Neapolis University

HEPHAESTUS Repository **http://hephaestus.nup.ac.cy**

Department of Psychology MSc in Counselling Psychology

2021

þÿ ” ¹ µ º ´ ¹ º . Ä ¹ º Ì Ä · Ä ± º ± ¹ þÿ µ ½ Ã Å ½ ± ¯ Ã ¸ · Ã · : · Ã Ç - Ã · Ä ¿ Å Â þÿ ¬ ³ Ç ¿ Â , Ä · ½ º ± Ä ¬ ¸ » ¹ È · º ± ¹ Ä · ½ þÿ µ À ¯ ´ Á ± Ã · Ä · Â Æ Á ¿ ½ Ä ¯ ´ ± Â Ã µ

þÿ § ± Á ± » ¬ ¼ À ¿ Å Â , £ ¹ » ¿ Å ± ½ Ì Â

þÿ œ µ Ä ± À Ä Å Ç ¹ ± º Ì Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± £ Å ¼ ² ¿ Å » µ Å Ä ¹ º ® Â ¨ Å Ç ¿ » ¿ ³ ¯ ± Â , £ Ç ¿ » ® • À ¹ Ã Ä · ¼
þÿ ± ½ µ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

http://hdl.handle.net/11728/12032

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ: Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ, ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΤΥΠΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Του

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΣΙΛΟΥΑΝΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ (Counselling Psychology)

2021

Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ: Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ, ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΤΥΠΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Του

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΣΙΛΟΥΑΝΟΥ

Υποβληθείσα στη Σχολή Επιστημών Υγείας σε μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Συμβουλευτικής Ψυχολογίας

Αύγουστος 2021

© Χαραλάμπους Σιλουανός, 2021

Σελίδα εκ προθέσεως κενή

ΔΙΕΚΔΙΚΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ: Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ, ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΤΥΠΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Διπλωματική Εργασία

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ Τσίτσας Γεώργιος

Εξεταστική Επιτροπή

Δρ Χριστοδούλου Άνδρη, Δρ Ζαμπά Κωνσταντίνα

Πρόεδρος και Αναπληρωτής Κοσμήτορας

Δρ Αργυρίδης Μάριος

Περίληψη

Εισαγωγή: Η άτυπη φροντίδα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα γρανάζια του συστήματος υγείας σε κάθε χώρα. Είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με αρνητικές αλλά και θετικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών, όπως και με το άγχος και την κατάθλιψη που αυτοί παρουσιάζουν. Για τη βελτίωση της ευεξίας των φροντιστών είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν τα κατάλληλα προγράμματα παρέμβασης που θα στοχεύουν στην ανάπτυξη κάποιων χαρακτηριστικών που συνδέονται με τον ρόλο του άτυπου φροντιστή. Η ενσυναίσθηση, αποτελεί έννοια που σχετίζεται άμεσα με την άτυπη φροντίδα. Από την άλλη, η διεκδικητικότητα δεν έχει ενταχθεί ακόμα στον χώρο της άτυπης φροντίδας.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 107 άτυποι φροντιστές ασθενών και ηλικιωμένων άνω των 18 ετών, οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς: Κλίμακα Επίδρασης της φροντίδας (Bakas Caregiving Outcomes Scale, BCOS), Κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression scale, HADS), Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity Index, IRI) και Κλίμακα διεκδικητικότητας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη και την ενσυναίσθηση, αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα, αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη γνωστική ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα, αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναισθητική ανησυχία και την επίδραση της φροντίδας, θετική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη και την ενσυναισθητική ανησυχία και αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι οι άνδρες είχαν μειωμένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και περισσότερες θετικές επιδράσεις της φροντίδας σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, βρέθηκε σχέση της διάρκειας παροχής φροντίδας με την επίδραση της φροντίδας, όπου παροχή φροντίδας για 3-6 και 15-20 είχε αρνητικές επιδράσεις ενώ παροχή φροντίδας για 0-1, 1-3, 6-10 και 10-15 χρόνια είχε θετικές επιδράσεις.

Συζήτηση: Στη συζήτηση γίνεται προσπάθεια ερμηνείας των αποτελεσμάτων, τονίζεται η προσφορά της παρούσας μελέτης, αναφέρονται κάποιοι περιορισμοί, ενώ παρατίθενται κάποιες προτάσεις για μελλοντικούς ερευνητές.

Λέξεις - κλειδιά: ενσυναίσθηση, διεκδικητικότητα, επίδραση της φροντίδας, άγχος και κατάθλιψη

Abstract

Introduction: Informal caregiving is crucial for any health system. It is inextricably linked to both negative and positive effects on caregivers' lives, as well as the anxiety and depression that caregivers experience. In order to improve the well-being of caregivers, it is necessary to create appropriate intervention programs that will aim at developing some characteristics related to the role of the informal caregiver. Empathy is a concept that is directly related to informal care. On the other hand, assertiveness has not yet been integrated into the field of informal care.

Method: The present study comprised of 107 informal caregivers of patients and the elderly over 18 years of age who completed the self-report questionnaires: Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Interpersonal Reactivity Index (IRI) and Assertiveness Scale.

Results: The research results showed a positive correlation between anxiety and depression and empathy, a negative correlation between empathy and assertiveness, a negative correlation between cognitive empathy and assertiveness, a negative correlation between empathic concern and the effects of care, positive correlation between anxiety and depression and empathic concern and a negative correlation between anxiety and depression and the effects of care. In addition, men appeared to have reduced levels of anxiety and depression and more positive effects from care compared to women. Finally, a relationship between the duration of care and the effects of care was found, where caregiving for 3-6 and 15-20 years had negative effects and caregiving for 0-1, 1-3, 6-10 and 10-15 years had positive effects.

Discussion: In the discussion there is an interpretation of the results. Also, the contribution of the study is emphasized, the limitations are reported and some suggestions for future researchers are provided.

Key words: empathy, assertiveness, anxiety and depression, effects of care

Ευχαριστίες,

Θα ήθελα καταρχάς να ευχαριστήσω τον Δρ. Γεώργιο Τσίτσα για την επίβλεψη της διπλωματικής μου και τη στήριξή του καθώς ήταν δίπλα μου από την πρώτη στιγμή. Επί τη ευκαιρία, θα ήθελα να τον ευχαριστήσω για το γεγονός ότι από την πρώτη μέρα που γνωριστήκαμε είναι για μένα πατέρας, φίλος και συνάδελφος.
Είμαι ευγνώμον προς τη Δρ. Άνδρη Χριστοδούλου και την Δρ. Ζαμπά Κωνσταντίνα καθώς μου κάνουν την τιμή να είναι μέλη της εξεταστικής επιτροπής. Θα ήθελα επίσης να τις ευχαριστήσω που με απαράμιλλο ζήλο και αυταπάρνηση εργάστηκαν από την πρώτη στιγμή για να μας διδάξουν όσα περισσότερα μπορούσαν.
Επιπρόσθετα, αισθάνομαι ευγνωμοσύνη προς όλους τους καθηγητές του τμήματος ψυχολογίας που πρόσφεραν τα μέγιστα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών ετών.
Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς, τον αδερφό και τις αδερφές μου που ανέκαθεν ήταν δίπλα μου.
Τέλος, ευχαριστώ από τα βάθη της καρδιάς μου το Θεό, που χωρίς τη βοήθειά του δε θα ήταν δυνατή η εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Μαζί ευχαριστώ την Παναγία του Μαχαιρά και όλους τους πατέρες της μονής που σαν δεύτερη οικογένεια με στήριξαν και με στηρίζουν τα τελευταία χρόνια.

Σελίδα εκ προθέσεως κενή

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη 6
Abstract 7
Πίνακας Περιεχομένων 10
Κατάλογος Διαγραμμάτων 12
Κατάλογος Πινάκων 13
Εισαγωγή 14
Κεφάλαιο 1 17
Μέρος Α 17
1.1. Άτυποι Φροντιστές - Ορισμός 17
1.2. Η άτυπη φροντίδα κατά τη φιλοσοφία 18
1.3. Άτυπη φροντίδα καρκινοπαθών 18
1.4. Αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας καρκινοπαθών 20
1.5. Άτυπη φροντίδα ηλικιωμένων και άλλων ασθενών 21
1.6. Αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας ηλικιωμένων και άλλων ασθενών 22
1.8. Παράγοντες που προκαλούν αρνητικές επιδράσεις-Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά 25
1.9. Θετικές επιδράσεις της ανάληψης φροντιστικού ρόλου 27
1.10. Δημογραφικά χαρακτηριστικά άτυπων φροντιστών 29
Μέρος Β 30
1.11. Ενσυναίσθηση-Ορισμός 30
1.11.1. Είδη ενσυναίσθησης 31
1.11.2. Ενσυναίσθηση και άτυπη φροντίδα 32
1.11.3. Επίδραση του φύλου στην ενσυναίσθηση 33
1.11.4. Ενσυναίσθηση και επικοινωνία 34
1.11.5. Ενσυναίσθηση: κληρονομική ή επίκτητη; 34
1.11.6. Προγράμματα παρέμβασης και ενσυναίσθηση 35
Μέρος Γ 35
1.12. Διεκδικητικότητα-Ορισμός 35
1.12.1. Μη διεκδικητικές συμπεριφορές 36
1.12.2. Διεκδικητικότητα και Ψυχική Υγεία 37
1.12.3. Ρόλος φύλου στην εφαρμογή διεκδικητικής συμπεριφοράς 39
1.12.4. Διεκδικητικότητα και επικοινωνία 40

1.12.5. Διεκδικητικότητα και προγράμματα παρέμβασης 41
1.12.6. Σχέση ενσυναίσθησης και διεκδικητικότητας 42
Η παρούσα μελέτη 43
1.13. Ερευνητικές Υποθέσεις 45
Κεφάλαιο 2 46
2.1. Μεθοδολογία Έρευνας 46
2.2. Συμμετέχοντες 47
2.3. Ψυχομετρικά εργαλεία συλλογής δεδομένων 51
2.3.1. Κλίμακα Επίδρασης της φροντίδας (Bakas Caregiving Outcomes Scale, BCOS) 52
2.3.2 Κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression scale, HADS) (Mystakidou και συν., 2004) 53
2.3.3. Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity Index, IRI) (Davis, 1980) 55
2.3.4. Κλίμακα διεκδικητικότητας (Rathus, 1973) 56
2.4. Πλάνο στατιστικών αναλύσεων 58
Κεφάλαιο 3 59
3. Αποτελέσματα 59
Κεφάλαιο 4 71
4.1. Συζήτηση 71
4.2. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης 83
4.3. Πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης 85
4.4. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες 86
4.5. Εφαρμογή στη Συμβουλευτική Ψυχολογία 87
Κεφάλαιο 5 89
5. Συμπεράσματα 89
Βιβλιογραφία 90
Παραρτήματα 103

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη..... 60

Διάγραμμα 2. Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα. 61

Διάγραμμα 3. Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη Διεκδικητικότητα και τη γνωστική ενσυναίσθηση…….. 63

Διάγραμμα 4. Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην επίδραση της φροντίδας και την ενσυναισθητική ανησυχία…….63

Διάγραμμα 5. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη και την ενσυναισθητική ανησυχία…….64

Διάγραμμα 6. Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην επίδραση της φροντίδας και το άγχος και την κατάθλιψη..... 64

Διάγραμμα 7: Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε συνάρτηση φύλου.....67

Διάγραμμα 8. Η επίδραση της φροντίδας σε συνάρτηση φύλου.....67

Διάγραμμα 9. Ο ρόλος της διάρκειας παροχής φροντίδας στην επίδραση της φροντίδας..... 70

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος……49-51
Πίνακας 2. Εσωτερική αξιοπιστία των ψυχομετρικών εργαλείων και των υποκλιμάκων τους……... 57
Πίνακας 3. Συσχετίσεις Pearson's r ανάμεσα στις υποκλίμακες της ενσυναίσθησης, την επίδραση της φροντίδας, το άγχος και την κατάθλιψη και τη διεκδικητικότητα…… 65

Εισαγωγή

Η παροχή φροντίδας από άτυπους φροντιστές έχει τεράστιο οικονομικό όφελος για τα κράτη και παράλληλα τεράστιο ψυχολογικό κόστος για τους ίδιους τους φροντιστές. Κατά συνέπεια, το κόστος αυτό γίνεται επιζήμιο για τα κράτη καθώς αυξάνονται οι πιθανότητες να νοσήσουν οι ίδιοι οι φροντιστές εξαιτίας των ψυχολογικών και συναισθηματικών επιπτώσεων που επιφέρει στη ζωή τους η παροχή φροντίδας (Papastavrou και συν., 2012). Αυτό το κόστος στους φροντιστές, εκτός του ότι είναι επιζήμιο για την υγεία τους, υπάρχει κίνδυνος να τους φέρει σε θέση να μην μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες φροντίδας στους οικείους τους.

Από την άλλη, σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να συνεχιστεί η παροχή υπηρεσιών φροντίδας αλλά με σοβαρή έκπτωση στην ποιότητά της για τους ασθενείς, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα κενό το οποίο θα επιφέρει κόστος στην υγεία των φροντιστών και των ασθενών. Σε μια έρευνα που έγινε στην Κύπρο, για φροντιστές ηλικιωμένων με άνοια, βρέθηκε ότι το 65% των φροντιστών είναι πολύ επιβαρυμένο από τον ρόλο του, ενώ παρουσιάζει αρκετά καταθλιπτικά συμπτώματα (Papastavrou και συν., 2007).

Αντίστοιχο εύρημα σχετικά με τις επιδράσεις της ανάληψης φροντιστικού ρόλου σε Κύπριους φροντιστές, οι οποίοι ήταν αποκλειστικά μέλη οικογένειας που φροντίζουν καρκινοπαθείς ή άτομα με άλλες χρόνιες ασθένειες, παραθέτει η Παπασταύρου με τους συνεργάτες της (2009). Συγκεκριμένα, στην έρευνά τους σημείωσαν ότι σε όλους τους φροντιστές η ανάληψη φροντιστικού ρόλου επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογική τους υγεία και ευεξία, ενώ παράλληλα παρουσίαζαν κατάθλιψη (Papastavrou και συν., 2012).

Εκτός από τις παραπάνω συνέπειες, οι επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου, ασφαλώς, είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και αλληλοσυνδεόμενες με το άγχος και την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, η φροντίδα έχει συνέπειες στην κοινωνική, επαγγελματική και οικονομική ζωή των φροντιστών. Επίσης, επηρεάζει τους ρόλους τους στη ζωή και περιορίζει το χρόνο αυτοφροντίδας τους (Καραδήμας, 2005). Παρόλα αυτά, ένα σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται στις θετικές επιδράσεις που μπορεί να επιφέρει η ανάληψη φροντιστικού ρόλου στη ζωή ενός φροντιστή. Για παράδειγμα, αναφέρεται από ερευνητές ότι η ανάληψη φροντιστικού ρόλου συνδέεται με μακροζωία και καλύτερη κατάσταση σωματικής υγείας (Brown & Brown, 2006).

Ως επακόλουθο των παραπάνω ευρημάτων, χρειάζεται αφενός να ξεκαθαριστεί το κατά πόσο η ανάληψη φροντιστικού ρόλου επιφέρει θετικές ή αρνητικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών. Εν συνεχεία, χρειάζεται να διερευνηθούν κάποιες έννοιες που μπορεί να συνδέονται και να καθορίζουν το κατά πόσο ένας φροντιστής μπορεί να έχει θετικές ή αρνητικές συνέπειες στη ζωή του, ως επακόλουθο της παροχής φροντίδας. Δηλαδή, χρειάζεται να διερευνηθούν οι συνέπειες της παροχής φροντίδας και οι έννοιες που συνδέονται με αυτές.

Με την πορεία της ψυχολογικής νοσηρότητας των άτυπων φροντιστών και τις επιδράσεις της παροχής φροντίδας, φάνηκε να συνδέονται κάποιες έννοιες όπως η ενσυναίσθηση και η διεκδικητικότητα. Αρχικά, η ενσυναίσθηση φαίνεται να είναι η βασική έννοια στην οποία στοχεύουν τα προγράμματα παρέμβασης σε επίσημους φροντιστές, με απώτερο στόχο τη μείωση της κατάθλιψης, του άγχους και της εξουθένωσης. Στο χώρο της άτυπης φροντίδας η ενσυναίσθηση είναι λιγότερο μελετημένη αλλά παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για το ρόλο της. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες, φαίνεται ότι υπάρχει ένα ιδανικό επίπεδο για κάθε είδος ενσυναίσθησης, γνωστικής και συναισθηματικής που πρέπει να ληφθεί υπόψη στα προγράμματα παρέμβασης (Hattink και συν., 2015). Χρειάζεται επομένως, σε περίπτωση που επιβεβαιωθεί το συγκεκριμένο εύρημα, να ληφθεί υπόψη από τα προγράμματα παρέμβασης που πρόκειται να δημιουργηθούν.

