναφορικά με τα αρνητικά τους συναισθήματα, σημείωσε εμφανή πτώση, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, ο μέσος όρος βαθμολογίας των οποίων, παρέμεινε, αναφορικά με τα αρνητικά τους συναισθήματα σε παρόμοια επίπεδα και, μάλιστα, φάνηκε και λίγο αυξημένος, μετά το πέρας της εφαρμογής του προγράμματος. Τα ευρήματά αυτά φαίνονται σύμφωνα με τα αντίστοιχα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, που δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις θετικής ψυχολογίας, που επικεντρώνονται σε έναν πιο θετικό τρόπο σκέψης για αρνητικά γεγονότα και αναδεικνύουν θετικές πτυχές της φροντίδας, λειτουργούν προστατευτικά, αναφορικά με την ψυχική δυσφορία των φροντιστών. Γενικώς, οι άνθρωποι που έρχονται αντιμέτωποι με ψυχοπιεστικές καταστάσεις, όπως η συνθήκη της φροντίδας, είναι αναμενόμενο να βιώσουν ποικίλα αρνητικά συναισθήματα, θυμό, άγχος, θλίψη. Ωστόσο, με την καλλιέργεια ενός πιο αισιόδοξου τρόπου σκέψης, τα συναισθήματα αυτά μπορούν να μετριαστούν (Lopez & Snyder, 2002). Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι οι ασκήσεις, που βασίζονται στη Θετική ψυχολογία, σαν αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα παρέμβαση, οι οποίες συνδέονται α) με την καλλιέργεια της ευγνωμοσύνης, όπως έχει φανεί σε μελέτη δείγματος 221 νέων, από τους Hendricks κ.ά. (2019, όπ. ανάφ. στο Σταλίκας κ.ά., 2020), αλλά και β) με την καλλιέργεια της αυτοσυμπόνιας/αυτοφροντίδας, όπως έχει φανεί από την έρευνα των Karakasidou και Stalikas (2017), σε δείγμα 21 κακοποιημένων γυναικών, συνδέονται, σταθερά, με τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων των συμμετεχόντων. Τέλος, άλλη μια μεταβλητή που, τελευταία, συνδέεται με το σκοπό αυτό, στο πλαίσιο της φροντίδας της χρόνιας ασθένειας είναι και η ψυχική ανθεκτικότητα των φροντιστών, μεταβλητή που ενισχύθηκε στο παρόν πρόγραμμα (Saria et al., 2017).

Η τέταρτη ερευνητική υπόθεση, αφορούσε τη μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης των φροντιστών του προγράμματος, σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου, η οποία, επίσης, επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Φάνηκε, επομένως, από τους μέσους όρους των βαθμολογιών των δύο ομάδων, ότι οι φροντιστές της παρέμβασης σημείωσαν μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής επιβάρυνσης, μετά την ολοκλήρωσή της, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, όπου η συναισθηματική επιβάρυνση των φροντιστών παρέμεινε ίδια, πριν και μετά την παρέμβαση. Δε σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων, ωστόσο σε κάθε περίπτωση, οι διαφορές ήταν σημαντικές για την ανάδειξη της

αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνει, βέβαια, και μία πληθώρα ερευνών. Πιο αναλυτικά, έχει υποστηριχθεί ότι η καθημερινή επαφή των φροντιστών με τους ασθενείς συγγενείς τους, που πάσχουν από νευροεκφυλιστική ή/και ογκολογική νόσο και τις ανάγκες τους έχει πολύ μεγάλη πιθανότητα αύξησης της ψυχικής τους επιβάρυνσης, ειδικά όταν δεν ενισχύεται η ψυχική τους ανθεκτικότητα, όπως συνέβη στην περίπτωση του παρόντος προγράμματος παρέμβασης (Aung et al., 2021). Παράλληλα, υποστηρίζεται, διεθνώς, ότι οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις και τα ομαδικά προγράμματα, όπως το παρόν, οδηγούν στη μείωση της συναισθηματικής επιβάρυνσης των φροντιστών και των οικογενειών τους (Reinares et al., 2016). Στο ίδιο συμπέρασμα, μάλιστα, καταλήγουν και έρευνες που μελετούν τις παρεμβάσεις που προσφέρονται διαδικτυακά και απευθύνονται σε άτυπους φροντιστές ατόμων με άνοια (Jackson et al., 2016; Parra-Vidales et al., 2017; Tyack & Camic, 2017).

Προχωρώντας, η πέμπτη ερευνητική υπόθεση, αφορούσε τη μείωση των επιπέδων κατάθλιψης, που, τυχόν, βίωναν οι φροντιστές του προγράμματος, σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου. Η συγκεκριμένη υπόθεση επιβεβαιώθηκε, επίσης, από τα αποτελέσματα της έρευνας. Φάνηκε, επομένως, ότι οι φροντιστές της παρέμβασης σημείωσαν στατιστικώς σημαντικά μειωμένα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, μετά την ολοκλήρωσή της, όπως φαίνεται από τους μέσους όρους των βαθμολογιών των συμμετεχόντων σε αυτή, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, όπου η κατάθλιψη των φροντιστών παρέμεινε σε ανεβασμένα επίπεδα, τόσο πριν, όσο και μετά την παρέμβαση. Στην περίπτωση αυτή, μάλιστα, καταγράφηκε και στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, κάτι, που ενισχύει, ακόμη περισσότερο την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, ως προς το σκοπό αυτό. Η δυσάρεστη πραγματικότητα, άλλωστε, στο πλαίσιο της χρόνιας ασθένειας και φροντίδας είναι, πως ένα ποσοστό της τάξης του 30-40% των άτυπων φροντιστών νοσεί από κλινική κατάθλιψη (Brennan et al., 2017). Ωστόσο, σύμφωνα με μετα-ανάλυση, η οποία διεξήχθη από την Bolier et al. (2013), στην οποία επιλέχθηκαν με την εφαρμογή αυστηρών κριτηρίων και εξετάστηκαν 39 τυχαιοποιημένες μελέτες, με μεγάλο δείγμα συμμετεχόντων, φαίνεται πως οι παρεμβάσεις θετικής ψυχολογίας, όπως αυτή που διενεργήθηκε στην παρούσα έρευνα, τα οποία διαθέτουν ασκήσεις για την εύρεση νοήματος και την αναγνώριση των θετικών πτυχών της φροντίδας, είναι αποτελεσματικές, σχετικά με τη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, που εμφανίζουν οι άτυποι φροντιστές, αλλά και αναφορικά με τη γενικότερη βελτίωση της ευημερίας τους.

Η τρίτη υπόθεση της παρούσας έρευνας, αφορούσε την αύξηση των θετικών συναισθημάτων των φροντιστών της ομάδας παρέμβασης, σε σύγκριση με τους φροντιστές της ομάδας ελέγχου. Η συγκεκριμένη υπόθεση, φαίνεται πως δεν επιβεβαιώθηκε από τα