Όσον αφορά τον ρόλο της διεκδικητικότητας στην άτυπη φροντίδα, σε μια ποιοτική έρευνα που αφορούσε άτυπους φροντιστές καρκινοπαθών στο στάδιο της χημειοθεραπείας, φάνηκε ότι η διεκδικητικότητα ήταν ένα απαραίτητο προσόν για να διασφαλίσει ο φροντιστής ότι έγινε η καλύτερη δυνατή επεξήγηση των συμπτωμάτων από τον ασθενή προς τον γιατρό (Ream, 2013). Επιπρόσθετα, ο ίδιος ερευνητής ανέδειξε την αξία της διεκδικητικότητας του φροντιστή στο να μπορεί να αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα μέσα που παρέχει ο χώρος παροχής φροντίδας, όπως για παράδειγμα στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας ή ακόμα και μέσα στα ογκολογικά κέντρα. Επίσης, αναφέρθηκε ότι η ανικανότητα των φροντιστών στη διεκδικητική συμπεριφορά, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στον ασθενή με αποτέλεσμα να κινδυνεύει ο ίδιος ο ασθενής. Επομένως, με βάση την παραπάνω έρευνα, βλέπουμε τον ρόλο της διεκδικητικότητας στην επικοινωνία των φροντιστών με τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας και τις συνέπειες που μπορεί αυτή να έχει στην υγεία των ασθενών (Ream, 2013).

Στην έρευνα της Παπασταύρου και των συνεργατών (2012), όπου διερευνήθηκαν οι τρόποι με τους οποίους οι άτυποι φροντιστές αντιμετωπίζουν την ψυχολογική τους νοσηρότητα, φάνηκε ότι εφαρμόζουν ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Τέτοιες στρατηγικές, που φάνηκε να χρησιμοποιούνται σε πολύ μικρό βαθμό από τους φροντιστές, αποτελούν ένα είδος διεκδικητικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα λοιπόν με την παραπάνω έρευνα, η διεκδικητικότητα μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας στην ποιότητα των υπηρεσιών που θα προσφέρουν οι φροντιστές. Ωστόσο, αυτό που δεν είναι ξεκάθαρο, είναι ο ρόλος της διεκδικητικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών και στις επιδράσεις της ανάληψης φροντιστικού ρόλου.

Συνοψίζοντας, στον χώρο της άτυπης φροντίδας χρειάζεται να δοθεί μια επιστημονική εξήγηση σχετικά με κάποιους σημαντικούς παράγοντες που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με την ψυχική υγεία των φροντιστών αλλά και το κατά πόσο η ανάληψη φροντιστικού ρόλου θα επιφέρει στη ζωή τους θετικές ή αρνητικές επιδράσεις. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ενσυναίσθηση και όπως ερευνά η παρούσα μελέτη, η διεκδικητικότητα. Εφόσον βρεθεί κάποια επίδραση των παραγόντων αυτών, μπορούν να σχεδιαστούν τα κατάλληλα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης που θα ενισχύσουν το έργο και την ψυχική υγεία των φροντιστών. Το κέρδος από τη διεξαγωγή της έρευνας θα είναι το τεράστιο όφελος στην υγεία των φροντιστών και κατ’ επέκταση των ασθενών, ενώ, παράλληλα, πρόκειται να υπάρξει τεράστιο όφελος στην οικονομία του εκάστοτε κράτους. Δηλαδή, οι διευκολύνσεις που παρέχουν οι φροντιστές, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και της δικής τους ψυχολογικής ευεξίας, πρόκειται να καλύψουν σε μεγάλο βαθμό ανάγκες, τις οποίες υπό άλλες συνθήκες θα ήταν υποχρεωμένα τα κράτη να αναλάβουν να καλύψουν.

Κεφάλαιο 1

Στο Μέρος Α του κεφαλαίου γίνεται επεξήγηση του όρου «άτυπη φροντίδα» και γίνεται αναφορά στην αντίληψη της φιλοσοφίας για τον όρο αυτό. Στη συνέχεια, αναφέρονται οι αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας στη ζωή των φροντιστών καρκινοπαθών και άλλων ασθενών. Ακολούθως, αναφέρονται οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές και οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόκληση αρνητικών επιδράσεων. Έπειτα, γίνεται αναφορά στις θετικές επιδράσεις που έχει η παροχή υπηρεσιών φροντίδας. Τέλος, γίνεται περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων που χαρακτηρίζουν τους φροντιστές.

Στο Μέρος Β του κεφαλαίου αναφέρεται ο ορισμός της ενσυναίσθησης, τα είδη ενσυναίσθησης, ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην άτυπη φροντίδα, η επίδραση του φύλου στην ενσυναίσθηση, η σχέση της ενσυναίσθησης με την επικοινωνία και γίνεται αναφορά στο κατά πόσο η ενσυναίσθηση είναι κληρονομική ή επίκτητη. Τέλος, γίνεται αναφορά στα προγράμματα παρέμβασης που στοχεύουν στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης.

Στο Μέρος Γ του κεφαλαίου, εισάγεται ο όρος διεκδικητικότητα, γίνεται αναφορά στις μη διεκδικητικές συμπεριφορές, αναφέρεται ο ρόλος της διεκδικητικότητας στη ψυχική υγεία και εξηγούνται οι διαφορές φύλου στην εφαρμογή διεκδικητικής συμπεριφοράς. Ακολούθως, γίνεται αναφορά στο ρόλο της διεκδικητικότητας στην επικοινωνία και στα προγράμματα παρέμβασης που στοχεύουν στην εκμάθηση διεκδικητικών συμπεριφορών. Τέλος, εξηγείται η σχέση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και την ενσυναίσθηση.

Μέρος Α

1.1. Άτυποι Φροντιστές - Ορισμός

Ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, καθώς και ανάλογα με το ποιος παρέχει τις υπηρεσίες φροντίδας, αυτή χωρίζεται σε επίσημη και άτυπη φροντίδα. Ως εκ τούτου, έχουμε τους επίσημους φροντιστές (formal caregivers) και τους άτυπους φροντιστές (informal caregivers). Οι επίσημοι φροντιστές είναι άτομα που έχουν εκπαιδευτεί για να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας και συνήθως εργάζονται σε αντίστοιχα ιδιωτικά ή δημόσια πλαίσια ή ακόμα και κατ' οίκον σε περιπτώσεις που ο ασθενής είναι αδύνατο να μετακινηθεί ή είναι βαριά άρρωστος. Επομένως, ο επίσημος φροντιστής είναι επαγγελματίας, ο οποίος αμείβεται για τις υπηρεσίες που προσφέρει. Αντίθετα, ο άτυπος φροντιστής συνήθως είναι άτομο χωρίς κάποια ειδίκευση στον τομέα της παροχής υπηρεσιών φροντίδας,

που αναλαμβάνει τον ρόλο του εξαιτίας των περιστάσεων και δεν λαμβάνει κάποια αμοιβή για τις υπηρεσίες που προσφέρει (Θεοδωρόπουλος, 2019).

Πιο συγκεκριμένα, ο άτυπος φροντιστής ορίζεται ως το άτομο που έχει την ευθύνη για την παροχή ή για την εξασφάλιση παροχής φροντίδας σε κάποιο άλλο άτομο. Το άτομο αυτό, δηλαδή ο δέκτης της φροντίδας, κατά κύριο λόγο δεν έχει τη δυνατότητα αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης εξαιτίας κάποιας χρόνιας νόσου ή αναπηρίας ή λόγω γήρατος. Ως εκ τούτου, το άτομο αυτό δεν μπορεί να εξασφαλίσει στον εαυτό του ανεξαρτησία. Η φροντίδα που παρέχει ο άτυπος φροντιστής είναι άμισθη, άμεση και παρέχεται στα πλαίσια της σχέσης που έχει ο ίδιος με το άτομο που λαμβάνει τη φροντίδα. Συνήθως, ο δέκτης φροντίδας είναι μέλος της οικογένειας του φροντιστή (Ramirez και συν., 1998).

1.2. Η άτυπη φροντίδα κατά τη φιλοσοφία

Ένας Ρωμαίος πολιτικός, ρήτορας και φιλόσοφος, ο Σενέκας, έβλεπε τη φροντίδα ως ένα ανώτερο χάρισμα στους ανθρώπους το οποίο τους κάνει να μοιάζουν με το Θεό. Επιπρόσθετα, ο Σενέκας ανέφερε ότι στο Θεό το καλό αποτελεί φύση και συμβαίνει με τρόπο τέλειο. Ο Σενέκας συνεχίζει λέγοντας ότι το καλό στους ανθρώπους τελειοποιείται όταν αυτοί παρέχουν φροντίδα σε αυτούς που την έχουν ανάγκη (Senecca, 1953).

Για τον Σενέκα, κάποιος που φροντίζει είναι ταυτόχρονα ευσυνείδητος, προσεκτικός και αφοσιωμένος στο ρόλο του. Όπως ο Stewart τονίζει, η φροντίδα αφενός περιλαμβάνει τη θετική πλευρά όπου υπάρχουν η προσήλωση και η ευσυνειδησία. Αφετέρου δε, περιλαμβάνει κάποιες δυσκολίες, προβληματισμούς και είναι μια συνεχής έγνοια για το φροντιστή (Stewart, 1953). Κάνοντας μια μικρή σύνοψη, παρατηρείται ότι η φροντίδα κατά τη φιλοσοφία είναι ένα αγαθό ή ένα χάρισμα, χωρίς ωστόσο να εκλείπουν και κάποιες αρνητικές επιπτώσεις με τις οποίες μπορεί να συνεπάγεται η παροχή υπηρεσιών φροντίδας.

1.3. Άτυπη φροντίδα καρκινοπαθών

Οι άτυποι φροντιστές, στην περίπτωση του καρκίνου, αναλαμβάνουν τον ρόλο τους αμέσως μετά τη διάγνωση. Δηλαδή, παρά το γεγονός ότι η πορεία των συμπτωμάτων είναι συνήθως προοδευτική, εντούτοις η ανάληψη του ρόλου συμβαίνει αιφνίδια (Μηνά, 2019). Συχνά χρειάζεται να υποστηρίξουν ψυχολογικά και πρακτικά τον ασθενή και καλούνται να διαχειριστούν μαζί με τον ασθενή τις φοβίες αλλά και τις ανασφάλειες που προκαλεί το αβέβαιο μέλλον. Σε προχωρημένα στάδια της ασθένειας, πλέον οι φροντιστές αποτελούν τον

συνεχή αρωγό στήριξης προς τον ασθενή σε σημείο που αυτοί θα μπορούσαν να αποτελούν εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης (Girgis και συν., 2013).

Όσον αφορά τη φροντίδα καρκινοπαθών, στην Αμερική υπάρχουν 4 εκατομμύρια άτυποι φροντιστές καρκινοπαθών που ασχολούνται με τη φροντίδα του ατόμου που νοσεί, ενώ η διάρκεια της ενασχόλησης με τη φροντίδα είναι από 1 μέχρι 2 χρόνια μετά τη διάγνωση. Σχετικά με το ποια μπορεί να είναι τα άτομα που αναλαμβάνουν τον ρόλο της φροντίδας καρκινοπαθών, οι έρευνες μας παραπέμπουν κατά κύριο λόγο σε οικογενειακά πρόσωπα. Αυτοί μπορεί να είναι σύζυγοι, σύντροφοι, γονείς, παιδιά ή αδέρφια. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις και πιο σπάνια, οι άτυποι φροντιστές μπορεί να είναι φίλοι, μακρινοί συγγενείς, γειτονικά πρόσωπα ή άτομα που συμμετέχουν σε φιλανθρωπικούς συλλόγους (Kulkarni και συν., 2014). Στην πραγματικότητα η ανάληψη του φροντιστικού ρόλου τις περισσότερες φορές δεν αποτελεί συνειδητή επιλογή του φροντιστή, καθώς η ύπαρξη στενής οικογενειακής σχέσης και συγγένειας δεν αφήνει άλλη επιλογή στα άτομα παρά να φροντίσουν το άτομο που νοσεί (Girgis και συν., 2013).

Αυτό που συμβαίνει με την ασθένεια είναι να νοσεί ένα μέλος της οικογένειας και κατά συνέπεια να νοσεί ολόκληρη η οικογένεια (Καραδήμας, 2005). Δηλαδή η αρρώστια αναπόφευκτα επηρεάζει και αφορά το όλο σύστημα μιας οικογένειας. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι το κάθε μέλος της οικογένειας βιώνει τη διάγνωση με το δικό του τρόπο. Το κάθε μέλος χρειάζεται να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα και ειδικά τον πρώτο καιρό μετά τη διάγνωση τα συναισθήματα μεταβάλλονται συνεχώς (Καραδήμας, 2005). Ασφαλώς, είναι σημαντικός ο πολιτισμικός παράγοντας όσον αφορά τη σύνδεση με την οικογένεια και το κατά πόσο θα αναληφθεί ο ρόλος της φροντίδας από αυτή. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι όσον αφορά τον καρκίνο στις περισσότερες κοινωνίες ο ρόλος της οικογένειας είναι ο πλέον καθοριστικός στην ανάληψη της φροντίδας (Chappell, 1994).

Με δεδομένο ότι ακόμα και σε ανεπτυγμένες χώρες τα συστήματα υγείας δεν έχουν τη δυνατότητα να υποστηρίξουν όλους τους ασθενείς στο κομμάτι της φροντίδας, η οικογένεια δε θα μπορούσε να απουσιάσει από τη φροντίδα του ασθενούς. Ο λόγος που έχει μετατεθεί η φροντίδα στο σπίτι, είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ογκολογικών ασθενών σε συνδυασμό με την περιορισμένη διαθεσιμότητα που υπάρχει στις μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού, 2007).

1.4. Αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας καρκινοπαθών

Προβλήματα που βρέθηκε να αντιμετωπίζουν οι φροντιστές καρκινοπαθών ως συνέπεια της ανάληψης του φροντιστικού ρόλου είναι φοβίες, άγχος, κατάθλιψη, διαταραγμένος ύπνος, αίσθημα ματαίωσης, καθώς και φόβος για έναν επικείμενο θάνατο. Επιπρόσθετα, έχουν αγωνία για την εξέλιξη της ασθένειας, ενώ παρουσιάζουν προβλήματα στη δική τους σωματική υγεία. Αυτά μπορεί να είναι διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση, δυσκολίες στον επαγγελματικό τομέα και έλλειψη οικονομικών πόρων (Williams, 2014).

Όπως είναι φυσιολογικό, η ανάληψη φροντιστικού ρόλου αποτελεί παράγοντα άγχους για τον φροντιστή. Η φροντίδα είναι ένας ρόλος εκ φύσεως συναισθηματικά φορτισμένος και ως εκ τούτου επηρεάζει την ψυχολογική ευεξία του φροντιστή. Σε μια έρευνα που μελετήθηκε η φροντίδα ογκολογικών ασθενών, φάνηκε ότι παράγοντες, όπως το νοσοκομειακό περιβάλλον, ο τρόπος ανακοίνωσης της διάγνωσης, ο βαθμός στον οποίο υπάρχει επαρκής ενημέρωση και ο βαθμός στον οποίο εκπαιδεύεται ο φροντιστής στην παροχή φροντίδας επηρεάζουν τον βαθμό στον οποίο βιώνουν άγχος οι φροντιστές αλλά και δημιουργούν σοβαρές αποκλίσεις στην παροχή φροντίδας (Κάρλου και Πατηράκη, 2015). Όπως αναφέρθηκε, η φροντίδα αποτελεί συναισθηματικά φορτισμένη και στρεσογόνα διαδικασία. Πόσο μάλλον όταν αυτή αφορά άτυπους φροντιστές που δεν είναι ειδικά εκπαιδευμένοι στο φροντιστικό ρόλο. Επομένως, υπάρχουν επιπρόσθετοι παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος του άτυπου φροντιστή όπως το ότι μπορεί να αξιολογούν και να παρεμβαίνουν με ανεπάρκεια σε ψυχοκοινωνικά θέματα που προκύπτουν στην καθημερινότητα των ασθενών. Επίσης, ανεπαρκής μπορεί να είναι η διαχείριση του συναισθηματικού και σωματικού πόνου των ασθενών (Κάρλου και Πατηράκη, 2015).

Άλλοι παράγοντες πρόκλησης άγχους στους φροντιστές καρκινοπαθών είναι ο κοινωνικός περιορισμός και η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων και ο υπερβολικός φόρτος εξαιτίας των πολλαπλών ρόλων που αναλαμβάνουν. Επίσης, παράγοντα άγχους αποτελεί ο βαθμός στον οποίο χρειάζεται αφοσίωση ο ασθενής, ανάλογα με τη φάση της ασθένειας. Επιπρόσθετα, παράγοντες που μπορεί να προκαλούν άγχος στον φροντιστή είναι η οικονομική κατάσταση που είναι πολλές φορές κακή είτε λόγω έλλειψης χρόνου για εργασία είτε λόγω κάλυψης οικονομικών αναγκών του ασθενούς. Ακόμα, η κούραση είτε ψυχική είτε σωματική, διάφορα προβλήματα υγείας που μπορεί να έχει ο ίδιος ο φροντιστής και η έλλειψη αυτοφροντίδας μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες πρόκλησης άγχους για τον φροντιστή (Girgis και συν., 2013).

Όσον αφορά την αυτοφροντίδα των ίδιων των φροντιστών, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι φροντιστές αφιερώνουν υπερβολικό χρόνο στην ενασχόληση με τη φροντίδα, έχει ως αποτέλεσμα να στερούνται προσωπικού ελεύθερου χρόνου, κάτι που τους αφαιρεί τη δυνατότητα να περιποιηθούν τον εαυτό τους. Επιπροσθέτως, οι απαιτήσεις του ρόλου, πολλές φορές, προκαλούν στους φροντιστές υπερβολικό άγχος, ενώ δεν υπάρχει κάποιος να τους προσφέρει στήριξη, καθώς ο κοινωνικός περιορισμός λόγω έλλειψης χρόνου δεν τους επιτρέπει να λάβουν υποστήριξη ακόμα κι αν υπάρχει το υποστηρικτικό περιβάλλον (Van Exel, De Graaf, & Brouwer, 2008).

Ο Grunfeld με τους συνεργάτες του (2004), έκαναν μια διαχρονική μελέτη όπου συμμετείχαν 89 άτυποι φροντιστές γυναικών που νόσησαν με καρκίνο του μαστού, όπου οι φροντιστές ήταν ως επί το πλείστον άντρες, σύντροφοι των ασθενών. Φάνηκε στην έρευνά τους ότι οι φροντιστές βίωσαν μεγάλη δυσφορία, κατάθλιψη και άγχος, τα οποία ήταν στα ίδια επίπεδα ή μεγαλύτερα από τις μετρήσεις σε αντίστοιχους παράγοντες των ασθενών.

Ακόμα μια μετα-αναλυτική μελέτη στην οποία επιλέχθηκαν 29 κλινικές μελέτες, εκ των οποίων η παλαιότερη είχε δημοσιευθεί το 1983 και η πιο σύγχρονη το 2009, εστίασε στο πόσο σημαντικό είναι το φορτίο που έχουν να σηκώσουν οι φροντιστές (Northouse και συν., 2010). Έγινε επισήμανση της ψυχολογικής, κοινωνικής και συναισθηματικής επιβάρυνσης των φροντιστών, των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν όπως άγχος, θλίψη, ματαίωση και κόπωση. Αναφέρθηκαν επίσης, σωματικές ενοχλήσεις, ελάττωση στην κοινωνική και την επαγγελματική λειτουργικότητα, διαταραγμένος ύπνος, και επίδραση στην καθημερινότητα, την ψυχολογική ευεξία, την οικογενειακή και τη σεξουαλική ζωή και στο βάρος του σώματος.

1.5. Άτυπη φροντίδα ηλικιωμένων και άλλων ασθενών

Όπως ήδη ειπώθηκε, οι φροντιστές καρκινοπαθών αναλαμβάνουν τον ρόλο τους κάπως απρόοπτα και αφού γίνει η διάγνωση. Παρόμοια με την περίπτωση των φροντιστών καρκινοπαθών συμβαίνει στις περιπτώσεις που η ασθένεια έρχεται αιφνίδια κι αναπάντεχα, όπως ένα εγκεφαλικό ή μια παράλυση εξαιτίας κάποιου ατυχήματος. Στην περίπτωση των φροντιστών ηλικιωμένων ή άλλων ασθενών δε συμβαίνει το ίδιο. Αντίθετα, συνήθως έχουμε μια πιο φυσική ακολουθία των γεγονότων και συμβαίνουν όλα πιο ομαλά. Για να φτάσει κάποιος ηλικιωμένος στο σημείο να μην μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και να χρειάζεται τη βοήθεια και τη φροντίδα κάποιου, το πιο πιθανό είναι ότι έχει δώσει κάποια προειδοποιητικά σημάδια τα οποία έχουν προετοιμάσει τα άτομα γύρω του. Ως εκ τούτου, ο φροντιστής

ηλικιωμένων δεν αναλαμβάνει τον ρόλο απρόοπτα, από τη μια μέρα στην άλλη, αλλά φυσικά και ομαλά. Συνεπώς, όλα αυτά πρόκειται να επηρεάσουν την προετοιμασία των φροντιστών στην ανάληψη του νέου τους ρόλου και κατ' επέκταση την προσαρμογή τους στον ρόλο. Όταν η προσαρμογή αυτή είναι δύσκολη, τότε αυξάνονται οι συνέπειες που προκαλεί (Μηνά, 2019).

Πολλές φορές οι φροντιστές ηλικιωμένων συμβαίνει να αποτελούν το ενδιάμεσο δύο γενεών, των γονιών τους, τους οποίους συμβαίνει να φροντίζουν, και των παιδιών τους, τα οποία αναθρέφουν. Επομένως, παρουσιάζεται να υπάρχει το φαινόμενο σάντουιτς, όπου οι φροντιστές ηλικιωμένων είναι στη μέση (Do Cohen & Brown, 2014). Το φαινόμενο αυτό αποτελεί πρόκληση για τους φροντιστές καθώς εμπλέκονται οι ρόλοι και κάποιες φορές οι ρόλοι αυτοί έρχονται σε σύγκρουση.

1.6. Αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας ηλικιωμένων και άλλων ασθενών

Η άτυπη φροντίδα, ή αλλιώς η αόρατη υγειονομική περίθαλψη, όπως την περιέγραψαν ο Arno με τους συνεργάτες του (1999), όπως φάνηκε στην περίπτωση των φροντιστών καρκινοπαθών δεν συμβαίνει χωρίς το ανάλογο κόστος. Από την άλλη, κάποιος ο οποίος ασχολείται με τη χρόνια φροντίδα κάποιου ασθενούς με άνοια, με αναπηρία, με δυσκολία περιποίησης του εαυτού λόγω γήρατος ή με οποιαδήποτε άλλη ασθένεια που τον καθιστά ανήμπορο να αυτοεξυπηρετηθεί, έχει αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξει χρόνιο στρες (Schulz & Sherwood, 2008). Επιπροσθέτως, φαίνεται μέσα από την έρευνα ότι η συμπερίληψη στην άτυπη φροντίδα ατόμων με Alzheimer's αυξάνει την ευαλωτότητα των ατόμων με ψυχικά προβλήματα όπως το άγχος και την κατάθλιψη (Damjanovic και συν., 2007) αλλά και σε προβλήματα σωματικής υγείας, όπως διάφορες σωματικές παθήσεις (Gysels και συν., 2012).

Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα, οι μεγαλύτερες επιδράσεις της ανάληψης του φροντιστικού ρόλου βρίσκονται στην κατάθλιψη (Schoenmakers, Buntinx & Delepeleire, 2010). Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι πιο σημαντικές συνέπειες της ανάληψης φροντιστικού ρόλου αφορούν το άγχος και την εξάντληση των φροντιστών (Joling και συν. 2015).

Γενικά, η κατάθλιψη αποτελεί ένα γνωστό πρόβλημα που αφορά την ψυχική υγεία και τα συμπτώματά της, τα οποία μπορεί να είναι η έκπτωση στη διάθεση και το μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ευχαρίστηση για πράγματα που στο παρελθόν ευχαριστούσαν το άτομο. Επίσης, ένα άτομο που έχει κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάζει δυσκολίες στον ύπνο,

υπερβολικό ή μειωμένο ύπνο, ή και διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Τέλος, ένα άτομο με κατάθλιψη πιθανόν να δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να έχει ένα μόνιμο αίσθημα κόπωσης. Σε πιο ακραίες περιπτώσεις το άτομο με κατάθλιψη μπορεί να κάνει συχνές σκέψεις θανάτου ή βλάβης του εαυτού του (American Psychiatric Association, 2013).

Από την άλλη, ένα άλλο πολύ γνωστό πρόβλημα ψυχικής υγείας αποτελεί το άγχος ή η αγχώδης διαταραχή. Συμπτώματα άγχους αποτελούν η έντονη ανησυχία για πράγματα που αφορούν την καθημερινότητα του ατόμου, ενώ την ανησυχία αυτή το άτομο δεν μπορεί να την ελέγξει. Τα συμπτώματα του άγχους είναι εύκολη κόπωση, μείωση της ενεργητικότητας, μυϊκή τάση, δυσκολία στο να κοιμηθεί το άτομο και γενικά ανήσυχος ύπνος, νευρικότητα, συχνά επεισόδια θυμού και δυσκολία συγκέντρωσης. Τα παραπάνω συμπτώματα αποτελούν πρόβλημα όταν καθιστούν το άτομο δυσλειτουργικό σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα και τις κοινωνικές σχέσεις (American Psychiatric Association, 2013).

Οι Schulz και Sherwood (2008) στην έρευνά τους αναφέρουν κάποιους κύριους παράγοντες με τους οποίους σχετίζονται οι δυσκολίες που προκύπτουν από την ανάληψη φροντιστικού ρόλου ασθενών με άνοια ή αναπηρία. Για παράδειγμά, δεν είναι λίγες οι φορές που ο φροντιστής θα έρθει αντιμέτωπος με δύσκολες συμπεριφορές που μπορεί να σχετίζονται με γνωστικές ελλείψεις από την πλευρά του ασθενούς, εξαιτίας της ασθένειας, ή μπορεί να αφορούν επιθετικές συμπεριφορές και πάλι από την πλευρά του ασθενούς προς τον φροντιστή (Schrag και συν., 2006). Οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν το άγχος των φροντιστών.

Σχετικά με την επίδραση του στρες στην ψυχική υγεία των φροντιστών, ο Pearlin με τους συνεργάτες του (1990) δημιούργησαν το μοντέλο διεργασίας του στρες. Το μοντέλο αυτό παρουσιάζει αρκετούς παράγοντες που μεσολαβούν στην επίδραση της ψυχικής υγείας των φροντιστών. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι κύριοι, με άμεση σύνδεση με τον φροντιστικό ρόλο, ή δευτερεύοντες, με έμμεση σύνδεση με τον φροντιστικό ρόλο. Η συμπεριφορά του ατόμου που νοσεί και διάφορες γνωστικές ελλείψεις λόγω της ασθένειας αποτελούν κύριους παράγοντες. Άλλοι κύριοι παράγοντες αφορούν την κοινωνική κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εθνικότητα και το φύλο του φροντιστή. Όλα αυτά μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τον βαθμό που η φροντίδα θα επηρεάσει τον φροντιστή.

Από την άλλη, το μοντέλο αυτό απευθύνεται σε δευτερεύοντες παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν έμμεσα την επίδραση της φροντίδας. Για παράδειγμα, έναν φροντιστή με χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ανάληψη φροντιστικού ρόλου πρόκειται να τον επηρεάσει

αρνητικά σε μεγαλύτερο βαθμό. Παράλληλα, μπορεί να επηρεάσει τον φροντιστή η υπερβολική αφοσίωση στον φροντιστικό ρόλο και κατ' επέκταση η περιθωριοποίηση των άλλων ρόλων. Τέλος, τον φροντιστή μπορεί να τον επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό η γνώση και η ικανότητα του ίδιου σχετικά με την παροχή φροντίδας (Pearlin και συν., 1990).

Άλλες αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας φαίνονται στην έρευνα των O'Dwyer και των συνεργατών του (2016), όπου το 4% του δείγματος, που ήταν φροντιστές ασθενών με άνοια, βρέθηκε να έχει τάσεις αυτοκτονίας. Επιπρόσθετα, οι φροντιστές με περισσότερα καθήκοντα και με μεγαλύτερη σε διάρκεια ενασχόληση με τα καθήκοντα φροντίδας, έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κάποια ψυχική διαταραχή (Hirst, 2005).

1.7. Ο ρόλος των άτυπων φροντιστών και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν

Η συνεισφορά των άτυπων φροντιστών έγκειται στην ποιότητα ζωής, στη διαχείριση των συμπτωμάτων και στο να προλάβουν τις επιπλοκές της ασθένειας. Όπως αναφέρεται στην έρευνα των Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού (2007), στη Γερμανία το 80-90% των ατόμων με χρόνια νοσήματα παίρνει βοήθεια στη φροντίδα από την οικογένεια του, ενώ οι φροντιστές είναι κυρίως γυναίκες σύζυγοι ή κόρες των ασθενών. Αντίστοιχο ποσοστό φροντίδας παρουσιάζεται και στον Καναδά, όπου εμπλέκεται στη φροντίδα εκτός από το οικογενειακό περιβάλλον και το φιλικό (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2007).

Οι προκλήσεις για τους άτυπους φροντιστές είναι ποικιλόμορφες, καθώς πέραν του ατόμου που νοσεί έχουν να διαχειριστούν και τα δικά τους θέματα, που προκύπτουν εξαιτίας της αλλαγής που έφερε η ασθένεια στη ζωή τους. Ξαφνικά αλλάζουν οι δυναμικές και οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια όπου πολλές φορές μπορεί τα παιδιά να αναλάβουν τη φροντίδα των γονιών τους ή να αναλάβουν την οικονομική ενίσχυση του σπιτιού, καθώς δεν μπορεί ο άρρωστος γονέας να δουλέψει. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται μια προσαρμογή σε νέους ρόλους μέσα στην οικογένεια (Καραδήμας, 2005). Αν δεν υπάρξει η κατάλληλη ανάθεση και συνειδητοποίηση των νέων οικογενειακών ρόλων, όπως συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις, τότε αυξάνονται οι αντιδράσεις θυμού, το άγχος και οι συγκρούσεις με αποτέλεσμα πολλά προβλήματα να παραμένουν άλυτα. Συνεπώς, όλα αυτά αυξάνουν την ψυχοκοινωνική νοσηρότητα των μελών της οικογένειας που καλούνται να φροντίσουν τον ασθενή (Thomas και συν., 2002).

Επιπρόσθετα, αποτελεί πρόκληση για τους φροντιστές το γεγονός ότι περιορίζονται κοινωνικά, ενώ από μόνος του ο κοινωνικός περιορισμός είναι μια σημαντική αλλαγή στη ζωή ενός φροντιστή και ένας σοβαρός παράγοντας πρόκλησης άγχους (Pearlin και συν.,

1990). Αυτό που συμβαίνει είναι ότι συχνά οι φροντιστές, λόγω των περιορισμένων δυνατοτήτων κοινωνικοποίησης και συμμετοχής σε δραστηριότητες, έχουν λιγότερα άτομα από τα οποία μπορούν να πάρουν υποστήριξη (McManus και συν., 2009). Ωστόσο, συμβαίνει πολλές φορές ο φροντιστής να έχει το κατάλληλο υποστηρικτικό δίκτυο αλλά να μην είναι σε θέση να το αξιοποιήσει. Δεδομένου ότι η αξιοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ενίσχυσης της ψυχικής υγείας του φροντιστή (Pearlin και συν., 1990) η απουσία ή μη αξιοποίησή του έχει ως επακόλουθο επιπτώσεις με αρνητικό πρόσημο στη ψυχική υγεία των ατόμων αυτών (Singleton και συν., 2002).