αποτελέσματα της έρευνας, μιας και οι μέσοι όροι των θετικών συναισθημάτων της ομάδας παρέμβασης παρέμεινε σχεδόν σε παρόμοια επίπεδα, μετά την ολοκλήρωσή της, ενώ το ίδιο συνέβη και με την ομάδα ελέγχου στις μετρήσεις πριν και μετά την παρέμβαση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την πλειοψηφία προηγούμενων ερευνών. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Keyes (2002), οι παρεμβάσεις θετικής ψυχολογίας είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, ότι αποτελούν στρατηγικές αύξησης των θετικών συναισθημάτων. Άλλωστε, για την καταπολέμηση των αρνητικών συναισθημάτων, που φέρει η συνθήκη της φροντίδας στην χρόνια ασθένεια, η βίωση και ενίσχυση των θετικών συναισθημάτων, αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα. Ωστόσο, για τη βίωση των θετικών συναισθημάτων σε πλήρη βαθμό στο «εδώ και τώρα», σύμφωνα με τη Fredrickson (2003), είναι αναγκαίο το άτομο να νιώθει ασφαλές, σε αντίθεση με τη βίωση αρνητικών συναισθημάτων, που προϋποτίθεται η ύπαρξη απειλής. Πόσο ασφαλείς, όμως, μπορούν να νιώσουν οι φροντιστές του προγράμματος, μέσα στην όλη ανασφαλή και αβέβαιη συνθήκη της φροντίδας; Είναι, λοιπόν, επίσης, καλά τεκμηριωμένο πως η βίωση ή μη βίωση ενός θετικού συναισθήματος μπορεί να αποδοθεί και σε γεγονότα ή καταστάσεις, που συμβαίνουν εκτός προγράμματος παρέμβασης και ενδιαμέσως των συνεδριών (Diener et al., 2009). Τέτοιοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το συναίσθημα των φροντιστών ξεκινούν από παράγοντες που αφορούν την ιατρική κατάσταση του ασθενή, η οποία αλλάζει συνεχώς, μέχρι παράγοντες, που αφορούν τη ζωή τους εκτός φροντίδας και σχετίζονται με την εργασία τους, την οικονομική τους κατάσταση, καθώς και τις λοιπές οικογενειακές και διαπροσωπικές τους σχέσεις και συγκρούσεις κ.ά. Κάτι τέτοιο, μάλιστα, συνέβη και στο παρόν πρόγραμμα, μετά από επικοινωνία μέλους της ομάδας παρέμβασης με τις συντονίστριες. Εξάλλου, φροντιστές που νιώθουν ότι δεν έχουν τον έλεγχο της ζωής τους, είναι, απολύτως, λογικό να μην είναι σε θέση να βιώσουν, σε πλήρη βαθμό, θετικά αποτελέσματα στην ψυχική τους υγεία. Ας μη ξεχνάμε, μάλιστα, πως γίνεται λόγος για μία πληθυσμιακή ομάδα άκρως επιβαρυνμένη, με ένα ποσοστό της τάξης του 78% των φροντιστών να σημειώνει συναισθηματική εξάντληση (Onwumere et al., 2016). Τέλος, κοινή παραδοχή, που μπορεί, επίσης να εξηγεί το εύρημα της παρούσας έρευνας, αποτελεί και το γεγονός πως στις παρεμβάσεις θετικής ψυχολογίας, όπως η παρούσα, γίνεται προσπάθεια για να μπορέσει ο συμμετέχων να αναγνωρίσει ότι, εκτός από το αρνητικό γεγονός της ασθένειας και της φροντίδας, που κατακλύζει τη ζωή του, συμβαίνουν και θετικά πράγματα, κάτι που φυσικά μειώνει την ψυχική δυσφορία που βιώνει, δεν εγγυάται, όμως, την ταυτόχρονη βίωση θετικών συναισθημάτων.

Συνεχίζοντας, η έκτη ερευνητική υπόθεση, αφορούσε τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, της συναισθηματικής επιβάρυνσης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης, αλλά και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας

και, δευτερευόντως, των θετικών συναισθημάτων που βιώνουν, μετά την ολοκλήρωσή της. Η συγκεκριμένη υπόθεση, εκτός της μεταβλητής των θετικών συναισθημάτων, επιβεβαιώθηκε, λαμβάνοντας υπόψη τους μέσους όρους των βαθμολογιών των φροντιστών, αναφορικά με τις προαναφερόμενες μεταβλητές, πριν την παρέμβαση και τους μέσους όρους βαθμολογιών τους, μετά την ολοκλήρωσή της, οι οποίες κρίνονται σημαντικές, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Τα αποτελέσματα αυτά, μάλιστα, συμφωνούν με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα, όπως υποστηρίζεται και παραπάνω, μιας και οι παρεμβάσεις ενίσχυσης της ανθεκτικότητας κρίνονται αποτελεσματικές και ως προς τη μείωση της κατάθλιψης, του άγχους και γενικότερα των αρνητικών συναισθημάτων των συμμετεχόντων σε αυτές, όπως υποστηρίζουν πολλές έρευνες, οι οποίες έχουν συσχετίσει αρνητικά τη ψυχική ανθεκτικότητα με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες (Hwang et al., 2017; Palacio et al., 2019). Όσον αφορά τη μεταβλητή των θετικών συναισθημάτων, που όπως φαίνεται από τους μέσους όρους της βαθμολογίας των φροντιστών του προγράμματος δε σημείωσαν κάποια αλλαγή πριν και μετά την ολοκλήρωσή του, μπορεί να εξηγηθεί από ερευνητικά δεδομένα που προαναφέρθηκαν. Παράλληλα, άλλη μία πιθανή εξήγηση για το συγκεκριμένο εύρημα, θα μπορούσε να αποτελεί και η σύντομη διάρκεια της παρέμβασης, η οποία, αν και φάνηκε αποτελεσματική για τη βελτίωση της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης των φροντιστών και την ενδυνάμωσή τους (αύξηση ψυχικής ανθεκτικότητας), ίσως δεν επαρκούσε για την αύξηση των θετικών τους συναισθημάτων, από τη στιγμή που ως ομάδα-στόχος είναι αρκετά επιβαρυνμένη.

Τέλος, η έβδομη ερευνητική υπόθεση, αφορούσε τη διατήρηση των αποτελεσμάτων της ομάδας παρέμβασης και τρεις μήνες, μετά την ολοκλήρωσή της. Τα αποτελέσματα της έρευνας, λοιπόν, επιβεβαίωσαν την αρχική υπόθεση για όλες τις μεταβλητές, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, μιας και δεν επανήλθαν στα επίπεδα των αρχικών μετρήσεων, εκτός από τη μεταβλητή των θετικών συναισθημάτων, η οποία, όπως είδαμε δεν μεταβλήθηκε καθόλη τη διάρκεια της παρέμβασης. Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται, μάλιστα, να υποστηρίζουν και άλλες έρευνες. Αρχικά, σύμφωνα με τους Sin και Lyubomirsky (2009), όλες οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε αρχές θετικής ψυχολογίας έχουν δύο κοινά: α) τη ενίσχυση ενός θετικότερου τρόπου σκέψης και βίωσης των καταστάσεων και β) τη μακροπρόθεσμη διατήρηση των αποτελεσμάτων τους για τους ανθρώπους, στους οποίους προσφέρονται. Παράλληλα, σχετική μετα-ανάλυση ερευνών σε μεγάλο δείγμα του πληθυσμού, συμφωνεί με το συγκεκριμένο εύρημα και υποστηρίζει ότι τα οφέλη, παρόμοιων προγραμμάτων διατηρούνται έως και 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση των παρεμβάσεων (Bolier et al., 2013).

12.1. Περιορισμοί–Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, φαίνεται πως τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας των φροντιστών μπορούν να ενισχυθούν ως ένα βαθμό, μέσα από την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων, ακόμη και σύντομης διάρκειας, κάτι που συμφωνεί με ευρήματα και άλλων σχετικών ερευνών. Ακόμη, τα ερευνητικά αποτελέσματα της παρούσας, κρίνονται άκρως ενθαρρυντικά για την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων, που στηρίζονται σε βασικές αρχές και ασκήσεις της Θετικής Ψυχολογίας, όπως το παρόν πρόγραμμα παρέμβασης και τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν περαιτέρω, τόσο σε πρακτικό επίπεδο για την παροχή παρόμοιων προγραμμάτων στο πλαίσιο της φροντίδας της χρόνιας ασθένειας, όσο και σε ερευνητικό επίπεδο για μελλοντικές προσπάθειες σχεδιασμού ή και βελτιστοποίησης σχετικών παρεμβάσεων.

Ωστόσο, παρά την δημιουργία μιας καλής βάσης για παρεμβάσεις, που στοχεύουν στην υποστήριξη φροντιστών ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, με έμφαση στην άνοια, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί, που αφορούν την παρούσα έρευνα και καλό θα ήταν να ληφθούν υπόψη, αναφορικά με τη γενίκευση και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της. Ξεκινώντας, λοιπόν, με το μικρό μέγεθος του δείγματος, στο οποίο εφαρμόστηκε η παρέμβαση και το οποίο αποτέλεσε δείγμα ευκολίας, φαίνεται πως τα αποτελέσματα της έρευνας δε μπορούν, με ασφάλεια να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό, ενώ επίσης, ενδέχεται κάποιες από τις μετρήσεις, που πραγματοποιήθηκαν να επηρεάστηκαν και από το συγκεκριμένο δεδομένο.