Τα παραπάνω καθιστούν τον ρόλο του επαγγελματία ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα των ψυχολόγων υγείας, καθοριστικό. Σκοπός λοιπόν του ψυχολόγου υγείας είναι να υπάρξει μια αναπροσαρμογή των νέων οικογενειακών ρόλων, ώστε να βρεθεί μια καινούρια λειτουργική ισορροπία. Έτσι, θα μπορέσει η οικογένεια να σταθεί δίπλα στον ασθενή και παράλληλα θα γίνει πρόληψη στο άγχος και την κατάθλιψη των μελών της οικογένειας. Τέλος, η συμβουλευτική στην οικογένεια είναι απαραίτητη για την προετοιμασία του φροντιστή, ώστε να μπορεί να είναι παρών στην τελική φάση της ασθένειας, καθώς η παρουσία του δίπλα στον ασθενή είναι ακόμα πιο απαραίτητη (Hadders και συν., 2014).

1.8. Παράγοντες που προκαλούν αρνητικές επιδράσεις-Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά

Οι αρνητικές επιδράσεις που μπορεί να έχει ένας φροντιστής στη ζωή του ως αποτέλεσμα ανάληψης φροντιστικού ρόλου ποικίλουν ανάλογα με τη φύση τους. Ο φροντιστικός ρόλος μπορεί να τον επηρεάζει ψυχολογικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, μπορεί να δημιουργείται εξαιτίας της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης ή μπορεί ακόμα να είναι απλώς η φυσική κούραση (Gwyther & George, 1986). Οι επιδράσεις στη ζωή του φροντιστή ποικίλουν ανάλογα με το είδος τους. Αφενός υπάρχουν οι αντικειμενικές επιδράσεις ως αποτέλεσμα της ανάληψης φροντιστικού ρόλου, που αφορούν την καθημερινή επιφόρτιση των φροντιστών και μπορεί να οδηγούν σε φυσική κούραση ή μείωση της κοινωνικής δραστηριότητας και των επαφών με τους ανθρώπους. Από την άλλη, έχουμε τις υποκειμενικές επιδράσεις ως αποτέλεσμα της ανάληψης φροντιστικού ρόλου που αφορούν το άγχος, την κατάθλιψη και γενικότερα τις επιδράσεις στον ψυχολογικό τομέα (Montgomery, 1985).

Τις αρνητικές επιδράσεις εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου μπορεί να τις προκαλέσουν και να τις ενισχύσουν διάφοροι παράγοντες, όπως είναι το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του φροντιστή, οι συνθήκες διαβίωσης και ο τύπος της ασθένειας. Αυτοί είναι οι πρωτογενείς παράγοντες που ενισχύουν το άγχος και δημιουργούν αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή του φροντιστή. Έπειτα έχουμε τους δευτερογενείς παράγοντες, οι οποίοι έχουν να κάνουν με τις αλλαγές που προκύπτουν στην καθημερινότητα του φροντιστή, ως συνέπεια της ανάληψης του ρόλου, τη σχέση του φροντιστή με τον ασθενή και την υπόλοιπη οικογένεια και το κατά πόσο τα νέα δεδομένα στη ζωή του φροντιστή του επιτρέπουν να είναι έχει ελεύθερο χρόνο και προσωπική ζωή (Pearlin και συν., 1990).

Επίσης, όπως ειπώθηκε προηγουμένως, ένας ακόμα πολύ σημαντικός παράγοντας που θα καθορίσει τις συνέπειες στη ζωή του φροντιστή είναι ο τρόπος με τον οποίο έγινε η ανάληψη του φροντιστικού ρόλου. Αν αυτό έγινε αναγκαστικά, απότομα, χωρίς καμία ψυχολογική προετοιμασία και δυνατότητα προσαρμογής και λήψης αποφάσεων, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του εγκεφαλικού ή του καρκίνου, τότε πιθανότατα να υπάρξουν περισσότερες αρνητικές επιδράσεις στη ζωή του φροντιστή. Αντίθετα, στις περιπτώσεις που υπάρχει υποστήριξη και δυνατότητα ξεκούρασης, ενώ παράλληλα υπάρχει μια περιοδική χειροτέρευση των συμπτωμάτων, είναι πιθανότερο οι αρνητικές επιδράσεις της ανάληψης φροντιστικού ρόλου να είναι λιγότερες. Με άλλα λόγια τα προειδοποιητικά σημάδια βοηθούν το άτομο που αναλαμβάνει τον ρόλο να προσαρμοστεί ευκολότερα στις καινούριες ανάγκες και απαιτήσεις και να αποδεχθεί συντομότερα την κατάσταση (Μηνά, 2019).

Επιπρόσθετα, επίδραση στις συνέπειες της ανάληψης φροντιστικού ρόλου, έχει ο χρόνος που θα χρειαστεί ο φροντιστής για να προσαρμοστεί με τα νέα δεδομένα που έχει στη ζωή του. Σύμφωνα με τη θεωρία των σταδίων του πένθους (Kübler-Ross, & Kessler, 2009) για να φτάσει κανείς στο σημείο να αποδεχθεί μια νέα κατάσταση πρόκειται να περάσει από πέντε στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι το στάδιο του «σοκ». Σε αυτό το στάδιο, το άτομο ακόμα δεν έχει καταλάβει και δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει. Το επόμενο στάδιο είναι το στάδιο της «άρνησης» όπου το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα αλλά αρνείται να τη δεχτεί λέγοντας πράγματα όπως «αποκλείεται να συμβαίνει αυτό σε μένα». Ακολουθεί το στάδιο της διαπραγμάτευσης, όπου το άτομο μπαίνει σε μια διαδικασία «παζαρέματος», συνήθως με τον Θεό, όπου μπορεί να κάνει τάματα ζητώντας ως αντάλλαγμα την υγεία του. Έπειτα, ακολουθεί το στάδιο της θλίψης, όπου πλέον το άτομο είναι σε επαφή με την πραγματικότητα χωρίς όμως να την αποδέχεται με αποτέλεσμα να του προκαλεί κατάθλιψη. Τέλος, έχουμε το στάδιο της αποδοχής όπου το άτομο είναι πλήρως

συνειδητοποιημένο και πλέον προσπαθεί να βρει τρόπους για να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση που βιώνει. Σημειώνεται, ότι δεν είναι απαραίτητο κάποιος να περάσει από όλα τα στάδια μέχρι να φτάσει σε αυτό της αποδοχής, αλλά και ότι πολλές φορές υπάρχει παλινδρόμηση σε προηγούμενα στάδια.

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει αρνητικές συνέπειες στη ζωή των φροντιστών, έχει να κάνει με τους ρόλους που αναλαμβάνουν στη ζωή τους. Σύμφωνα με τη θεωρία των ρόλων του Biddle (1986) ο τρόπος που λειτουργούν οι άνθρωποι είναι ανάλογος των κοινωνικών ρόλων που αναλαμβάνουν και για να υπάρχει ισορροπία οι ρόλοι αυτοί πρέπει να είναι σύμφωνοι με τις προσδοκίες τους. Με άλλα λόγια, δύο ή περισσότεροι ρόλοι συγκρούονται όταν δε μπορεί να υπάρξει συμβιβασμός ανάμεσα στις απαιτήσεις του κάθε ρόλου. Συνεπώς, όταν οι ρόλοι που αναλαμβάνει το άτομο συγκρούονται, προκύπτουν αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή του (Biddle, 1986). Μετά τη σύγκρουση ρόλων, σε πολλές περιπτώσεις οι ρόλοι μένουν ανεκπλήρωτοι λόγω ανεπάρκειας ή έλλειψης χρόνου και πόρων με αποτέλεσμα να δημιουργείται το φαινόμενο της υπερφόρτωσης των ρόλων (Biddle, 1986).

1.9. Θετικές επιδράσεις της ανάληψης φροντιστικού ρόλου

Αδιαμφισβήτητα, η ανάληψη φροντιστικού ρόλου μπορεί να επιφέρει κόστος στη ζωή των φροντιστών, το οποίο μπορεί να ξεκινάει από τον ψυχολογικό τομέα, προκαλώντας άγχος και κατάθλιψη και να φτάνει μέχρι τον τρόπο ζωής του φροντιστή, προκαλώντας του μοναξιά, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής του και αυξάνοντας ακόμα και τη θνητότητα (Span, 2011). Ωστόσο, αυτό που σημειώνεται από μερικούς ερευνητές είναι ότι το ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τις αρνητικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών (Brown & Brown, 2014). Με άλλα λόγια, σημειώνουν ότι πολύ λίγοι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με παράγοντες που μπορεί να βελτιώνουν την ψυχολογική ευεξία των φροντιστών και που μπορεί να προσφέρουν κάποιες θετικές αλλαγές στον τρόπο που ζουν.

Επίσης, φαίνεται ότι οι έρευνες ξεκινούν με σκοπό την απόδειξη ότι η φροντίδα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με αρνητικές επιδράσεις με αποτέλεσμα να εστιάζουν σε αυτές. Για παράδειγμα, σε αναφορά του National Alliance for Caregiving (2009), συμπεραίνεται ότι το 17% των φροντιστών αναφέρουν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι μέτρια προς κακή, ενώ στον γενικό πληθυσμό αντίστοιχη αναφορά έγινε μόνο από το 13%. Ωστόσο, στην ίδια έρευνα δεν γίνεται λόγος για κάτι αξιοσημείωτο. Ότι δηλαδή, εφόσον το 17% των

φροντιστών αναφέρει μέτρια προς φτωχή κατάσταση υγείας, επομένως το υπόλοιπο 83% παρουσιάζει κατάσταση υγείας καλύτερη από μέτρια προς κακή. Μάλιστα, στην ίδια έρευνα σε ερώτηση για το ποια πιστεύουν οι φροντιστές είναι η επίδραση της ανάληψης φροντιστικού ρόλου στην υγεία τους, το 74% αναφέρει ότι ο ρόλος του φροντιστή δεν έχει επηρεάσει την κατάσταση της υγείας του, ενώ υπήρχε ένα 8% που ανέφεραν ότι ο φροντιστικός ρόλος είχε θετική επίδραση στην υγεία του. Τέλος, μόνο το 17% εξ αυτών έκανε αναφορά για αρνητικη επίδραση του φροντιστικού ρόλου στην υγεία του.

Αν εξεταστεί το θέμα από την εξελικτική σκοπιά, το να διατηρηθεί κάποιος εν ζωή, όχι μόνο θα συνεχίσει να αναπαράγει απογόνους, αλλά μπορεί να συνεχίσει να φροντίζει για άλλους οι οποίοι φέρουν τα γονίδια του ίδιου του φροντιστή (Levitis & Lackey, 2010). Ακόμα, μπορεί η αναπαραγωγική επιτυχία του λήπτη φροντίδας να είναι συνυφασμένη με αυτή του φροντιστή (Brown & Brown, 2006). Συνεπώς, νοείται ότι η παροχή βοήθειας και φροντίδας από άτομα που από εξελικτικής απόψεως είναι αλληλοεξαρτώμενα, θα πρέπει να είναι συνδεδεμένη με καλύτερη υγεία και αυξημένη διάρκεια ζωής.

Παράλληλα, υπάρχει αρκετή συνέπεια ανάμεσα στις έρευνες που υποστηρίζουν ότι η συμμετοχή στα κοινά και η κοινωνική ενσωμάτωση και υποστήριξη είναι συνυφασμένες με τη σωματική υγεία και τη μακροζωία (Cohen & Janicki-Deverts, 2009). Επιπρόσθετα, υπάρχουν έρευνες που συνδέουν αντίστροφα τις έννοιες του εθελοντισμού και της θνητότητας. Δηλαδή, ο εθελοντισμός συνδέεται με μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, επομένως και με καλύτερη κατάσταση σωματικής υγείας (Okun, WanHeung Yeung, & Brown, 2013).

Εκτός των παραπάνω, μια έρευνα της Brown με τους συνεργάτες (2009) προσπάθησε να ξεκαθαρίσει τη σχέση ανάμεσα στην παροχή φροντίδας και τη θνητότητα, συγκεκριμένα σε δείγμα άτυπων φροντιστών όπου συμμετείχαν 3000 συνταξιούχοι. Η έρευνα αυτή διήρκησε 7 έτη και έδειξε ότι όσο περισσότερες ώρες την εβδομάδα ασχολούνταν οι συμμετέχοντες με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας τόσο μικρότερα ποσοστά θνητότητας είχαν, ανεξάρτητα από άλλους κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν και σε άλλες έρευνες. Για παράδειγμα, μια ομάδα ερευνητών που εστίασε στην επίδραση της άτυπης φροντίδας στην υγεία και τη θνητότητα των φροντιστών, κατέδειξε μειωμένη θνητότητα για τους άτυπους φροντιστές σε σχέση με τους μη φροντιστές (O' Reilly και συν, 2009). Πάντως, αντίθετα με τις Brown και Brown (2006) σχετικά με τη διάρκεια παροχής φροντίδας, φάνηκε ότι όσο αυτή αυξάνεται μειώνει το πλεονέκτημα της ενασχόλησης με τη φροντίδα, χωρίς ωστόσο να σταματά αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό

ακόμα και στην κατηγορία των ατόμων που ασχολούνταν με τη φροντίδα για περισσότερες από 50 ώρες την εβδομάδα (O' Reilly και συν, 2009).

1.10. Δημογραφικά χαρακτηριστικά άτυπων φροντιστών

Όπως έχει εντοπίσει η Πετμετζίδου με τους συνεργάτες της (2015) στην Ευρώπη το 65,8% των φροντιστών ήταν γυναίκες. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 77,6%. Σχετικά με τις ώρες απασχόλησης στην προσφορά υπηρεσιών φροντίδας, στην Ελλάδα, οι μισοί φροντιστές είναι απασχολημένοι 24 ώρες το εικοσιτετράωρο. Όπως αναφέρεται στην ίδια έρευνα (Πετμετζίδου και συν., 2015), φαίνεται ότι αυτό το ποσοστό ήταν αρκετά μεγαλύτερο στην Ελλάδα από ό,τι στην υπόλοιπη Ευρώπη (18 Ευρωπαϊκές Χώρες), όπου οι περισσότεροι φροντιστές ασχολούνται με τη φροντίδα ασθενούς 0-9 ώρες την ημέρα.

Αξιοποιώντας τα δεδομένα από ακόμα μια έρευνα σε ελλαδικό επίπεδο, και πάλι φαίνεται ξεκάθαρα η διαφορά φύλου, καθώς το 80,9% των φροντιστών ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας όλων των φροντιστών ήταν τα 51,7 ετών. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση το 76,4% των φροντιστών ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν. Οι υπόλοιποι, το 12% ζούσαν μόνοι τους, το 6% ήταν χήροι/ες και το 5,7% ήταν διαζευγμένοι. Όσον αφορά τη σχέση τους με το ηλικιωμένο άτομο που φρόντιζαν, οι περισσότεροι ήταν παιδιά του ηλικιωμένου που φρόντιζαν, σε ποσοστό 55,4%, ενώ το 17,1% φρόντιζαν τον σύντροφο ή σύζυγό τους. Σε ποσοστό 13,9% φρόντιζαν τον γαμπρό ή τη νύφη τους, σε ποσοστό 4,2% φρόντιζαν τα ανίψια τους και σε ποσοστό 9,4% φρόντιζαν τους κουμπάρους, γείτονες ή πιο μακρινούς τους συγγενείς (Τριανταφύλλου και συν., 2006).

Ένα άλλο δημογραφικό στοιχείο που παίρνουμε από την ίδια έρευνα αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των άτυπων φροντιστών. Το 22.1% ήταν κάτοχοι πτυχίου, το 40,6% ήταν κάτοχοι απολυτηρίου Λυκείου και το 37,5% είχαν τελειώσει το Δημοτικό. Σχετικά με τις ώρες απασχόλησης στην εργασία ένα μεγάλο ποσοστό εξ αυτών (47,2%) δούλευε περίπου 40 ώρες την εβδομάδα. Από την άλλη υπήρχαν και πολλοί που δεν εργάζονταν, όπου σε ποσοστό 54,1% ανέφεραν ότι απασχολούνταν κυρίως με δουλειές στο σπίτι, ενώ άλλοι (35%) ήταν συνταξιούχοι και άλλοι (9,5%) ήταν άνεργοι. Μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (1,3%) δήλωσε ότι πήρε άδεια ειδικά για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του φροντιστικού ρόλου. Τέλος, οι φροντιστές απασχολούνταν για 51 ώρες ανά εβδομάδα κατά μέσο όρο, για να φροντίζουν τους ηλικιωμένους, ενώ οι περισσότεροι είχαν ρόλο φροντιστή για τουλάχιστον 3 χρόνια.