Παράλληλα, η επαναληπτική μέτρηση (follow-up) των δύο ομάδων, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, θα μπορούσε να αφορά χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών, για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Αυτό, μάλιστα, είναι κάτι που υποστηρίζεται και από ερευνητικά δεδομένα, γενικότερα για τις παρεμβάσεις Θετικής ψυχολογίας, αλλά αναδεικνύεται και ως ανάγκη, που προκύπτει από αποτελέσματα ερευνών που έχουν διενεργηθεί στο πλαίσιο υποστήριξης φροντιστών ασθενών με χρόνιες νόσους, μέσω σχετικών παρεμβάσεων.

Ακόμη ένας περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ότι χρησιμοποιήθηκαν, μόνο, εργαλεία αυτοαναφοράς για τη μέτρηση των υπό εξέταση μεταβλητών στον πληθυσμό-στόχο.

Αυτό σημαίνει πως, ενδέχεται οι εξεταζόμενοι να απάντησαν στις κλίμακες με τρόπο, έτσι ώστε να φαίνονται κοινωνικά επιθυμητοί, φαινόμενο γνωστό ως «χειρισμός εντυπώσεων» (Κουλάκογλου, 2013). Ενώ, τέλος η σύντομη χρονική διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος, μπορεί, επίσης, να στοιχειοθετηθεί ως ένας, εκ των περιορισμών της παρούσας έρευνας.

Επομένως, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, που θα απευθύνεται σε μεγαλύτερο δείγμα φροντιστών ατόμων με άνοια και το οποίο θα διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, σε σύγκριση με το παρόν. Παράλληλα, σε επαναληπτική εφαρμογή της παρέμβασης, θα ήταν χρήσιμο να μη χρησιμοποιηθούν, μόνο, αυτοαναφορικά εργαλεία για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας, ενώ η επαναληπτική μέτρηση θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, έτσι ώστε να διαπιστωθεί με ασφάλεια η μακρόχρονη διατήρηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης. Ακόμη, θα ήταν αρκετά ενδιαφέρον να μελετηθεί εκ νέου η εφαρμογή του παρόντος προγράμματος, με την προσθήκη περισσότερων ασκήσεων και δραστηριοτήτων που θα αφορούν τη βίωση θετικών συναισθημάτων, τα οποία και δεν μεταβλήθηκαν με την εφαρμογή της παρούσας παρέμβασης, έτσι ώστε να αυξηθεί, πιθανόν και η συγκεκριμένη μεταβλητή, σε μια τόσο επιβαρυσμένη, ψυχικά και σωματικά, πληθυσμιακή ομάδα.

Τέλος, αναδεικνύεται η μεγάλη σημασία και ανάγκη σχεδιασμού παρόμοιων παρεμβάσεων στομέλλον, οι οποίες θα επικεντρώνονται, όχι μόνο στη μείωση των συμπτωμάτων του πληθυσμού-στόχου, όπως συνέβαινε, κατά κύριο λόγο, μέχρι σήμερα, αλλά θα δίνει έμφαση στους προστατευτικούς παράγοντες της φροντίδας, κάποιοι από τους οποίους αποτελούν η ψυχική ανθεκτικότητα των συμμετεχόντων και η κοινωνική στήριξη, που βιώνουν μέσω των ομάδων. Άλλες έρευνες, μπορούν να επικεντρωθούν σε διαφορετικούς προστατευτικούς παράγοντες για το σχεδιασμό σχετικών παρεμβάσεων.

Βιβλιογραφία

- American Psychological Association (2014). *The Road to Resilience*. Washington, DC: American Psychological Association. Ανακτήθηκε από: <http://www.apa.org/help-center/road-resilience.aspx>.
- Andren, S., & Elmstahl, S. (2008). The Relationship between Caregiver Burden, Caregivers' Perceived Health and their Sense of Coherence in Caring for Elders with Dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 790–799. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02066.x.
- Αρχοντάκη, Ζ., & Φιλίππου, Δ. (2003). 205 Βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων: Ψυχοθεραπείας, Κοινωνικής Εργασίας, Εκπαίδευσης. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Aung, T. N. N., Aung, M. N., Moolphate, S., Koyanagi, Y., Supakankunti, S., & Yuasa, M. (2021). Caregiver Burden and Associated Factors for the Respite Care Needs among the Family Caregivers of Community Dwelling Senior Citizens in Chiang Mai, Northern Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5873.
- Barrett, L. F. (2017). *How Emotions Are Made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Βασιλόπουλος, Σ. Φ., Κουτσοπούλου, Ι., & Ρέγκλη, Δ. (2011). *Ψυχοεκπαιδευτικές Ομάδες για Παιδιά: Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Βασιλόπουλος, Σ. Β., Μπρούζος, Α., & Μπαούρδα, Β. (2016). *Ψυχοεκπαιδευτικά Ομαδικά Προγράμματα για Παιδιά και Εφήβους*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Bedard, M., Pedlar, D., Martin, N. J., Malott, O., & Stones, M. J. (2000). Burden in Caregivers of Cognitively Impaired Older Adults Living in the Community: Methodological Issues and Determinants. *International Psychogeriatrics*, 12(3), 307–332. doi:10.1017/s1041610200006426.
- Bekhet, A. K., & Avery, J. S. (2018). Resilience from the Perspectives of Caregivers of Persons with Dementia. *Arch Psychiatr Nurs.*, 32(1), 19-23.
- Bekhet, A. K., Johnson, N. L., & Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in Family Members of Persons with Autism Spectrum Disorder: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 33 (10), 650–656. doi:10.3109/01612840.2012.671441.
- Belle, S. H. (2006). Enhancing the Quality of Life of Dementia Caregivers from Different Ethnic or Racial groups. *Annals of Internal Medicine*, 145(10), 727. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00005>.
- Benetti, C., & Kambouropoulos, N. (2006). Affect-Regulated Indirect Effects of Trait Anxiety and Trait Resilience on Self-Esteem. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 341–352.

doi:10.1016/j.paid.2006.01.015.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive Psychology Interventions: A Meta-analysis of Randomized Controlled Studies. *Public Health, 13*, 1–20.
- Boots, L. M. M., Wolfs, C. A. G., Verhey, F. R. J., Kempen, G. I. J. M., & de Vugt, M. E. (2015). Qualitative Study on Needs and Wishes of Early-Stage Dementia Caregivers: the Paradox Between Needing and Accepting Help. *International Psychogeriatrics, 27*(06), 927–936.
- Brennan, S., Lawlor, B., Pertl, M., O’Sullivan, M., Begley, E. O., & Connell, C. (2017). *De-stress: A Study to Assess the Health & Well-being of Spousal Carers of People with Dementia in Ireland*. The Alzheimer Society of Ireland.
- Callahan, C. M., Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2013). *The Historical Development and State of the Art Approach to Design and Delivery of Dementia Care Services*. Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Chan, S. W. C. (2010). Family Caregiving in Dementia: The Asian Perspective of a Global Problem. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 30*(6), 469–478.
- Chan, W. C., Ng, C., Mok, C. C. M., Wong, F. L. F., Pang, S. L., & Chiu, H. F. K. (2010). Lived Experience of Caregivers of Persons with Dementia in Hong Kong: A Qualitative Study. *East Asian Archives of Psychiatry, 20*(4), 163–168. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.934619447079403>.
- Cherry, M., Salmon, P., Dickson, J., Powell, D., Sikdar, S., & Ablett, J. (2013). Factors Influencing the Resilience of Carers of Individuals with Dementia. *Reviews in Clinical Gerontology, 23*(4), 251–266.
- Γιαννακού, Μ., Ρούσση, Π., Κοσμίδου, Μ. Ε., Κιοσέογλου, Γ., Αδαμοπούλου, Α., & Γαρύφαλλος, Γ. (2013). Προσαρμογή της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck–II σε Ελληνικό Πληθυσμό. *Hellenic Journal of Psychology, 10*, 120–146.
- Γκοβίνα, Ο. (2009). *Η επιβάρυνση της οικογένειας από τη φροντίδα ασθενή με καρκίνο προχωρημένου σταδίου* (Διδακτορική Διατριβή). Διαθέσιμο από: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Γκούβα, Μ., & Κοτρώτσιου, Ε. (2011). *Ψυχολογικά Ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός.
- DeLucia-Waack, J. L. (2006). *Leading Psychoeducational Groups: For Children and Adolescents*. Sage Publications.
- Dias, R., Santos, R. L., de Sousa, M., Fernanda, B., Lima Nogueira, M. M., & Torres, B., et al. (2015). Resilience of Caregivers of People with Dementia: a Systematic Review of