Σε μια έρευνα από την Παπασταύρου και συν. (2010) σε φροντιστές ατόμων με σχιζοφρένεια, βρέθηκε ότι το φύλο, η κατάσταση υγείας του ασθενούς σύμφωνα με την υποκειμενική άποψη του φροντιστή και το επίπεδο εκπαίδευσης του φροντιστή αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της εξάντλησης των φροντιστών. Όσον αφορά το φύλο φάνηκε σε αυτή την έρευνα ότι οι γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο ρίσκο και προτάθηκε η διερεύνηση του κατά πόσο ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τις αρνητικές συνέπειες στη ζωή των φροντιστών ως αποτέλεσμα της ανάληψης φροντιστικού ρόλου.

Έρευνες έχουν δείξει την ύπαρξη διαφοράς φύλου όσον αφορά την ψυχολογική επίδραση της φροντίδας στον φροντιστή. Παρότι οι γυναίκες φροντίστριες, σύμφωνα με έρευνες συμμετέχουν με μεγαλύτερη ευαισθησία στη φροντίδα παρέχοντας συναισθηματική υποστήριξη πολύ σημαντική για το άτομο που νοσεί, εντούτοις φαίνεται αυτό να προκαλεί στις ίδιες περισσότερη ψυχολογική επιβάρυνση. Αντίθετα, φροντιστές που περιορίζουν την υποστήριξή τους στις φυσικές ανάγκες του ασθενούς, όπως προτιμούν να κάνουν κυρίως οι άντρες, φαίνεται να έχουν μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση (Stein, 2009).

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, λόγω του ότι οι γυναίκες είναι πιθανότερο να αναλάβουν μεγαλύτερο εύρος φροντίδας και σε πολλές περιπτώσεις να καλύπτουν περισσότερες ανάγκες, φαίνεται να επιβαρύνονται περισσότερο με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν λιγότερη ευτυχία και ευημερία συγκρίνοντας με άντρες φροντιστές. Σε αυτό συντείνουν και πολιτισμικοί παράγοντες καθώς σε πολλούς πολιτισμούς οι προσδοκίες είναι περισσότερες από τις γυναίκες, ειδικά όταν αφορά τη φροντίδα και την περιποίηση (Stein, 2009). Άλλωστε, τα δεδομένα που αναφέρθηκαν προηγουμένως επιβεβαιώνουν, τουλάχιστον αριθμητικά, ότι και στον κυπριακό πληθυσμό το παραπάνω εύρημα αποτελεί πραγματικότητα καθώς οι γυναίκες που αναλαμβάνουν ρόλο φροντιστή είναι πολύ περισσότερες από τους άντρες (Papastavrou, 2007).

Μέρος Β

1.11. Ενσυναίσθηση-Ορισμός

Παρά το γεγονός ότι ο όρος «ενσυναίσθηση» έχει οριστεί από πολλούς θεωρητικούς με διαφορετικούς τρόπους χωρίς να έχει ένα ξεκάθαρο και επικρατέστερο ορισμό, η παρούσα έρευνα θα εστιάσει μόνο σε μερικούς με σκοπό να εξηγηθεί ο όρος όσο το δυνατόν επαρκέστερα. Σύμφωνα με τον ορισμό του Sajveladze (1978), η ενσυναίσθηση αφορά την ικανότητα ενός ατόμου να εισέρχεται στο εσωτερικό της προσωπικότητας ενός άλλου

ατόμου και να μπορεί να κατανοεί τα συναισθήματα, τις αξίες, τις ανάγκες, τις αντιλήψεις και τους στόχους του άλλου.

Ο Carl Rogers (1959), ο εμπνευστής της ανθρωπιστικής προσέγγισης και θεωρίας, βάσισε την θεωρία του στην ενσυναίσθηση δίνοντάς της κεντρικό ρόλο. Ο Rogers λοιπόν ανέφερε ότι η ενσυναίσθηση έχει να κάνει με την αντίληψη του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς κάποιου άλλου, με ξεκάθαρο τρόπο, έχοντας αντίληψη όλων των συναισθημάτων που βιώνει ο άλλος σαν να ήταν αυτός. Όλα αυτά, σύμφωνα με τον Rogers, απευθύνονται σε ενσυναίσθηση μόνο εφόσον διατηρείται το «σαν να». Σε περίπτωση απουσίας της φράσης αυτής τότε θα γινόταν λόγος για ταύτιση με το άλλο άτομο και όχι έκφραση ενσυναίσθησης. Συνεπώς, ο όρος ενσυναίσθηση αφορά την προσπάθεια να γίνει κατανόηση των εμπειριών κάποιου ατόμου μέσα από τα δικά του μάτια ή με άλλα λόγια αφορά την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να «μπει στα παπούτσια» του άλλου ανθρώπου.

1.11.1. Είδη ενσυναίσθησης

Όσον αφορά τα είδη ενσυναίσθησης τα πράγματα είναι πιο ξεκάθαρα καθώς υπάρχει μεγαλύτερη συμφωνία ανάμεσα στους ερευνητές. Η παρούσα έρευνα θα κινηθεί με βάση τα είδη ενσυναίσθησης του Davis (1994) ο οποίος αναφέρθηκε σε ένα σύνθετο μοντέλο τεσσάρων ειδών ενσυναίσθησης. Τους τέσσερις αυτούς παράγοντες τους χώρισε σε δυάδες, εκ των οποίων οι δύο ήταν συναισθηματικοί και οι δύο γνωστικοί. Σύμφωνα με αυτά κατασκεύασε και μια αντίστοιχη κλίμακα. Τα τέσσερα είδη ενσυναίσθησης κατά τον Davis είναι τα εξής: 1) Γνωστική ενσυναίσθηση (Perspective taking), η οποία μετρά την ικανότητα του ατόμου να «μπει στα παπούτσια του άλλου» και να τον κατανοήσει γνωστικά, χωρίς απαραίτητα να πρέπει να τον κατανοήσει και συναισθηματικά. 2) Φανταστική ενσυναίσθηση (Fantasy), η οποία μετρά την ικανότητα που έχουν τα άτομα στο να μπορούν να αισθανθούν το ίδιο και να ταυτιστούν συμπεριφορικά με πρωταγωνιστές ιστοριών σε βιβλία, παιχνίδια ή ταινίες. 3) Σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση (Empathic Concern), η οποία μετρά το συναισθηματικό ενδιαφέρον προς άλλα άτομα, τη συμπάθεια και τη ζεστασιά προς αυτά. 4) Ενσυναισθητική ανησυχία (Personal distress), η οποία μετρά την αντίδραση, σε ανησυχία και άγχος, του ατόμου στις ακραίες καταστάσεις άγχους που νιώθουν τα άλλα άτομα. Σημειώνεται ότι το πρώτο και το δεύτερο είδος αποτελούν την γνωστική ενσυναίσθηση, και το τρίτο και τέταρτο είδος αποτελούν τη συναισθηματική.

1.11.2. Ενσυναίσθηση και άτυπη φροντίδα

Η ενσυναίσθηση αποτελεί έννοια πολυμελετημένη και πολυσυζητημένη στον χώρο της επίσημης φροντίδας. Είναι ξεκάθαρος ο ρόλος της σε ό,τι αφορά επαγγελματίες υγείας, καθώς σχετίζεται με καλύτερη κατανόηση και επικοινωνία με τον ασθενή, καλύτερες υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης και καλύτερη έκβαση της περίθαλψης (Jütten Mark & Sitskoorn, 2019).

Στην άτυπη φροντίδα υπήρξε πολύ λιγότερο ενδιαφέρον για την έννοια της ενσυναίσθησης. Σε μια πρόσφατη έρευνα, της οποίας το δείγμα αποτελούν άτυποι φροντιστές ατόμων με άνοια, βρέθηκε να υπάρχει αρνητική τετραγωνική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη γνωστική ενσυναίσθηση και θετική γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και την συναισθηματική ενσυναίσθηση άτυπων φροντιστών άνοιας (Jütten, Mark & Sitskoorn, 2019). Συγκεκριμένα, τα επίπεδα ενσυναίσθησης δεν διέφεραν ανάμεσα στους άτυπους και τους επίσημους φροντιστές. Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική και τη γνωστική ενσυναίσθηση, την κατάθλιψη και το άγχος ήταν διαφορετική για επίσημους και άτυπους φροντιστές. Για τους άτυπους φροντιστές ψηλή γνωστική ενσυναίσθηση σχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, υπερβολικά υψηλή ή υπερβολικά χαμηλή συναισθηματική ενσυναίσθηση προέβλεπε περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Συνεπώς, πρότειναν ότι τα προγράμματα παρέμβασης θα πρέπει να επικεντρώνονται στην ανάπτυξη της γνωστικής ενσυναίσθησης και τη μείωση της συναισθηματικής ενσυναίσθησης.

Ακόμα, στην έρευνα των Lee και Brennan (1999), έγινε μια προσπάθεια να εξεταστεί η επίδραση της ενσυναίσθησης στη ζωή των άτυπων φροντιστών. Μελέτησαν την ενσυναίσθηση με βάση τις δύο διαστάσεις, γνωστική και συναισθηματική. Σύμφωνα με το εύρημα της εν λόγω έρευνας η ενσυναίσθηση φάνηκε αφενός ότι συνδέεται με περισσότερη συναισθηματική εξάντληση και αφετέρου με μεγαλύτερο αίσθημα προσωπικής ολοκλήρωσης. Υπήρχε δηλαδή μια σύγκρουση ανάμεσα στις επιδράσεις της ενσυναίσθησης η οποία μπορεί σύμφωνα με τους ερευνητές να εξηγείται με την ύπαρξη των δύο διαφορετικών διαστάσεων της ενσυναίσθησης, της γνωστικής και της συναισθηματικής.

Φαίνεται ότι οι σύγχρονες παρεμβάσεις επικεντρώνονται στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης για να μειώσουν την κατάθλιψη, το άγχος και την εξουθένωση, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής στους φροντιστές και τους ασθενείς τους (Hattink και συν., 2015). Ωστόσο, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες έρευνες που αναφέραμε φαίνεται ότι υπάρχει ένα ιδανικό επίπεδο για τη συναισθηματική ενσυναίσθηση, το οποίο βρίσκεται κάπου στο

ενδιάμεσο. Δηλαδή, χρειάζεται να αποφευχθούν υπερβολικά υψηλά ή υπερβολικά χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής ενσυναίσθησης. Αυτό το εύρημα, προτείνουν οι ερευνητές, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη κατά τη δημιουργία προγραμμάτων παρέμβασης.

Επιπρόσθετα, σε μια άλλη έρευνα με συμμετέχοντες άτυπους φροντιστές ατόμων με άνοια, φάνηκε ότι περισσότερη ενσυναίσθηση σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα φροντίδας (Panyavin και συν., 2015). Το γεγονός αυτό, εκτός από τη σπουδαιότητα που έχει όσον αφορά τον ασθενή με άνοια, καθώς είναι αποδέκτης ποιοτικότερης φροντίδας, έχει τεράστια σημασία και για το φροντιστή καθότι εφόσον ανταποκρίνεται με μεγαλύτερη επάρκεια στον ρόλο του είναι λογικό να αισθάνεται καλύτερα με τον εαυτό του, ενισχύοντας έτσι τη ψυχολογική του ευεξία (Hattink και συν., 2015). Αυτό συμβαίνει καθώς ο φροντιστικός ρόλος στη ζωή ενός φροντιστή αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της καθημερινότητάς του, ενώ σε πολλές περιπτώσεις η φροντίδα αποτελεί προτεραιότητα στη ζωή τους.

1.11.3. Επίδραση του φύλου στην ενσυναίσθηση

Αρχικά, υπάρχει η εντύπωση ότι οι γυναίκες εκφράζουν ευκολότερα τα συναισθήματά τους από τους άντρες, κάτι που επιβεβαιώνεται από αντίστοιχο εύρημα (Buss & Schmit, 2016). Επιπρόσθετα, στην έρευνα των Baez με τους συνεργάτες του (2017), ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις αυτοαναφορές των γυναικών υπήρχε περισσότερη έκφραση ενσυναίσθησης συγκριτικά με αυτές των αντρών. Άλλη έρευνα που μελέτησε την ενσυναίσθηση σε φοιτητές ιατρικής, φάνηκε ότι υπήρχαν διαφορές φύλου στην ενσυναίσθηση καθώς οι γυναίκες είχαν περισσότερη ενσυναίσθηση από τους άντρες (Tavacol και συν., 2011). Επιπρόσθετα, σε μια έρευνα που διεξήχθη με άτομα από τον γενικό πληθυσμό, βρέθηκε παρόμοιο εύρημα, ότι δηλαδή οι γυναίκες είναι πιο εκδηλωτικές στην ενσυναίσθηση από τους άντρες (Macaskill, 2002).

Ακόμα, μια άλλη έρευνα στην οποία διερευνήθηκαν οι παράγοντες που συνδέονται με την κατάθλιψη των άτυπων φροντιστών, φάνηκε ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και με αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν περισσότερη ενσυναίσθηση σε σχέση με τους άντρες, στη γενική κλίμακα μέτρησης της ενσυναίσθησης. Όσον αφορά τις υποκλίμακες της ενσυναίσθησης, οι γυναίκες είχαν περισσότερη συναισθηματική ενσυναίσθηση σε σχέση με τους άντρες (Maximiano-Barreto, 2021).

Το γεγονός ότι άντρες και γυναίκες παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα ενσυναίσθησης μπορεί να σχετίζεται με τον τρόπο που τα δύο φύλα κοινωνικοποιούνται.

Είναι γεγονός ότι άντρες και γυναίκες χρησιμοποιούν διαφορετικούς τρόπους μέσα από τους οποίους επικοινωνούν με το κοινωνικό τους περιβάλλον (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2003). Επίσης, στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν αυτές τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, κάποιοι ερευνητές αναφέρουν ότι η εκδήλωση ενσυναίσθησης δεν αφορά απλά και μόνο την ικανότητα ενσυναίσθησης των δύο φύλων, αλλά έχει να κάνει και με τις προσδοκίες που υπάρχουν για το κάθε φύλο ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο (Ekman, 1994). Συνεπώς, ανάλογα με το τι αναμένεται ή επιτρέπεται να εκφράσει ένας άντρας ή μια γυναίκα, θα εκφράσει και την ανάλογη ενσυναίσθηση.

1.11.4. Ενσυναίσθηση και επικοινωνία

Πρώτος ο Carl Rogers (1957) και έπειτα άλλοι ερευνητές (Eisenberg, 2000) έχουν συνδέσει τον όρο ενσυναίσθηση με δεξιότητες επικοινωνίας και συγκεκριμένα με την ενεργητική ακρόαση. Σύμφωνα με τους Rost και Wilson (2013), η ενσυναίσθηση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων. Ακόμα, φαίνεται μέσα από την έρευνα ότι η ενσυναίσθηση ενδυναμώνει και βελτιώνει τις σχέσεις ανάμεσα στους ανθρώπους (Schulman, 2015). Επιπρόσθετα, έχει φανεί ότι η ενσυναίσθηση είναι πολύ βοηθητική στο να χτιστεί μια καλή σχέση ανάμεσα σε γονείς και παιδιά, ενώ αναφέρεται ότι παιδιά που μεγαλώνουν με γονείς που δεν εκδηλώνουν ενσυναίσθηση παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (Ibabe & Jaureguizar, 2010).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να τονιστεί η αξία της ενσυναίσθησης στην επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας (Tavacol και συν., 2011). Στον χώρο της ιατρικής, η ενσυναίσθηση, όταν αυτή εκδηλώνεται από πλευράς του επαγγελματία υγείας, ενισχύει τη συνεργασία ανάμεσα σε γιατρό και ασθενή, εξασφαλίζοντας μεγαλύτερη ικανοποίηση από την πλευρά του ασθενούς και καλύτερα κλινικά αποτελέσματα (Shapiro, 2008).