- Biological and Psychosocial Determinants. *Trends Psychiat. Psychother.* 37, 12–19. doi: 10.1590/2237-6089-2014-0032
- Dias, R., Simões-Neto, J. P., Santos, R. L., Sousa, M. F., Baptista, M. A., & Lacerda, I. B., et al.(2016). Caregivers' Resilience is Independent from the Clinical Symptoms of Dementia. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 74,967–973. doi: 10.1590/0004-282x20160162.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (2009). Happiness is the Frequency, Not the Intensity, of Positive Versus Negative Affect. *Social Indicators Research Series*, 213–231. doi:10.1007/97890-481-2354-4_10 .
- 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.
- DuBois, C. M., Beach, S. R., Kashdan, T. B., Nyer, M. B., Park, E. R., Celano, C. M., & Huffman, J. C. (2012). Positive Psychological Attributes and Cardiac Outcomes: Associations, Mechanisms, and Interventions. *Psychosomatics. Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 53(4), 303- 318.
- Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Giroux, F., Legault, A., & Prévile, M. (2005). "Taking Care of Myself." *Dementia*, 4(1), 23–47. doi:10.1177/1471301205049189.
- Emmons, R. A., & Crumpler, C. A. (2000). Gratitude as a Human Strength: Appraising the Evidence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 56–69. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.56>.
- Εταιρεία Alzheimer Αθηνών(χ.χ.). Ανακτήθηκε από: <https://alzheimerathens.gr/>.
- Ευθυμίου, Γ. (2002). *Εφαρμογή της Συμπεριφοριστικής/Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη*. Αθήνα: ΙΕΘΣ.
- Ευσταθίου, Κ., Λέκκα, Φ., Βαρβέρη, Χ., & Κονσουλίδου, Α. (2020). «Μιλήστε με έναν ειδικό»: *Ερωτήσεις και απαντήσεις σε συνηθισμένα ψυχολογικά προβλήματα*. Αθήνα: Εκδόσεις ΙΕΘΣ.
- Ζαχαροπούλου, Γ., Ζαχαροπούλου, Θ., Κωνσταντινοπούλου, Α., & Τσαλουκίδης, Β. (2015). Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5), 614-621.
- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and Molecular Genetics of Resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 446–457. doi:10.1038/nrn2649.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.14435>.
- Fernandez-Lansac, V., Crespo Lopez, M., Caceres, R., & Rodriguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en

- Cuidadores de Personas con Demencia: Estudio Preliminar. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 47(3). doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.026>.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Taubman, O. (1995). Does Hardiness Contribute to Mental Health During a Stressful Real-life Situation? The Roles of Appraisal and Coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 687–695. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.687>.
- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191- 220.
- Fredrickson, B. L. (2000). Extracting Meaning from Past Affective Experiences: The Importance of Peaks, Ends, and Specific Emotions. *Cognition and Emotion*, 14(4), 577- 606.
- Fredrickson, B. L. (2003). The Value of Positive Emotions: The Emerging Science of Positive Psychology Is Coming to Understand Why It's Good to Feel Good. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crisis: A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84,365-376.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new Rating Scale for Adult Resilience: What are the Central Protective Resources Behind Healthy Adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65–76.
- Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., & O'Flaherty, D. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 264–270. doi:10.1016/j.apnu.2013.07.003.
- Gitlin, L. N., Jutkowitz, E., & Gaugler, G. E. (2019). Dementia Caregiver Intervention Research Now and into the Future: Review and Recommendations. *Workshop on Challenging Questions about Epidemiology, Care, and Caregiving for People with Alzheimer's Disease and Related Dementias and their Families*: Washington.
- Gok Ugur, H., Orak, O. S., Yaman Aktas, Y., Enginyurt, O., & Saglambilen, O. (2018). Effects of Music Therapy on the Care Burden of In-Home Caregivers and Physiological Parameters of Their In-Home Dementia Patients: A Randomized Controlled Trial.*Complementary Medicine Research*.doi:10.1159/000490348
- Graven, L. J., & Grant, J. S. (2014). Social Support and Self-care Behaviors in Individuals with Heart Failure: An Integrative Review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 320–333. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.01310.1016/j.ijnurstu.2013.06.013.
- Griffiths, P. C., Kovaleva, M., Higgins, M., Langston, A. H., & Hepburn, P. K. (2018). Tele-Savvy:

- An Online Program for Dementia Caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 33(5), 269–276. doi: 10.1177/1533317518755331.
- Gwyther, L. P. (2005). Family Care and Alzheimer's Disease: What Do We Know? What Can We Do? *North Carolina Medical Journal*, 66(1), 39–44.
- Harris, M. L., Titler, M. G., & Hoffman, G. J. (2021). Associations Between Alzheimer's Disease and Related Dementias and Depressive Symptoms of Partner Caregivers. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 40(7), 772–780. <https://doi.org/10.1177/0733464820952252>.
- Hunter, A. J., & Chandler, G. E. (1999). Adolescent resilience. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 243–247. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00488.x>.
- 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>.
- Izard, C. E. (1971). *The Face of Emotion*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Jackson, D., Roberts, G., Wu, M. L., Ford, R., & Doyle, C. (2016). A Systematic Review of the Effect of Telephone, Internet or Combined Support for Carers of People Living with Alzheimer's, Vascular or Mixed Dementia in the Community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 218–236. doi:10.1016/j.archger.2016.06.013.
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to Resilience: a Systematic Review and Meta-analysis of Resilience Training Programmes and Interventions. *BMJ Open*, 8(6), e017858. doi:10.1136/bmjopen-2017-017858.
- Kalisch, R., Möller, M. B., & Töschler, O. (2015). A Conceptual Framework for the Neurobiological Study of Resilience. *The Behavioral and Brain Sciences*, 38. <https://doi.org/10.1017/S0140525X1400082X>
- Karakasidou, E., & Stalikas, A. (2017). Empowering the Battered Women: The Effectiveness of a Self Compassion Program. *Psychology*, 8(13), 2200.
- Kim-Cohen, J., & Turkewitz, R. (2012). Resilience and Measured Gene-environment Interactions. *Development and Psychopathology*, 24, 1297–1306.
- Κουλάκογλου, Κ. (2013). *Ψυχομετρία και Ψυχολογική Αξιολόγηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Kršíkova, T., & Zeleníková, R. (2018). Association Between Burden and Depression in Caregivers of Dementia Patients. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(3), 866–872. doi:10.15452/CEJNM.2018.09.0017.
- Kunzler, A. M., Helmreich, I., König, J., Chmitorz, A., Wessa, M., Binder, H., & Lieb, K. (2020). Psychological Interventions to Foster Resilience in Healthcare Students. *Cochrane Database*

- of *Systematic Reviews*, 20(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013684>.
- 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.
- 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.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20283>.
- Maslach, C., & Zimbardo, P. G. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. Malor Books.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- McDaid, D. (2001). Estimating the Costs of Informal Care for People with Alzheimer’s Disease: Methodological and Practical Challenges. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 400–405.
- Μιλής, Π. Ν. (2015). *Η Βίωση Θετικών Συναισθημάτων, το Νόημα Ζωής και η Ψυχική Ανθεκτικότητα ως Προστατευτικοί Παράγοντες στην Επαγγελματική Εξουθένωση των Εκπαιδευτικών* (Διδακτορική Διατριβή). Διαθέσιμο από: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Steinberg, G., Shulman, E., Mackell, J. A., Ambinder, A., & Cohen, J. (1993). An Intervention that Delays Institutionalization of Alzheimer’s Disease Patients: Treatment of Spouse-Caregivers. *The Gerontologist*, 33(6), 730–740.
<https://doi.org/10.1093/geront/33.6.730>
- Mougias, A. A., Christidi, F., Kontogianni, E., Skaltsounaki, E., Politis, A., & Politis, A. (2018). Patient and Caregiver Related Factors Associated with Caregiver Assessed Global Deterioration Scale Scoring in Demented Patients. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1–7. doi:10.1155/2018/9396160.
- Οικονόμου, Μ., Θεοχάρης, Μ., Διέτη, Ε., Λεγάκη, Α., Χαρίτση, Μ., Πάλλη, Α., et al. (2019). Σύζευξη Ψυχοεκπαίδευσης και Θετικής Ψυχολογίας: Μια Πρόκληση στη Διαχείριση της Χρόνιας Νόσου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(2), 264–276.
- Onwumere, J., Shiers, D., & Chew-Graham, C. (2016). Understanding the Needs of Carers of People with Psychosis in Primary Care. *British Journal of General Practice*, 66(649), 400–401. doi:<https://doi.org/10.3399/bjgp16X686209>.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., & Goodwin, J. S. (2000). Emotional Well-Being Predicts Subsequent Functional Independence and Survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), 473–478. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb04991.x.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-Based Cognitive-Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 283–290. doi:10.1002/cpp.1795.