1.11.5. Ενσυναίσθηση: κληρονομική ή επίκτητη;

Ένα ερώτημα που έχει απασχολήσει τους θεωρητικούς είναι το κατά πόσο η ενσυναίσθηση αποτελεί κληρονομικό ή επίκτητο χαρακτηριστικό. Κάποιοι θεωρούν ότι είναι χαρακτηριστικό προσωπικότητας με το οποίο γεννιέται κανείς, εξ ου και ασπάζονται τον ορισμό που μιλά για την ικανότητα του να αισθανθεί κανείς το εσωτερικό βίωμα του άλλου (Buie, 1981). Από την άλλη, υπάρχουν κάποιοι που αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση ως μια δεξιότητα που μπορεί να αποκτηθεί στην πορεία της ζωής του ατόμου είτε με την κατάλληλη εκπαίδευση είτε μέσα από την εμπειρία της ζωής (Ridley & Lingle, 1996). Η

Heyes (2018), στην έρευνά της κάνει την εισήγηση ότι η ενσυναίσθηση δεν είναι απλά κάτι το οποίο φέρνει το άτομο μαζί του κατά τη γέννησή του.

Αντίθετα, μέσα από την έρευνα που κάνει σε βρέφη αλλά και ενήλικες υποστηρίζει ότι η ενσυναίσθηση αποκτάται, ενισχύεται και διατηρείται μέσα από την επαφή των ανθρώπων και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Σε μια άλλη έρευνα που έγινε προσπάθεια ανάπτυξης της ενσυναίσθησης μέσα από παρεμβατικό πρόγραμμα εκπαίδευσης, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες ανέπτυξαν και διατήρησαν τις ικανότητές τους στη γνωστική ενσυναίσθηση. Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες μπόρεσαν να αξιοποιήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με την ενσυναίσθηση και να τις εφαρμόσουν συνειδητά (Gerdes και συν., 2011).

1.11.6. Προγράμματα παρέμβασης και ενσυναίσθηση

Στην έρευνά τους οι Mostafa με τους συνεργάτες του (2014) προσπάθησαν να εφαρμόσουν πρόγραμμα παρέμβασης για ανάπτυξη της ενσυναίσθησης σε φοιτητές ιατρικής από το Μπαγκλαντές. Το πρόγραμμα παρέμβασης συμπεριλήφθηκε στο πρόγραμμα σπουδών. Η έρευνα είχε ξεκινήσει όταν οι φοιτητές βρίσκονταν στο πρώτο έτος και συνεχίστηκε μέχρι τον πέμπτο τους χρόνο. Εν τέλει, βρέθηκε να υπάρχει σημαντική ανάπτυξη της ενσυναίσθησης μέσα από την εκπαίδευση των φοιτητών. Ως εκ τούτου, προτάθηκε ότι τα προγράμματα σπουδών ιατρικής μπορούν να συμπεριλαμβάνουν την ανάπτυξη ενσυναίσθησης, εφόσον αυτή μπορεί να βελτιωθεί (Mostafa και συν., 2014).

Επίσης, σε φοιτητές ιατρικής που ασχολούνταν με τη θεραπεία ατόμων τρίτης ηλικίας, μετά την εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση είχαν πιο θετική στάση απέναντι στους ασθενείς τους (Pacala και συν., 1995). Επιπροσθέτως, σε άλλη έρευνα με φοιτητές ιατρικής, φάνηκε ότι αφού εκπαιδεύτηκαν στην ενσυναίσθηση παρουσίασαν βελτίωση στη συμπεριφορά τους (Winefield & Chur-Hansen, 2000).

Ακόμα, φοιτητές κοινωνικών επιστημών που συμμετείχαν σε πρόγραμμα παρέμβασης στην ενσυναίσθηση παρουσίασαν βελτίωση στα επίπεδα ενσυναίσθησης που εκδήλωσαν αφού ολοκλήρωσαν την εκπαίδευσή τους (Erera, 1997).

Μέρος Γ

1.12. Διεκδικητικότητα-Ορισμός

Διεκδικητικότητα ορίζεται ως η ικανότητα έκφρασης των σκέψεων, των συναισθημάτων, των απόψεων, των πιστεύω και των δικαιωμάτων με τρόπο ανοιχτό,

ειλικρινή και κατάλληλο. Ένα βασικό στοιχείο της διεκδικητικότητας είναι ότι η επικοινωνία δεν παραβιάζει τα δικαιώματα των άλλων όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην επιθετική επικοινωνία (Segal, 2005). Η διεκδικητικότητα αποτελεί μια διαπροσωπική δεξιότητα που παίζει καθοριστικό ρόλο στις κοινωνικές συναλλαγές και το κατά πόσο αυτές θα είναι αποτελεσματικές (Kim, 2001). Ο όρος διεκδικητικότητα βρίσκεται κάτω από το πρίσμα ενός ευρύτερου όρου, του όρου «διαπροσωπικές δεξιότητες και συμπεριφορά», ο οποίος αναφέρεται στην έκφραση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων και απόψεων με τέτοιο τρόπο που να μην προκαλεί συγκρούσεις και να θίγει τα δικαιώματα των άλλων (Gist, Stevens & Bavetta, 1991).

1.12.1. Μη διεκδικητικές συμπεριφορές

Για την καλύτερη κατανόηση του όρου, χρειάζεται να γίνει ο διαχωρισμός του από άλλους τρόπους συμπεριφοράς οι οποίοι θα μπορούσε να πει κανείς ότι είναι μη διεκδικητικοί. Μια συμπεριφορά όταν δεν είναι διεκδικητική μπορεί να είναι παθητική ή επιθετική ή παθητικο-επιθετική. Τη διεκδικητικότητα με τους άλλους τρόπους συμπεριφοράς διαχωρίζει ο τρόπος με τον οποίο κανείς κάνει χρήση κάποιων βασικών δικαιωμάτων του (Lange & Jakubowski, 1976). Με τον όρο παθητική συμπεριφορά περιγράφεται η συμπεριφορά με την οποία ένα άτομο υποχωρεί ή ενδίδει σε αυτά που προτιμούν οι άλλοι άνθρωποι, περιθωριοποιώντας τα δικά του θέλω και τις δικές του ανάγκες. Τέτοια συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε μη ισορροπημένες διαπροσωπικές σχέσεις. Σχέσεις όπου στην ουσία το άτομο με παθητική στάση οι άλλοι το εκμεταλλεύονται (Alberty & Emmons, 2017).

Ένα άλλο είδος μη διεκδικητικής συμπεριφοράς είναι η έμμεση ή παθητική επιθετικότητα. Αυτό που κάποτε οι θεωρητικοί παρουσίασαν ως την κατάσταση «δεν είμαι εντάξει-δεν είσαι εντάξει» (Harris, 1967). Κατά αυτόν τον τρόπο συμπεριφοράς τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν με ευθύτητα και ξεκάθαρα μια κατάσταση, δεν δίνουν στους άλλους να καταλάβουν με σαφή τρόπο αυτό που θέλουν με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένταση και αγανάκτηση από την πλευρά του δέκτη και κατά συνέπεια ούτε οι ίδιοι να πετυχαίνουν αυτό που θέλουν (Bourne, 1990).

Τέλος, άλλη μια μη διεκδικητική μορφή συμπεριφοράς είναι η επιθετική. Κατά την επιθετική συμπεριφορά το άτομο δε σέβεται τα δικαιώματα, τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων και πιστεύει ότι για να πετύχει αυτό που θέλει χρειάζεται να επιβληθεί. Η επιθετική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από επιβλητικότητα, ανειλικρίνεια και παραβίαση

των δικαιωμάτων των άλλων. Το άτομο βλέπει μόνο τον εαυτό του και το μόνο που σκέφτεται είναι πώς να επιβάλει το δικό του (Bourne, 1990). Πολλές φορές τα άτομα που παρουσιάζουν αυτή τη συμπεριφορά χαρακτηρίζονται από έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, αδυναμία ελέγχου των συναισθημάτων τους, προσωπική ανεπάρκεια ή αδυναμία, ενώ πιθανό να υπάρχουν λανθασμένες πεποιθήσεις για την επιθετική συμπεριφορά (Lange & Jakubowski, 1976). Γενικά, τα άτομα που παρουσιάζουν μη διεκδικητικές συμπεριφορές χαρακτηρίζονται κατά κύριο λόγο από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αντίθετα, τα άτομα με διεκδικητική συμπεριφορά παρουσιάζουν αυξημένη αυτοεκτίμηση (Gallagher, Somwaru & Porath, 1999).

1.12.2. Διεκδικητικότητα και Ψυχική Υγεία

Ευρήματα αποδεικνύουν την σύνδεση της διεκδικητικότητας με την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα με συμμετέχοντες άτομα τρίτης ηλικίας, αυτοί που ήταν λιγότερο διεκδικητικοί και είχαν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, βρίσκονταν σε υψηλότερο ρίσκο να παρουσιάσουν κατάθλιψη (Kogan και συν., 1995). Επίσης, οι Hersen και συν. (1995) στην έρευνα τους με ηλικιωμένους με προβλήματα όρασης απέδειξαν ότι υψηλότερα επίπεδα διεκδικητικότητας και κοινωνικής υποστήριξης ήταν συνδεδεμένα με λιγότερη κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, είναι αδιαμφισβήτητη και ευρέως αναγνωρισμένη η επίδραση της διεκδικητικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη των εργαζομένων. Σε μια έρευνα που μελετήθηκε αυτή η συσχέτιση σε εργαζόμενους, βρέθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο εργασιακό άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ αυτά τα δύο συσχετίστηκαν αρνητικά με τις συμπεριφορές διεκδικητικότητας (Ξύδι, 2011).

Όσον αφορά τους άτυπους φροντιστές, η Παπασταύρου με τους συνεργάτες της (2011) έκαναν μια προσπάθεια καθορισμού της σημασίας των στρατηγικών θετικής προσέγγισης (positive coping strategies) (δηλαδή όχι παθητικά) για την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που προκύπτουν. Ανακάλυψαν ότι αυτού του είδους οι στρατηγικές μειώνουν την αίσθηση της εξάντλησης και της κατάθλιψης εξαιτίας της φροντίδας (Papastavrou et al., 2012). Αντίθετα, στις περιπτώσεις που εφαρμόζουν παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, υπάρχει μεγαλύτερη αίσθηση της εξουθένωσης και της κατάθλιψης. Συνεπώς, οι φροντιστές σύμφωνα με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόζουν έχουν και τις ανάλογες επιδράσεις εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου.

Ένα δημοφιλές μοντέλο, σχεδιασμένο από τους Lazarus και Folkman, δείχνει ότι άτομα με συναισθηματική σταθερότητα, που χρησιμοποιούν ενεργητικές στρατηγικές

αντιμετώπισης, είναι ικανοποιημένα με την κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν, και έχουν καλές κοινωνικές ικανότητες, έχουν λιγότερες συνέπειες από κάποιον στρεσογόνο παράγοντα (Folkman & Lazarus, 1984). Γενικά, προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι οι φροντιστές πρέπει να εφαρμόζουν ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα διερευνήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συναισθηματική ευεξία των φροντιστών ατόμων με άνοια. Μελετήθηκαν τρεις διαφορετικοί παράγοντες και η επίδρασή τους στη συναισθηματική ευεξία των φροντιστών. Μελετήθηκε η στάση των φροντιστών, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εφάρμοσαν και η σχέση με τον ασθενή που έχει άνοια. Φάνηκε ότι όσοι φροντιστές εφάρμοζαν ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν λιγότερο ευάλωτοι σε συναισθηματική κατάπτωση (Moris και συν., 1988).

Παρόμοια, σε μια άλλη έρευνα όπου διερευνήθηκε η επίδραση των εσωτερικών στρατηγικών αντιμετώπισης των φροντιστών ατόμων με Αλτσχάιμερ, αυτές οι οποίες συμπεριλάμβαναν εμπιστοσύνη στον εαυτό και αναδιαμόρφωση του προβλήματος, τα οποία αποτελούν χαρακτηριστικά της διεκδικητικής συμπεριφοράς, φάνηκε να συνδέονται με λιγότερη εξάντληση (Pratt και συν., 1985).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι φροντιστές μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την κατάσταση ψυχικής υγείας των ίδιων των φροντιστών ή να προκαλούν αλλαγές στην ψυχολογική τους ευεξία. Ωστόσο, δεν ξεκαθαρίζεται η αιτιατή σχέση ανάμεσα στα δύο. Με άλλα λόγια μπορεί να αποτελούν το αίτιο που επηρεάζει την ψυχική τους υγεία ή το αποτέλεσμά της. Όπως φαίνεται σε μια έρευνα με φροντιστές καρκινοπαθών, φροντιστές που χρησιμοποίησαν θετική προσέγγιση ή προσέγγιση επίλυσης προβλημάτων, βίωσαν λιγότερη εξάντληση. Επίσης, φροντιστές με υψηλή εξάντληση χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές αποφυγής/άρνησης και ευχετικό τρόπο σκέψης. Δηλαδή, σκέφτονται τι θα ήταν ιδανικό να συμβαίνει που αποτελεί παθητική στρατηγική αντιμετώπισης, σε αντίθεση με τις θετικές προσεγγίσεις αντιμετώπισης (Παπασταύρου και συν, 2012).

Επιπρόσθετα, αναφέρθηκε προηγουμένως η δυσκολία που υπάρχει από πλευράς ασθενών να κατανοήσουν τους φροντιστές (Deshields και συν., 2012). Ένας φροντιστής που αντί να είναι διεκδικητικός στη σχέση του με τον ασθενή είναι παθητικός (Alberty & Emmons, 2017) ή παθητικο-επιθετικός (Bourne, 1990) είναι απόλυτα λογικό ότι δε θα μεταφέρει στον ασθενή την πραγματική του κατάσταση. Μια κατάσταση που όπως φαίνεται μέσα από την έρευνα και όπως έχει εξηγηθεί μέχρι στιγμής εκτενώς, πολλές φορές είναι

αρκετά δυσμενής και δύσκολη. Επομένως, εδώ παρατηρείται ένα ακόμα σημαντικό μειονέκτημα της έλλειψης διεκδικητικότητας που σχετίζεται με τον φροντιστικό ρόλο.

Οι πιο πάνω έρευνες καθιστούν την διεκδικητικότητα ως έναν προστατευτικό παράγοντα για τους φροντιστές. Είναι φανερό ότι τα παραπάνω ευρήματα συνιστούν ότι μπορεί να υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στις αρνητικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου αλλά και το άγχος, την κατάθλιψή τους και τη διεκδικητικότητα. Ωστόσο, χρειάζεται να διερευνηθεί η πραγματική σχέση της διεκδικητικότητας με τις επιδράσεις της παροχής φροντίδας, ώστε να μπορούμε να γνωρίζουμε κατά πόσο μπορεί να συμπεριληφθεί στα προγράμματα παρέμβασης για φροντιστές. Παράλληλα, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και στο άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών. Ο λόγος είναι ότι πολλές προηγούμενες έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει έννοιες παραπλήσιες ή παρακλάδια της διεκδικητικότητας και όχι αυτή καθ' εαυτή την έννοια. Αυτό που είναι ξεκάθαρο είναι η σύνδεση της διεκδικητικότητας με την ψυχική υγεία. Παρόλα αυτά χρειάζεται να γίνει ξεκάθαρη η σύνδεσή της διεκδικητικότητας με την ψυχική υγεία και τις επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών εξαιτίας της παροχής φροντίδας.

1.12.3. Ρόλος φύλου στην εφαρμογή διεκδικητικής συμπεριφοράς

Μια έρευνα στην οποία έγινε σύγκριση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα Τούρκων και Σουηδών εφήβων, φάνηκε ότι τα κορίτσια στην εφηβεία είναι σε γενικές γραμμές πιο διεκδικητικά από τα αγόρια της ηλικίας τους αφού μπορούσαν να αντιμετωπίζουν και να εκφράζουν καλύτερα τους προσωπικούς τους περιορισμούς (Eskin, 2003). Επιπροσθέτως, σε μια μετα-ανάλυση που έγινε με βάση δεδομένων τριών προηγούμενων μετα-αναλύσεων, στη σύγκριση ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες, οι άντρες ήταν πιο διεκδικητικοί (Leaper & Ayres, 2007). Επίσης, σε μια άλλη έρευνα φαίνεται ότι οι άντρες είναι πιθανότερο να μιλήσουν σε περίπτωση που ένας ταμίας κάνει λάθος σε βάρος τους, σε σχέση με τις γυναίκες (Bossuyt & Van Kenhove, 2018).

Ακόμα, σε μια μελέτη με συμμετέχοντες φοιτητές φάνηκε ότι οι άντρες ήταν πιο διεκδικητικοί από τις γυναίκες (Costa και συν., 2001). Μάλιστα στη συγκεκριμένη έρευνα οι συμμετέχοντες προέρχονταν από 26 διαφορετικές χώρες και επομένως διαφορετικούς πολιτισμούς. Το ότι η φυλετική διαφορά υφίσταται σε διάφορους πολιτισμούς είναι σημαντικό καθώς όπως προαναφέρθηκε οι αντιδράσεις αντρών και γυναικών είναι ανάλογες του πολοτισμικού πλαισίου στο οποίο βρίσκονται (Costa και συν., 2001). Το γεγονός ότι

επηρεάζουν ο κοινωνικός ρόλος του φύλου επιβεβαιώνεται από το εύρημα του Twenge (2001), ο οποίος ανέφερε στην έρευνά του ότι υπάρχει ποικιλία στην έκφραση της διεκδικητικότητας από πλευράς γυναικών, αναλόγως των διαφορετικών ρόλων τους μέσα στην κοινωνία.

Πάντως, είναι γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει ένα ενδιαφέρον από πλευράς της βιβλιογραφίας στην ενίσχυση της διεκδικητικότητας των γυναικών. Παράλληλα, υπάρχουν πολλά βιβλία αυτοανάπτυξης που απευθύνονται ειδικά στις γυναίκες. Τέλος, σε όλο αυτό επηρεάζει η κίνηση των τελευταίων ετών για την ισότητα των δύο φύλων και την παγίωση της έκφρασης των δικαιωμάτων των γυναικών (Loshek & Terrell, 2015).

1.12.4. Διεκδικητικότητα και επικοινωνία

Η διεκδικητική επικοινωνία προϋποθέτει και περιλαμβάνει αναγνώριση, αποδοχή και σεβασμό των σκέψεων και των συναισθημάτων του δέκτη, ενώ παράλληλα ο πομπός επικοινωνεί σωστά και με αποτελεσματικό τρόπο αυτά που σκέφτεται και αισθάνεται (Delamater, Mcnamara, 1986). Επιπλέον, οι διεκδικητικοί άνθρωποι εμπιστεύονται την ικανότητά τους να επικοινωνήσουν με άλλους ανθρώπους και έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση όταν επικοινωνούν (Masters & Burish, 1987). Συνεπώς, ένα άτομο που εκφράζεται με διεκδικητικούς τρόπους μπορεί ευκολότερα να συνάπτει καινούριες κοινωνικές σχέσεις και να τις διατηρεί. Συγκεκριμένα, φαίνεται μέσα από έρευνες ότι η διεκδικητικότητα κατά την εφηβεία παίζει καθοριστικό ρόλο στις μελλοντικές κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων και βρίσκεται στο επίκεντρο των ανθρώπινων σχέσεων (Landazabal, 2001).

Επιπρόσθετα, η διεκδικητικότητα δίνει ώθηση στους φοιτητές να ενισχύσουν τα ταλέντα τους και να αναπτύξουν τη δημιουργικότητα τους (Hekmati, 2002). Όπως εξάγεται από τη βιβλιογραφία η διεκδικητικότητα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στη διδακτική διαδικασία. Φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες που εφαρμόστηκαν με διεκδικητικά επικοινωνιακό τρόπο ήταν πιο αποτελεσματικές. Παράλληλα, αυτός ο τρόπος επικοινωνίας των δραστηριοτήτων βοήθησε τους μαθητές να πετύχουν καλύτερες επιδόσεις. Τέλος, στην έρευνα της Sue Bishop (2010) τονίζεται η διεκδικητικότητα ως ένα εργαλείο κλειδί στην επικοινωνία.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν έρευνες που αναφέρουν ότι διεκδικητικότητα δε σημαίνει κατ’ ανάγκη καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και καλύτερη κοινωνική υποστήριξη. Σε μια έρευνα που είχε ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη διεκδικητικότητα, την

κατάθλιψη και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν ηλικιωμένοι που μένουν σε γηροκομείο, φάνηκε να μην υπάρχει κάποια συσχέτιση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και την κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων (Segal, 2005).

1.12.5. Διεκδικητικότητα και προγράμματα παρέμβασης

Τονίζεται μέσα από την έρευνα ότι η διεκδικητικότητα δεν αποτελεί χαρακτηριστικό το οποίο φέρουν μαζί τους οι άνθρωποι κατά τη γέννησή τους, αλλά είναι ένα χαρακτηριστικό που αποκτάται μέσα από την εμπειρία της ζωής (Bishop, 2010). Ως εκ τούτου, οι ερευνητές δημιούργησαν προγράμματα παρέμβασης για ανάπτυξη της διεκδικητικότητας για να δουν την αποτελεσματικότητά τους, με εφαρμογή σε διάφορους πληθυσμούς.

Ο Pratt με τους συνεργάτες του (1985) οι οποίοι διερεύνησαν τις στρατηγικές αντιμετώπισης που εφαρμόζονται από τους φροντιστές, προτείνουν ότι τα προγράμματα παρέμβασης θα πρέπει να εστιάζουν στην εκπαίδευση των φροντιστών στο πώς να χρησιμοποιούν ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης στα προβλήματα που προκύπτουν από το ρόλο τους. Οι ενεργητικές στρατηγικές μειώνουν την καταπόνηση που προκαλεί η ενασχόληση με τη φροντίδα, σε αντίθεση με τις παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Επιπρόσθετα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν μακροπρόθεσμα καλύτερη επίδραση όσον αφορά τη μείωση του στρες (Folkman, 1984).

Μια πιο πρόσφατη έρευνα είχε ως στόχο την απόδειξη ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης για ανάπτυξη της διεκδικητικότητας είναι αποτελεσματικά σε επαγγελματίες υγείας και σε φοιτητές που πρόκειται να γίνουν επαγγελματίες υγείας. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι παρεμβάσεις για την ανάπτυξη της διεκδικητικότητας ήταν αποτελεσματικές σε όλες τις ομάδες συμμετεχόντων εκτός από τους αναισθησιολόγους (Omura και συν., 2017). Όλοι οι υπόλοιποι φοιτητές και επαγγελματίες παρουσίασαν βελτίωση στη διεκδικητικότητα αλλά και τη συμπεριφορά τους.

Παρόμοια, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος παρέμβασης για ανάπτυξη της διεκδικητικής επικοινωνίας που εφαρμόστηκε σε τριτοετείς φοιτητές νοσηλευτικής στην Ιαπωνία, φάνηκε να επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα και αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών, καθώς υπήρξε βελτίωση στη διεκδικητικη επικοινωνία των φοιτητών (Omura και συν., 2019). Ως εκ τούτου, βελτιώθηκε η ποιότητα και ασφάλεια της παροχής υπηρεσιών φροντίδας. Επιπλέον, στο ίδιο άρθρο έγινε η εισήγηση ότι

στα προγράμματα παρέμβασης στη διεκδικητική επικοινωνία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο εφαρμόζεται η παρέμβαση.

Τα προγράμματα παρέμβασης στη διεκδικητικότητα δεν είναι σημαντικά μόνο ως προς τη βελτίωση και ανάπτυξη της ικανότητας αυτής. Ένα πρόγραμμα παρέμβασης στη διεκδικητικότητα που εφαρμόστηκε σε έφηβους μαθητές και είχε διάρκεια έναν μήνα, εκτός από τη βελτίωση στη διεκδικητική συμπεριφορά, είχε βοηθήσει στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των μαθητών, της ψυχολογικής τους ευεξίας, της ακαδημαϊκής τους επιτυχίας και παράλληλα της μείωσης του στρες των μαθητών (Parray & Kumar, 2017).

1.12.6. Σχέση ενσυναίσθησης και διεκδικητικότητας

Σύμφωνα με την κοινή λογική, πολλοί θα περίμεναν ότι η διεκδικητικότητα και η ενσυναίσθηση δεν μπορούν να συνυπάρξουν και ότι κατά κάποιο τρόπο είναι έννοιες αντίθετες που βρίσκονται στα δύο άκρα μιας ευθείας γραμμής (Mnookin, Peppet & Tulumello, 1996). Ωστόσο, στο άρθρο τους οι Mnookin και συνεργάτες εισηγούνται ότι ένας καλός διαπραγματευτής χρειάζεται στοιχεία και από τις δύο έννοιες μαζί. Αρχικά, διαχωρίζουν τις δύο έννοιες, και τις τοποθετούν ως ανεξάρτητες μεταξύ τους, δηλαδή δεν είναι απαραίτητο ότι η αύξηση της μιας απομακρύνει από την άλλη. Έπειτα, εξηγούν ότι ένα άτομο με υψηλή ενσυναίσθηση έχει έναν ρόλο διευκολυντή στις συζητήσεις του και τον απασχολεί πάντοτε να μην έρθει σε ρήξη με το άτομο που διαπραγματεύεται, ενώ συνήθως παρέχει χρόνο στον άλλο και τον ακούει. Από την άλλη ο διεκδικητικός έχει ανάγκη να εκφράσει αυτό που πιστεύει και θέλει να συζητά μέχρι να «κερδίσει» τη συζήτηση, σεβόμενος πάντα τον συνομιλητή του. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται άλλος ένας τύπος, ο αποφευκτικός, που είναι τύπος χωρίς καθόλου ενσυναίσθηση και διεκδικητικότητα (Mnookin, Peppet & Tulumello, 1996).

Είναι ξεκάθαρο ότι ένας καλός διαπραγματευτής πρέπει να συνδυάζει ενσυναίσθηση και διεκδικητικότητα. Ένα άτομο που έχει αναπτύξει διεκδικητικές ικανότητες, όταν δείχνει ενσυναίσθηση και ακούει το συνομιλητή του, μπορεί στη συνέχεια να απαντήσει επαρκώς αξιοποιώντας τις δεξιότητες αυτές. Ακόμα, σε ένα άλλο άρθρο οι Wilson και Gallios (1993), βρήκαν ότι όταν προσθέτουμε ένα στοιχείο ενσυναίσθησης σε ένα διεκδικητικό μήνυμα, αυτό αυξάνει την επάρκεια και τη συμπαθητικότητα διατηρώντας παράλληλα τον βαθμό αποτελεσματικότητας του μηνύματος.

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, ενσυναίσθηση και διεκδικητικότητα συνδέονται με θετική συσχέτιση (Mnookin, Peppet & Tulumello, 1999). Δηλαδή, αναφέρουν ότι είναι

δύο αλληλοεξαρτώμενες έννοιες και όταν ένα άτομο έχει ανεπτυγμένη ενσυναίσθηση είναι πολύ πιθανό να είναι ανεπτυγμένη και η διεκδικητικότητά του. Πάντως, είναι δεδομένο ότι αυτές οι δύο έννοιες έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, όπως η κατανόηση του άλλου ανθρώπου και το γεγονός ότι για να τις εκφράσει κανείς χρειάζεται να είναι προσεκτικός και ευέλικτος (Τσίτσας, 2009). Άλλοι, αναφέρουν ότι υπερβολική ενσυναίσθηση μπορεί να εμποδίζει το άτομο από το να εκφράσει τα δικά του θέλω (Grover, 1993). Επίσης, σε μια άλλη σχετική μελέτη φάνηκε ότι η χαμηλή διεκδικητικότητα ήταν συνδεδεμένη με περισσότερη ενσυναισθητική ανησυχία και φαντασιακή ενσυναίσθηση (Fisher, Beach & Brown, 1999).

Η παρούσα μελέτη

Η άτυπη φροντίδα αποτελεί καθοριστικό γρανάζι για τη λειτουργία των συστημάτων υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι άτυποι φροντιστές, αποτελούν ένα ευαίσθητο πληθυσμό και πολλοί ερευνητές κάνουν λόγο για αρνητικά συμπτώματα σε πολλαπλά επίπεδα στη ζωή ενός φροντιστή. Άλλοι, μιλούν για ευεργετικά αποτελέσματα της φροντίδας καθώς βελτιώνει τα επίπεδα υγείας και συνδέεται με μακροζωία. Επομένως, για να υπάρξει η κατάλληλη αποτελεσματικότητα στα συστήματα υγείας χρειάζεται αφενός να ξεκαθαριστεί το κατά πόσο οι επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών είναι θετικές ή αρνητικές. Εφόσον οι επιδράσεις είναι αρνητικές, θα χρειαστεί να δημιουργηθούν και να υλοποιηθούν κάποιες παρεμβάσεις στους φροντιστές, ώστε να ελαττωθούν κατά το μέγιστο οι αρνητικές επιδράσεις εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου και να βελτιωθεί η ψυχολογική και συναισθηματική τους ευεξία. Αντίθετα, εφόσον αποδειχθεί ότι η παροχή φροντίδας έχει ευεργετικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών, τότε θα χρειαστεί να διερευνηθεί ποιοι παράγοντες συνδέονται με τα αποτελέσματα αυτά.

Κάνοντας μια ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν έννοιες που έχουν μελετηθεί εκτεταμένα και με ποικίλους τρόπους στον πληθυσμό των άτυπων φροντιστών. Για παράδειγμα, είναι ξεκάθαρο ότι η ανάληψη φροντιστικού ρόλου προκαλεί διάφορες αλλαγές στη ζωή των φροντιστών. Πιο συγκεκριμένα αλλάζουν οι ρόλοι τους στη ζωή, επηρεάζονται οι σχέσεις τους με τους ανθρώπους λόγω έλλειψης χρόνου, επηρεάζεται η οικονομική τους κατάσταση, η σχέση τους με το άτομο που νοσεί και η σωματική τους υγεία. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία των άτυπων φροντιστών. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι προκαλούνται στους φροντιστές διάφορες διαταραχές, όπως αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές.

Γνωρίζουμε από τη βιβλιογραφία ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί παράγοντα μείωσης της κατάθλιψης και του άγχους σε φροντιστές. Συγκεκριμένα, για τους άτυπους φροντιστές η γνωστική ενσυναίσθηση σχετίζεται με μειωμένη κατάθλιψη. Παράλληλα, αυξημένο άγχος και κατάθλιψη είναι συνδεδεμένα με υπερβολικά υψηλή ή υπερβολικά χαμηλή ενσυναίσθηση. Επιπλέον, η ενσυναίσθηση ενισχύει την ποιότητα φροντίδας που παρέχουν οι φροντιστές. Όσον αφορά το φύλο, οι ερευνητές συμφωνούν ότι οι γυναίκες εκφράζουν περισσότερη ενσυναίσθηση από τους άντρες. Τα παραπάνω κατέστησαν την ενσυναίσθηση πολύ σημαντική στον χώρο της φροντίδας και ως εκ τούτου έχει συμπεριληφθεί σε διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης που εφαρμόστηκαν κυρίως σε επαγγελματίες υγείας ή εκπαιδευόμενους επαγγελματίες υγείας. Τα προγράμματα φάνηκαν αποτελεσματικά όπου εφαρμόστηκαν, καθώς υπήρξε βελτίωση των επιπέδων ενσυναίσθησης.

Από την άλλη, όσον αφορά τη διεκδικητικότητα υπάρχει ελάττωση των αρνητικών επιδράσεων εξαιτίας της παροχής φροντίδας αλλά και μείωση της κατάθλιψης όταν οι φροντιστές χρησιμοποιούν ενεργητικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση θεμάτων που προκύπτουν στη σχέση με το άτομο που φροντίζουν. Επιπρόσθετα, η διεκδικητικότητα είναι συνδεδεμένη με καλύτερη αξιοποίηση των μέσων που παρέχονται στα πλαίσια φροντίδας και με καλύτερες κοινωνικές σχέσεις. Ωστόσο, όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις, δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία ανάμεσα στη βιβλιογραφία, καθώς επισημαίνεται ότι υψηλή διεκδικητικότητα δε συνδέεται πάντα με καλύτερο υποστηρικτικό δίκτυο. Αυτό είναι σημαντικό να διερευνηθεί περαιτέρω, καθώς το υποστηρικτικό δίκτυο αποτελεί παράγοντα μείωσης του στρες στους φροντιστές. Πάντως, τα πλεονεκτήματα της διεκδικητικότητας είναι πολλαπλά με αποτέλεσμα οι ερευνητές, κυρίως τις τελευταίες δεκαετίες, να προσπαθούν να αναπτύξουν την ικανότητα αυτή μέσα από διάφορα προγράμματα παρέμβασης. Μάλιστα, είναι αποδεδειγμένο από πολλούς ερευνητές ότι οι παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές και η διεκδικητικότητα αποτελεί επίκτητη ικανότητα που μπορεί να αποκτηθεί μέσω τέτοιων παρεμβάσεων.