- 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 Support Care*, 16(3), 269-277.
- Palacio, G., Krikorian, C., Gomez-Romero, A., Limonero, M. J., & Joaquin, T. (2019). Resilience in Caregivers: A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(8), 648-658.
- Παπαναστασίου, Ε. Κ., & Παπαναστασίου, Κ. (2014). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Λευκωσία: χ.ό.
- Παπασταύρου, Ε., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Αλεβιζόπουλος, Γ., Παπακώστας, Σ., Τσαγκάρη, Χ., & Σουρτζή, Π. (2006). Η Αξιοπιστία και Εγκυρότητα της Κλίμακας της Επιβάρυνσης (Zarit Burden Interview) σε Ελληνοκύπριους Φροντιστές Ασθενών με Άνοια. *Νοσηλευτική*, 45(4), 439-449.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a Relative with Dementia: Family Caregiver Burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04250.x.
- Parra-Vidales, E., Soto-Pérez, F., Perea-Bartolomé, M. V., Franco-Martín, M. A., & Muñoz Sánchez, J. L. (2017). Online Interventions for Caregivers of People With Dementia: A Systematic Review. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 45(3), 116-2. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/225>.
- Pessotti, C. F. C., Fonseca, L. C., Tedrus, G. M. de A. S., & Laloni, D. T. (2018). Family Caregivers of Elderly with Dementia Relationship between Religiosity, Resilience, Quality of Life and Burden. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(4), 408–414. doi:10.1590/198057642018dn12-040011.
- Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2011). Psychological Resilience in OEF–OIF Veterans: Application of a Novel Classification Approach and Examination of Demographic and Psychosocial Correlates. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 560–568.
- Plutchik, R. (2001). The Nature of Emotions. *American Scientist*, 89, 344-350. <https://doi.org/10.1511/2001.28.344>.
- Pruchno, R., & Gitlin, L. (2012). Family Caregiving in Late life: Shifting Paradigms. In R. Blieszner & V. Bedford, *Handbook of families and aging* (pp. 515-541). Santa Barbara, CA: Praeger Publishers.
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The Role of Family Interventions in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Clinical Psychology Review*, 43, 47–57. doi:10.1016/j.cpr.2015.11.010.

- Resilience Project Selection Box. Ανακτήθηκε από: <http://www.resiliencetherapistaid.com/therapy-worksheet/healthy-unhealthycopingstrategies>.
- Richardson, G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. doi:10.1002/jclp.10020.
- Rodriguez, O. J., Paz, S. M., & Sanchez, M. S. (2012). Health Care in Dementia: Satisfaction and Needs of the Caregiver. *Neurologia (English Edition)*, 27(4), 189–196. doi:10.1016/j.nrleng.2011.07.001.
- Rosas-Carrasco, S., Guerra-Silla, M. de G., Torres-Arreola, L. P., Garcva-Pepa, C., Escamilla-Jiminez, C. I., & Gonzalez-Gonzalez, C. (2013). Caregiver Burden of Mexican Dementia Patients: The Role of Dysexecutive Syndrome, Sleep Disorders, Schooling and Caregiver Depression. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(1), 146–152. doi:10.1111/ggi.12072.
- Rosenberg, A. R., Bradford, M. C., Junkins, C. C., Taylor, M., Zhou, C., Sherr, N., et al. (2019). Effect of the Promoting Resilience in Stress Management Intervention for Parents of Children With Cancer (PRISM-P). *Jama Network Open*, 2(9), e1911578. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11578.
- Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., et al. (2013). Resilience in Mental Health: Linking Psychological and Neurobiological Perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3–20.
- Rutter, M. (1999). Resilience Concepts and Findings: Implications for Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119–144. doi:10.1111/1467-6427.00108.
- Santos, R. L., Sousa, M. F. B., Simões-Neto, J. P., Nogueira, M. L., Belfort, T. T., Torres, B., et al. (2014). Caregivers' Quality of Life in Mild and Moderate Dementia. *Arquivos de Neuro Psiquiatria*, 72(12), 931–937. doi:10.1590/0004-282x20140155.
- Saria, M. G., Courchesne, N., Evangelista, L., Carter, J., MacManus, D. A., Gorman, M. K., et al. (2017). Cognitive Dysfunction in Patients with Brain Metastases: Influences on Caregiver Resilience and Coping Support. *Care Cancer*, 25, 1247–1256. doi: 10.1007/s00520-016-35173.
- Savundranayagam, M. Y., Montgomery, R. J. V., Kosloski, K., & Little, T. D. (2011). Impact of a Psychoeducational Program on Three Types of Caregiver Burden among Spouses. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 388–396. doi:10.1002/gps.2538.
- Schulz, R., Beach, S. R., Cook, B., Martire, L. M., Tomlinson, M. & Monin J. K. (2012). Predictors and Consequences of Perceived Lack of Choice in Becoming an Informal Caregiver. *Aging Mental Health*, 16(6), 712–721.
- Schulz, R., & Eden, J. (2016). *Families Caring for an Aging America*. National Academies Press. doi: <https://doi.org/10.17226/23606>.
- Scott, C. B. (2013). Alzheimer's Disease Caregiver Burden: Does Resilience Matter? *Journal of*

- Human Behavior in the Social Environment*, 23(8), 879-892. doi:10.1080/10911359.2013.803451.
- Sin, N., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-being and Alleviating Depressive Symptoms with Positive Psychology Interventions: A Practice-friendly Meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65. doi: 467-87. 10.1002/jclp.20593.
- Singh, K., & Yu, X. (2010). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) in a Sample of Indian Students. *Journal of Psychology*, 1(1), 23–30.
<http://dx.doi.org/10.1080/09764224.2010.11885442>.
- Σκαλή Θ. (2020). Η Θετική Ψυχολογία στη διαχείριση Κρίσεων και στην Ευδαιμονία κάθε Ατόμου. Ανακτήθηκε από: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/03/covid19> Odigos_THetikis_PSYchologias.pdf.
- Smith-Osborne, A. (2007). Life Span and Resiliency Theory: A Critical Review. *Advances in Social Work*, 8(1), 152-168.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. doi:10.1080/10705500802222972.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press.
- Sood, A., Loprinzi, C. E., Prasad, K., & Schroeder, D. R. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience Among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Breast Cancer*, 11(6), 364–368.
- Σταλίκας, Α., & Γαλανάκης, Μ. (χ.χ.). Η Θεωρία των Θετικών Συναισθημάτων: Αρχές-Εμπειρικά ευρήματα-Εφαρμογές-Προεκτάσεις (μη δημοσιευμένο άρθρο). Ανακτήθηκε από:
<https://eclass.aspete.gr/modules/document/file.php/EPPAIK441/%CE%98%CE%B5%98%CE%B5%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B1%20%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CF%83%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%20CE%93%CE%91%CE%9B%CE%91%CE%9D%CE%91%CE%9A%CE%97%CE%A3%20%CE%9C%CE%99%CE%A7%CE%91%CE%9B%CE%97%CE%A3.pdf>.
- Σταλίκας, Α., Γιωτσίδη, Β., & Καρακασίδου, Ε. (2020). *Κατακτώντας την Ενημερία Θετικές Παρεμβάσεις, Τεχνικές και Βιοματικές Ασκήσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Σταλίκας, Α., Τριβίλα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο.
- Stall, N. M., Kim, S. J., Hardacre, K. A., Shah, P. S., Straus, S. E., Bronskill, S. E., et al. (2019). Association of Informal Caregiver Distress with Health Outcomes of Community-Dwelling Dementia Care Recipients: A Systematic Review. *Journal of American Geriatric Society*, 67(3), 609-617.