Για την καλύτερη κατανόηση του αναγνώστη είναι σημαντικό να αναφερθούν οι όροι που θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη. Πέραν της «ενσυναίσθησης» και της «διεκδικητικότητας», θα γίνει χρήση των όρων «άγχος και κατάθλιψη» και «επίδραση της φροντίδας» (εννοείται στο φροντιστή). Η παρούσα μελέτη θα διερευνήσει το ρόλο της ενσυναίσθησης και της διεκδικητικότητας στο άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών καθώς και τις επιδράσεις της φροντίδας. Εφόσον βρεθεί ότι η ενσυναίσθηση και η διεκδικητικότητα σχετίζονται με τις επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών αλλά και με το

άγχος και την κατάθλιψή τους, τότε αναλόγως των συνδέσεων θα μπορούν να γίνουν οι απαραίτητες εφαρμογές και η δημιουργία των κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης.

Όλα αυτά θα διερευνηθούν με βάση κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, οι ώρες απασχόλησης στη φροντίδα και η επαγγελματική κατάσταση. Η παρούσα έρευνα είναι μοναδική ως προς την ένταξη της έννοιας «διεκδικητικότητα» στο ερευνητικό πλαίσιο της άτυπης φροντίδας.

1.13. Ερευνητικές Υποθέσεις

Υ1. Αναμένεται ότι θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα, την ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών. Επομένως, η υπόθεση είναι ότι αυξημένη ενσυναίσθηση και διεκδικητικότητα θα συνδέονται με μειωμένο άγχος και κατάθλιψη.

Υ2. Αναμένεται ότι θα υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα, την ενσυναίσθηση και την επίδραση της φροντίδας. Δηλαδή, αναμένεται ότι αυξημένη ενσυναίσθηση και διεκδικητικότητα θα συνδέονται με περισσότερες θετικές επιδράσεις της φροντίδας και αντίστοιχα μειωμένη ενσυναίσθηση και διεκδικητικότητα θα συνδέονται με αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας.

Υ3. Αναμένεται ότι η ενσυναίσθηση και η διεκδικητικότητα θα έχουν θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Δηλαδή αύξηση στην ενσυναίσθηση θα συνδέεται με αύξηση της διεκδικητικότητας και το αντίθετο.

Υ4. Αναμένεται ότι θα υπάρχουν κάποιες συσχετίσεις ανάμεσα στις τέσσερις υποκλίμακες της ενσυναίσθησης, τη διεκδικητικότητα, το άγχος και την κατάθλιψη και τις επιδράσεις της φροντίδας.

Υ5. Αναμένεται ότι η γνωστική ενσυναίσθηση θα προβλέπει λιγότερο άγχος και κατάθλιψη στους φροντιστές.

Υ6. Αναμένεται ότι δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, οι ώρες απασχόλησης με την εργασία, οι ώρες απασχόλησης με τη φροντίδα, ο αριθμός παιδιών, ο μισθός και η οικογενειακή κατάσταση θα έχουν κάποια επίδραση στην ενσυναίσθηση, τη διεκδικητικότητα, το άγχος και την κατάθλιψη και τις επιδράσεις της φροντίδας.

Κεφάλαιο 2

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στη μεθοδολογία της έρευνας, στα κριτήρια εισδοχής και αποκλεισμού από την έρευνα, στα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και στα ψυχομετρικά εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν.

2.1. Μεθοδολογία Έρευνας

Στο παρόν κεφάλαιο πρόκειται να γνωστοποιηθούν οι μέθοδοι έρευνας που χρησιμοποιήθηκαν για να διερευνηθούν οι υποθέσεις της παρούσας μελέτης. Το κεφάλαιο χωρίζεται σε τέσσερα μέρη. Αρχικά, θα γίνει αναφορά στα δημογραφικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν το δείγμα. Στη συνέχεια, θα γίνει λεπτομερής περιγραφή των εργαλείων που χρησιμοποίησε η παρούσα μελέτη, όπου θα εξηγηθούν συγκεκριμένα τι μετράει το κάθε εργαλείο και την πηγή εκ της οποίας προέρχεται. Έπειτα, γίνεται πλήρης περιγραφή της διαδικασίας που ακολουθήθηκε για την εύρεση συμμετεχόντων και τη συλλογή των δεδομένων. Τέλος, στο τέταρτο μέρος του κεφαλαίου γίνεται αναφορά στον σχεδιασμό της έρευνας και αναφέρεται στις στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση και απάντηση των ερευνητικών υποθέσεων της παρούσας μελέτης.

Η παρούσα μελέτη έλαβε αδειοδότηση για διεξαγωγή από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου στις 8 Οκτωβρίου 2020. Δικαίωμα συμμετοχής στην έρευνα είχαν ενήλικες (άνω των 18 ετών) εν ενεργεία ή εντός των τελευταίων τριών ετών άτυποι φροντιστές ασθενών ή ηλικιωμένων που ζουν στην Κυπριακή και Ελληνική επικράτεια. Για την ενημέρωση του υπό μελέτη πληθυσμού χρησιμοποιήθηκαν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Viber) μέσα από τα οποία ο ερευνητής ήρθε σε άμεση επαφή με το υποψήφιο δείγμα. Για να γίνει πιο στοχευμένη αναζήτηση δείγματος, ο ερευνητής προσέγγισε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και μέσω των μέσων δικτύωσης διάφορες ομάδες και συνδέσμους (π.χ. Κ.Ε.Φ.Ι. Σύλλογος καρκινοπαθών εθελοντών φίλων Ιατρών, Σύνδεσμος: Σκλήρυνση κατά πλάκας, Σύλλογος Καρκινοπαθών Λάρισας). Επίσης, έγινε προσέγγιση του Παγκύπριου Συνδέσμου Καρκινοπαθών και Φίλων (ΠΑΣΥΚΑΦ) και της Μονάδας Ανακουφιστικής Φροντίδας «Γαλιλαία» στην Αθήνα. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με τη χρήση της ειδικής πλατφόρμας Google Forms.

Για σαφέστερη ενημέρωση του υπό μελέτη πληθυσμού, τον ηλεκτρονικό σύνδεσμο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συνόδευε μήνυμα που ξεκαθάριζε ότι απαντούν το ερωτηματολόγιο μόνο όσοι είναι άτυποι φροντιστές, δηλαδή άτομα που δεν πληρώνονται για

να φροντίζουν κάποιον ασθενή ή ηλικιωμένο. Επίσης, μετά τη συγκατάθεση, η πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου αφορούσε το κατά πόσο κάποιος είναι φροντιστής εν ενεργεία, αν ήταν φροντιστής τα τελευταία τρία χρόνια ή αν δεν είναι φροντιστής. Με την επιλογή «δεν είμαι φροντιστής» το ερωτηματολόγιο προχωρούσε σε υποβολή και τερματισμό της διαδικασίας εξηγώντας παράλληλα στο άτομο ότι αφορά μόνο άτυπους φροντιστές. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίστηκε η ποιότητα του δείγματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρξαν 44 συμμετέχοντες που προθυμοποιήθηκαν να συμμετάσχουν, χωρίς ωστόσο να είναι άτυποι φροντιστές.

Το υποψήφιο δείγμα είχε τη δυνατότητα πλήρους ενημέρωσης για το θέμα της έρευνας, όπως επίσης και για τον σκοπό της και το τι αποσκοπεί να προσφέρει στον χώρο της έρευνας στον τομέα της Ψυχολογίας. Επίσης, γνωστοποιήθηκε στα άτομα και τους συνδέσμους η προσφορά της έρευνας προς τους ίδιους τους άτυπους φροντιστές και τους ασθενείς που φροντίζουν αλλά και προς την ευρύτερη κοινωνία. Ακόμα, μέσω του εντύπου συγκατάθεσης διασφαλίστηκε το απόρρητο και η ανωνυμία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Επιπλέον, μέσα από τη συγκατάθεση γινόταν ξεκάθαρο ότι η συμμετοχή είναι ελεύθερη και εθελοντική ενώ ο κάθε συμμετέχοντας είχε τη δυνατότητα απόσυρσης ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτήσεων. Έγινε συλλογή δεδομένων με την τεχνική «χιονοστιβάδας» (snowball sampling). Η συλλογή δεδομένων ξεκίνησε στις 15 Απριλίου 2021 και διήρκησε σχεδόν τέσσερις μήνες, με τελευταία ημέρα υποβολής του ερωτηματολογίου την 4η Αυγούστου 2021. Την ολοκλήρωση της συλλογής δεδομένων ακολούθησε άμεση απόσυρση του ερωτηματολογίου από το διαδίκτυο και αποθήκευση των δεδομένων που συλλέχθηκαν σε εξωτερικό δίσκο αποθήκευσης ο οποίος προστατεύεται από κωδικό ασφαλείας και στον οποίο δεν έχει πρόσβαση κανείς παρά μόνο ο ίδιος ο ερευνητής.

2.2. Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας έχει μέγεθος 107 άτυπους φροντιστές, ηλικίας 18-80 ετών, ένας εξ αυτών ήταν 18-20 ετών (0,9%), 26 εξ αυτών ήταν ηλικίας 21-30 ετών (24%) 13 εξ αυτών ήταν ηλικίας 31-40 ετών, 24 από αυτούς ήταν ηλικίας 41-50 ετών (22,4%), 29 από αυτούς ήταν ηλικίας 51-60 ετών (27,1%), 11 από αυτούς ήταν ηλικίας 61-70 ετών (10,3%) και 3 από αυτούς ήταν ηλικίας 71-80 ετών (2,8%). Από αυτούς οι 80 ήταν γυναίκες (74,8%) και οι 27 ήταν άντρες (25,2%). Σε αριθμό, οι 79 (73,8%) ήταν εν ενεργεία φροντιστές, ενώ οι 28 (26,2%) ήταν φροντιστές εντός των τελευταίων τριών ετών. Κατάγονταν από την Κύπρο οι 68 (63,6%) και οι υπόλοιποι 39 (36,4%) ήταν Ελληνικής καταγωγής. Ο χώρος παροχής

φροντίδας ήταν σε γηροκομείο 4 άτομα (3,7%), σε νοσοκομείο 5 άτομα (4,7%), στο σπίτι του φροντιστή 31 άτομα (29%) και στο σπίτι του ασθενούς 67 άτομα (62,6%). Ο τύπος ασθένειας του ατόμου που λάμβανε τη φροντίδα ήταν σε 20 περιπτώσεις (18,7%) άνοια, σε 26 περιπτώσεις (24,3%) καρκίνος, σε 44 περιπτώσεις (41,1%) γηρατειά και σε 17 περιπτώσεις (15,9%) άλλη ασθένεια. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος, 62 (57,9%) εργάζονταν με ολική απασχόληση, 16 (15%) απασχολούνταν μερικώς, 14 (13,1%) ήταν άνεργοι, 9 (8,4%) ήταν συνταξιούχοι, 4 (3,7%) ήταν φοιτητές και 2 (1,9%) ήταν άεργοι. Το εισόδημα του δείγματος που συμμετείχε ήταν για 13 άτομα (12,1%) 1-500 ευρώ, για 40 άτομα (37,4%) ήταν 500-1000 ευρώ, για 15 άτομα (14%) 1000-1500 ευρώ, για 13 άτομα (12,1%) ήταν 1500-2000 ευρώ, για 8 άτομα (7,5%) ήταν 2000-2500 ευρώ, ενώ 13 άτομα (12,1%) ανέφεραν ότι δεν είχαν εισόδημα και 5 άτομα (4,7%) ανέφεραν ότι το εισόδημά τους ήταν περισσότερα από 2500 ευρώ.

Επιπρόσθετα, λήφθηκαν δημογραφικές πληροφορίες που αφορούσαν το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, με ποιον συγκατοικούν τα άτομα, ο αριθμός παιδιών - αν είχαν, η διάρκεια σε χρόνια που ασχολούνται με τη φροντίδα και αν έχουν ή όχι βοήθεια από κάποιον. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο 3(2,8) είχαν τελειώσει το Δημοτικό, 1 (0,9%) το Γυμνάσιο, 27 (25,2%) το Λύκειο, 55 (51,4%) το Πανεπιστήμιο, 19 (17,8%) είχαν μεταπτυχιακό και 2 (1,9%) είχαν διδακτορικό. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση 54 (50,55%) άτομα ήταν παντρεμένοι, 38 (35%) ήταν άγαμοι, 8 (7,5) ήταν διαζευγμένοι, 5 (4,7%) είχαν σύντροφο και 2 (1,9%) ήταν χήροι. Όσον αφορά τη συγκατοίκηση, 16 (15%) έμεναν με το σύζυγο, 36 (33,6%) έμεναν με το σύζυγο και τα παιδιά τους, 28 (26,2%) έμεναν μόνοι, 3 (2,8%) έμεναν με το σύντροφό τους, 17 (15,9%) με τους γονείς τους, 5 (4,75) μόνο με τα παιδιά τους και 2 (1,9%) με τα αδέρφια τους. Σχετικά με τον αριθμό τέκνων, 48 (44,9%) άτομα δεν είχαν καθόλου παιδιά, 9 (8,4%) είχαν 1 παιδί, 24 (22,4%) είχαν 2 παιδιά, 15 (14%) είχαν 3 παιδιά, 8 (7,5%) είχαν 4 παιδιά, 2 (1,9%) είχαν 6 παιδιά και 1 (0,9%) είχε 8 παιδιά. Σχετικά με τη διάρκεια σε έτη που ασχολούνταν με τη φροντίδα, 34 (31,8%) ανέφεραν ότι ασχολούνται με τη φροντίδα για λιγότερο από 1 χρόνο, 37 (34,6%) ανέφεραν ότι ασχολούνται με τη φροντίδα τα τελευταία 1-3 χρόνια, 12 (11,2%) ανέφεραν ότι ασχολούνται με τη φροντίδα τα τελευταία 3-6 χρόνια, 18 (16,8%) ανέφεραν ότι ασχολούνται με τη φροντίδα εδώ και 6-10 χρόνια, 4 ανέφεραν ότι είναι φροντιστές εδώ και 10-15 χρόνια, ενώ 2 ανέφεραν ότι είναι φροντιστές τα τελευταία 15-20 χρόνια. Όσον αφορά το χρόνο που αφιερώνουν στη φροντίδα ανά εβδομάδα, 55 (51,4%) αφιερώνουν 8-16 ώρες, 17 (15,9%) αφιερώνουν 16-24 ώρες, 12 (11,2%) αφιερώνουν 24-32 ώρες, 5 (4,7%) αφιερώνουν 32-40

ώρες, 3 (2,8%) αφιερώνουν 40-48 ώρες και 15 (14%) ασχολούνται με τη φροντίδα συνέχεια. Τέλος, 78 (72,9%) άτομα ανέφεραν ότι έχουν βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή φίλους, ενώ 29 (27,1%) ανέφεραν ότι δεν έχουν βοήθεια από κάποιον (βλ. Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Δημογραφικό χαρακτηριστικό		**n (αριθμός συμμετεχόντων)**	**%**
Φροντιστές	Εν ενεργεία	79	73.8%
	Τελευταία τρία χρόνια	28	26.2%
Φύλο	Άντρες	27	25.2%
	Γυναίκες	80	80%
Ηλικία	18-20	1	.9%
	21-30	26	24,3%
	31-40	13	12,1%
	41-50	24	22.4%
	51-60	29	27.1%
	61-70	11	10.3%
	71-80	3	2.8%
Χώρος Παροχής Φροντίδας	Γηροκομείο	4	3.7%
	Νοσοκομείο	5	4.7%
	Σπίτι μου	31	29%
	Σπίτι του ασθενούς	67	62.6%
Τύπος ασθένειας	Άνοια	20	18.7%
	Καρκίνος	26	24.3%
	Γηρατειά	44	41.1%
	Άλλη ασθένεια	17	15.9%
Καταγωγή	Κυπριακή	68	63.6%