- Terayama, H., Sakurai, H., Namioka, N., Jaime, R., Otakeguchi, K., Fukasawa, R., et al. (2018). Caregivers' Education Decreases Depression Symptoms and Burden in Caregivers of Patients with Dementia. *Psychogeriatrics*, 18(5), 327-333.
- Thompson, E. R. (2007). Development and Validation of an Internationally Reliable Short-Form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 227-242. <http://dx.doi.org/10.1177/0022022106297301>.
- Τσιγκαροπούλου, Ε. (2020). *Διερεύνηση της Ανθεκτικότητας σε Δείγμα Ελληνικού Πληθυσμού*. (Διδακτορική Διατριβή). Διαθέσιμο από: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Τριανταφύλλου, Τ., Μεσθεναίου, Ε., Προύσκας, Κ., Γκόλτση, Π., Κοντούκα, Σ., & Λουκίσης, Α. (2006). *Πανελλαδική έρευνα—Η Οικογένεια που φροντίζει εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα, Ερευνητική Ομάδα Sextant και «50+Ελλάς», Ομάδα EUROFAMCARE*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης.
- Τσολάκη, Μ., & Κουντή, Φ. (2011). Ψυχοεκπαίδευση Οικογενειών Ατόμων Τρίτης Ηλικίας. Στο Κ. Πετσάνης (Επιμ.), *Εισαγωγή στις Άνοιες* (σ. 20-28). Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών διαταραχών.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back from Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320.
- Tyack, C., & Camic, P. M. (2017). Touchscreen Interventions and the Well-being of People with Dementia and Caregivers: A Systematic Review. *International Psychogeriatrics*, 29(08), 1261-1280. doi:10.1017/s1041610217000667.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1063-1070.
- Wolf, J. L. (2007). End-of-Life Care. *Archives of Internal Medicine*, 167(1). doi:10.1001/archinte.167.1.40
- World Health Organization (2023). Dementia. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia>.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2009). Effects on Resilience of Women Family Caregivers of Adults with Serious Mental Illness: The Role of Positive Cognitions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 412–422. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.12.004>.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in Family Members of Persons

with Serious Mental Illness. *Nursing Clinics of North America*, 45(4), 613–626.
doi:10.1016/j.cnur.2010.06.007.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: **ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ**

1^η Συνάντηση (Δραστηριότητες και στόχοι)

- 1.1. Κοινός παρανομαστής ➡ 1. Έναρξη-Γνωριμία
- 1.2. Κανόνες ομάδας και προσδοκίες ➡ 1. Έναρξη-Γνωριμία
- 1.3. Ο ρόλος μου ως φροντιστής ➡ 1. Μοίρασμα κοινής εμπειρίας 2. Αυτεπίγνωση
3. Επίγνωση του ρόλου και των πτυχών του
- 1.4. Τί είναι ψυχική ανθεκτικότητα ➡ 1. Επίγνωση της έννοιας της ανθεκτικότητας
- 1.5. Έχετε γράμμα ➡ 1. Καλλιέργεια θετικής στάσης για το μέλλον
2. Διαμόρφωση ατομικού πλάνου ενίσχυσης ψυχικής ανθεκτικότητας
- 1.6. Σύνοψη και κλείσιμο ➡ 1. Λήξη συνάντησης

2^η Συνάντηση (Δραστηριότητες και στόχοι)

- 2.1. Με μια φράση ➡ 1. Έναρξη συνάντησης 2. Focus στο «εδώ και τώρα» 3. Μοίρασμα
- 2.2. Αυτοσυγχαίρειν ➡ 1. Focus στο παρόν 2. Αναγνώριση προσωπικών επιτευγμάτων
- 2.3. Φροντίζοντας τον φροντιστή ➡ 1. Αυτοφροντίδα 2. Αναγνώριση αναγκών
- 2.4. Γράμμα αυτοσυμπόνιας ➡ 1. Αυτοφροντίδα 2. Αναγνώριση συναισθημάτων
- 2.5. Σύνοψη και κλείσιμο ➡ 1. Λήξη συνάντησης

3^η Συνάντηση (Δραστηριότητες και στόχοι)

- 3.1. Με μια φράση ➡ 1. Έναρξη συνάντησης 2. Focus στο «εδώ και τώρα» 3. Μοίρασμα
- 3.2. Ανθεκτικές σκέψεις ➡ 1. Επίγνωση ατομικού τρόπου σκέψης 2. Ενίσχυση αισιόδοξης
Και ανθεκτικής σκέψης
- 3.3. Σκέψου θετικά ➡ 1. Αναπλαισίωση 2. Ενίσχυση θετικών συναισθημάτων και σκέψεων
- 3.4. Σύνοψη και κλείσιμο ➡ 1. Λήξη συνάντησης
- + Είστε ένα έργο εν εξελίξει (κατ'οίκον) ➡ 1. Αναστοχασμός συναισθημάτων και

4^η Συνάντηση (Δραστηριότητες και στόχοι)

- 4.1. Με μια φράση ➡ 1. Έναρξη συνάντησης 2. Focus στο «εδώ και τώρα» 3. Μοίρασμα
- 4.2. Πίτσα Ανθεκτικότητας ➡ 1. Ενδυνάμωση και αναγνώριση των προστατευτικών παραγόντων μπροστά σε μια δύσκολη κατάσταση
2. Διαχείριση δύσκολων καταστάσεων
3. Αλλαγή τρόπου σκέψης 4. Ενίσχυση ψυχικής Ανθεκτικότητας και θετικών συναισθημάτων
- 4.3. Τρόπος ζωής και Αξίες ➡ 1. Απόκτηση ελέγχου στα γεγονότα 2. Προσανατολισμός σε λύσεις και στόχους 3. Αναστοχασμός τρόπου ζωής και ανάληψη δράσης για αλλαγή
- 4.4. Σύνοψη και κλείσιμο ➡ 1. Λήξη συνάντησης

5^η Συνάντηση (Δραστηριότητες και στόχοι)

- 5.1. Με μια φράση ➡ 1. Έναρξη συνάντησης 2. Focus στο «εδώ και τώρα» 3. Μοίρασμα
- 5.2. Αντιμετώπιση της απώλειας ➡ 1. Αναγνώριση του προσωπικού βιώματος της απώλειας
2. Διαχείριση της απώλειας
- 5.3. Αισθήσεις-στιγμές ευτυχίας ➡ 1. Επίγνωση του παρόντος και όξυνση αισθήσεων
2. Focus στις χαρούμενες στιγμές παρά τις δυσκολίες
- 5.4. Τρίλεπτο διάλειμμα ➡ 1. Focus στο «εδώ και τώρα» 2. Καλλιέργεια ενσυνειδητότητας
- 5.5. Σύνοψη και κλείσιμο ➡ 1. Λήξη συνάντησης

6^η Συνάντηση (Δραστηριότητες και στόχοι)

- 6.1. Η πορεία μου στην ομάδα ➡ 1. Ανατροφοδότηση 2. Ανασκόπηση συναντήσεων 3. Υιοθέτηση θετικής στάσης
- 6.2. Αποχαιρετώ την ομάδα ➡ 1. Μοίρασμα 2. Έκφραση συναισθημάτων 3. Αποχαιρετισμός
- 6.3. Αισθήσεις-στιγμές ευτυχίας ➡ 1. Λήξη συνάντησης 2. Μοίρασμα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ημερομηνία:/...../.....

Αγαπητοί,

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι πρόκειται να πραγματοποιήσουμε έναν κύκλο διαδικτυακών συναντήσεων με σκοπό την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας φροντιστών ατόμων με άνοια, ο οποίος αποτελεί μέρος μεταπτυχιακής έρευνας στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Εφαρμοσμένη Συμβουλευτική», του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Ο κύκλος αυτός θα αποτελείται από 6 ομαδικές διαδικτυακές συναντήσεις, 90-95 λεπτών, η κάθε μία, και οι οποίες θα πραγματοποιηθούν, μέσω της πλατφόρμας zoom, σε μέρες και ώρες που θα συμφωνηθούν από κοινού. Πριν από κάθε συνάντηση, θα σας αποστέλλεται σχετικός σύνδεσμος, στην ηλεκτρονική σας αλληλογραφία (e-mail). Στη διάρκεια των συναντήσεων θα διεξαχθούν βιωματικές ασκήσεις και δραστηριότητες με τελικό στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και την ανάδειξη των θετικών πτυχών του ρόλου του φροντιστή.

Συντονίστριες των συναντήσεων αυτών, θα είναι οι ψυχολόγοι κα. Καραβίδα Αθηνά-Ευαγγελία και η κα. Καραβίδα Αντιγόνη-Δήμητρα.

Στα πλαίσια των συναντήσεων αυτών, που θα πραγματοποιηθούν, θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ηλεκτρονικά, ορισμένα ερωτηματολόγια, σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η πρώτη φόρμα ηλεκτρονικής συμπλήρωσης, θα σας δοθεί κατά την έναρξη του προγράμματος, η δεύτερη κατά την λήξη του προγράμματος και η τρίτη, 2-3μήνες μετά το τέλος των συναντήσεων. Παράλληλα, σειρά ερωτηματολογίων θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των συναντήσεων, είτε στην αρχή, είτε στο τέλος της κάθε συνάντησης.

Αξίζει να σημειωθεί, πως δεν υπάρχει σωστή και λανθασμένη απάντηση και καλείστε να απαντήσετε αυθόρμητα. Όλες οι απαντήσεις θα είναι ανώνυμες και θα διατηρηθεί το απόρρητο.

Η συμμετοχή σας στο πρόγραμμα θα είναι εθελοντική και μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε.

Για οτιδήποτε προκύψει μπορείτε να επικοινωνείτε με τις συντονίστριες στα τηλέφωνα:

6940018145 και **6949272874** ή αντίστοιχα στα E-mail: karadina995@gmail.com και kara8ina995@gmail.com.

Τα δεδομένα που θα προκύψουν από την έρευνα θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά για ακαδημαϊκούς σκοπούς.

Η συμμετοχής σας στην έρευνά μας,μας είναι πολύτιμη!Σας ευχαριστούμε θερμά για τον χρόνο σας!

Για την πραγματοποίηση των συναντήσεων,σας παρακαλούμε να επιλέξετε:

Έχω κατανοήσει τις πληροφορίες που μου δόθηκαν ΝΑΙ ΟΧΙ

Δίνω την συγκατάθεση μου να συμμετέχω στις συναντήσεις και να απαντήσω στα ερωτηματολόγια, που θα μου δοθούν. ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπογραφή.....

E-mail επικοινωνίας:

Με εκτίμηση,
Καραβίδα Αθήνα-Ευαγγελία & Καραβίδα Αντιγόνη-Δήμητρα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία: 18-25 25-45 45-65 65+

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Έχετε παιδιά: Ναι Όχι

Επαγγελματική κατάσταση: Εργαζόμενος/η Άνεργος/η Συνταξιούχος/α

Βαθμός συγγένειας με τον ασθενή: Σύζυγος Κόρη/Γιος Αδελφός/ή Ξάδελφος/η

Δεν έχω άμεση συγγένεια

Πόσο καιρό φροντίζετε τον πάσχοντα από άνοια; λιγότερο από 1 χρόνο 1 χρόνο
πάνω από 1 χρόνο

Είστε ο κύριος φροντιστής του; Ναι Όχι

Προσαρμογή Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (Positive and Negative Affect Scales, PANAS)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχει ένας αριθμός δηλώσεων/λέξεων όπου περιγράφονται διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις. Διαβάστε κάθε μία δήλωση και σημειώστε το βαθμό στον οποίο σας εκφράζει γενικά (συνήθως) ο καθένας από τους παρακάτω χαρακτηρισμούς.

Μπορείτε να δώσετε μία από τις παρακάτω απαντήσεις (συμπληρώνοντας στον κενό χώρο το αντίστοιχο νούμερο):

1	2	3	4	5
πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	αρκετά	πάρα πολύ

- | | |
|--|--|
| 1 _____ άτομο με ενδιαφέροντα
2 _____ αγχωμένος / η
3 _____ σε ένταση/ έξαψη
4 _____ θυμωμένος / η
5 _____ δυνατός / ή
6 _____ ένοχος / η
7 _____ φοβισμένος / η
8 _____ εχθρικός / ή
9 _____ ενθουσιώδης
10 _____ περήφανος/ η | 11 _____ ευέξαπτος /η
12 _____ σε εγρήγορση
13 _____ ντροπιασμένος / η
14 _____ εμπνευσμένος /η
15 _____ νευρικός / ή
16 _____ αποφασισμένος /η
17 _____ προσεκτικός / ή
18 _____ αναστατωμένος / η
19 _____ δραστήριος
20 _____ ανήσυχος / η |
|--|--|

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ

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

1. Αισθάνεστε ότι ο/η συγγενής σας ζητά περισσότερη βοήθεια απ'ότι χρειάζεται;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

2. Πιστεύετε επειδή σπαταλάτε αρκετό χρόνο με τον/την συγγενή σας ότι δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

3. Νοιώθετε πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα που δίνετε για το συγγενή σας και στην προσπάθεια σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες προς την οικογένεια σας ή την εργασία σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

4. Νοιώθετε αμηχανία για τη συμπεριφορά της/του συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

5. Νοιώθετε θυμωμένος όταν περιτριγυρίζετε από το/τη συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

6. Νοιώθετε ότι ο/η συγγενής σας προς το παρόν επηρεάζει τις σχέσεις σας με άλλα μέλη της οικογένειας ή με φίλους με ένα αρνητικό τρόπο;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

7. Φοβάστε τι επιφυλάσσει το μέλλον για το/τη συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

8. Νοιώθετε ότι ο/η συγγενής σας είναι εξαρτώμενος/η από εσάς;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

9. Νοιώθετε υπερένταση όταν περιτριγυρίζετε από το/τη συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

10. Νοιώθετε ότι η υγεία σας υποφέρει λόγω της εμπλοκής με το/τη συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

11. Νοιώθετε ότι δεν έχετε τόση ατομική ζωή όπως θα θέλατε λόγω της/του συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

12. Νοιώθετε ότι η κοινωνική σας ζωή υποφέρει λόγω του ότι φροντίζετε για το/τη συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

13. Νοιώθετε άβολα να έχετε κοντά σας φίλους σας, λόγω της/του συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

14. Νοιώθετε ότι ο/η συγγενής σας φαίνεται να προσδοκά από εσάς να τον/την φροντίζετε να είσαστε η/ο μοναδική/ος στον/στην οποίο/α θα μπορούσε;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

15. Νοιώθετε ότι επιπρόσθετα από τα τακτικά έξοδα σας δεν έχετε αρκετά λεφτά για τη φροντίδα της/του συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

16. Νοιώθετε ότι είστε αδύναμος να συνεχίσετε να φροντίζετε το/τη συγγενή σας;

0 1 2 3 4

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Αρκετά συχνά Σχεδόν πάντα

17. Αισθάνεστε ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της προσωπικής σας ζωής από τότε που έχει

αρρωστήσει ο/η συγγενής σας;

18. Θα ευχόσαστε έτσι απλά, να μπορούσατε να αφήσετε τη φροντίδα της/του συγγενή σας σε κάποιον άλλο;

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

19. Αισθάνεστε αβέβαιο/η για το τι πρέπει να κάνετε για το/τη συγγενή σας;

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

20. Νοιώθετε ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για το/τη συγγενή σας;

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

21. Νοιώθετε ότι θα μπορούσατε να τα καταφέρετε καλύτερα στη φροντίδα της/του συγγενή σας;

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

22. Γενικά πόσο συχνά αισθάνεστε επιβαρυνμένος/ημε τη φροντίδα του συγγενή σας;

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

Το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck- BDI-II

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 21 ομάδες δηλώσεων. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά όλες τις ομάδες δηλώσεων και επιλέξτε, κάθε φορά, τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα το πώς αισθάνεστε τις τελευταίες δύο εβδομάδες μέχρι και σήμερα. Επιλέγετε μία απάντηση κάθε φορά.

A. Λύπη

- 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος
- 1. Αισθάνομαι λυπημένος για μεγάλο διάστημα
- 2. Αισθάνομαι λυπημένος συνεχώς
- 3. Είμαι τόσο λυπημένος ή δυστυχισμένος που δεν μπορώ να το αντέξω

B. Απαισιοδοξία

- 0. Δεν είμαι αποθαρρυνμένος/η για το μέλλον μου
- 1. Αισθάνομαι περισσότερο αποθαρρυνμένος/η για το μέλλον μου από ότι στο παρελθόν
- 2. Δεν περιμένω τα πράγματα να μου πάνε καλά
- 3. Αισθάνομαι απελπισία για το μέλλον και πως τα πράγματα μόνο θα χειροτερέψουν

Γ. Αποτυχίες του παρελθόντος

- 0. Δεν αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει
- 1. Έχω αποτύχει περισσότερο από ότι θα έπρεπε
- 2. Όταν ανασκοπώ τη ζωή μου βλέπω πολλές αποτυχίες
- 3. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άνθρωπος

Δ. Απώλεια ευχαρίστησης

- 0. Παίρνω τόση ικανοποίηση όση έπαιρνα και στο παρελθόν από ότι με ευχαριστεί
- 1. Δε χαίρομαι τα πράγματα όπως τα χαιρόμουν
- 2. Παίρνω πολύ λίγη ικανοποίηση όση από τα πράγματα που παλιότερα με ευχαριστούσαν
- 3. Δεν παίρνω καθόλου ευχαρίστηση από τα πράγματα που με ευχαριστούσαν

Ε. Αίσθημα ενοχής

- 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερες ενοχές
- 1. Αισθάνομαι ένοχος/η για πολλά πράγματα που έχω κάνει ή έπρεπε να είχα κάνει
- 2. Αισθάνομαι ένοχος/η τον περισσότερο καιρό

3. Αισθάνομαι ένοχος/η διαρκώς

Z. Αίσθημα τιμωρίας

0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι

1. Αισθάνομαι πως μπορεί να τιμωρηθώ

2. Περιμένω πως θα τιμωρηθώ

3. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι

H. Αυτοαπέχθεια

0. Αισθάνομαι για τον εαυτό μου όπως ανέκαθεν

1. Έχω χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό μου

2. Είμαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου

3. Απεχθάνομαι τον εαυτό μου

Θ. Αυτοκριτική

0. Δεν κριτικάρω τον εαυτό μου περισσότερο από ότι συνήθως

1. Κριτικάρω τον εαυτό μου περισσότερο από ότι στο παρελθόν

2. Κριτικάρω τον εαυτό μου για όλα τα σφάλματά μου

3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα τα κακά που μου συμβαίνουν

I. Σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας

0. Δεν έχω σκέψεις αυτοκτονίας

1. Έχω σκεφτεί να αυτοκτονήσω, αλλά δεν θα το έκανα

2. Θα ήθελα να αυτοκτονήσω

3. Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία

K. Κλάμα

0. Δεν κλαίω περισσότερο από όσο παλιότερα

1. Κλαίω περισσότερο από όσο παλιότερα

2. Κλαίω για το παραμικρό

3. Θέλω να κλάψω αλλά δεν μπορώ

Λ. Εκνευρισμός

0. Δεν είμαι πιο ανήσυχος/η ή τσιτωμένος/η από ότι στο παρελθόν

1. Αισθάνομαι πιο ανήσυχος/η ή τσιτωμένος/η από ότι στο παρελθόν

2. Αισθάνομαι τόσο ανήσυχος/η ή τσιτωμένος/η που δεν μπορώ να σταθώ πουθενά

3. Αισθάνομαι τόσο ανήσυχος/η ή τσιτωμένος/η που πρέπει να κινούμαι συνέχεια ή να κάνω κάτι

Μ. Έλλειψη ενδιαφέροντος

- 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου προς τους άλλους ανθρώπους ή τις δραστηριότητες
- 1. Με ενδιαφέρουν λιγότερο οι άλλοι άνθρωποι ή τα πράγματα από ότι με ενδιέφεραν
- 2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου προς τους άλλους ανθρώπους ή τα πράγματα
- 3. Μου είναι δύσκολο να ενδιαφερθώ για οτιδήποτε

Ν. Αναποφασιστικότητα

- 0. Παίρνω αποφάσεις το ίδιο καλά όπως ανέκαθεν
- 1. Δυσκολεύομαι περισσότερο να παίρνω αποφάσεις από ό,τι παλιότερα
- 2. Έχω πολύ μεγαλύτερη δυσκολία να παίρνω αποφάσεις από ό,τι παλιότερα
- 3. Δεν μπορώ να πάρω καμία απόφαση

Ξ. Χωρίς αξία

- 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι ανάξια/ος
- 1. Δε νομίζω ότι είμαι χρήσιμη ή ότι αξίζω τόσο όσο παλιότερα
- 2. Αισθάνομαι ότι αξίζω λιγότερο από τους άλλους ανθρώπους
- 3. Αισθάνομαι ότι δεν αξίζω καθόλου

Ο. Απώλεια ενέργειας

- 0. Έχω τόση ενέργεια όση ανέκαθεν
- 1. Έχω λιγότερη ενέργεια από όση είχα στο παρελθόν
- 2. Δεν έχω αρκετή ενέργεια για να κάνω πολλά πράγματα
- 3. Δεν έχω αρκετή ενέργεια για να κάνω τίποτα

Π. Αλλαγή ύπνου

- 0. Δεν έχω αισθανθεί καμία αλλαγή στον ύπνο μου
- 1α. Κοιμάμαι κάπως περισσότερο από συνήθως
- 1β. Κοιμάμαι κάπως λιγότερο από συνήθως
- 2α. Κοιμάμαι πολύ περισσότερο από συνήθως
- 2β. Κοιμάμαι πολύ λιγότερο από συνήθως
- 3α. Κοιμάμαι το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- 3β. Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ

Ρ. Ευρεθιστότητα

- 0. Δεν είμαι περισσότερο ευερέθιστη/ος από όσο συνήθως
- 1. Είμαι περισσότερο ευερέθιστη/ος από όσο συνήθως

- 2.Είμαι πολύ περισσότερο ευερέθιστη από όσο συνήθως
- 3. Είμαι ευερέθιστη διαρκώς

Σ. Απώλεια όρεξης

- 0.Δεν έχω δει αλλαγή στην όρεξή μου
- 1α.Η όρεξη μου είναι κάπως λιγότερη από συνήθως
- 1β.Η όρεξη μου είναι κάπως περισσότερη από συνήθως
- 2α.Η όρεξη μου είναι αρκετά λιγότερη από συνήθως
- 2β.Η όρεξη μου είναι αρκετά περισσότερη από συνήθως
- 3α.Δεν έχω καθόλου όρεξη πλέον
- 3β.Θέλω να τρώω όλη την ώρα

Υ. Δυσκολίες στη συγκέντρωση

- 0.Μπορώ να συγκεντρωθώ τόσο καλά όσο ανέκαθεν
- 1.Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ τόσο καλά όσο στο παρελθόν
- 2.Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ σε κάτι για πολύ καιρό
- 3. Βρίσκω πως δεν μπορώ να συγκεντρωθώ σε τίποτε

Φ. Κούραση

- 0.Δεν είμαι περισσότερο κουρασμένος/η από όσο στο παρελθόν
- 1.Κουράζομαι ευκολότερα από όσο στο παρελθόν
- 2.Είμαι πολύ κουρασμένος/η για να κάνω πολλά από τα πράγματα που έκανα
- 3.Είμαι πολύ κουρασμένος/η για να κάνω τα περισσότερα από τα πράγματα που έκανα

Χ. Απώλεια ενδιαφέροντος για το σεξ

- 0.Δεν έχω παρατηρήσει καμία πρόσφατη αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ
- 1.Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ από ό,τι ενδιαφερόμουν στο παρελθόν
- 2.Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα
- 3.Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ

The Connor-Davidson Resilience Scale

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια **των τελευταίων 30 ημερών**. Επιλέγετε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα από τις παρακάτω επιλογές. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν “σωστές” ή “λάθος” απαντήσεις.

1. Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν την αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

7. Το να ανταπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

8. Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια

- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια ό,τι και να συμβεί
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
11. Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
13. Ξέρω πού να στραφώ για βοήθεια
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο
- | | | | | |
|----------------|---------------|----------------------|--------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Καθόλου αληθές | Σπάνια αληθές | Μερικές φορές αληθές | Συχνά αληθές | Σχεδόν πάντα αληθές |

18. Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

19. Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

24. Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου

0 1 2 3 4

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Μερικές φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές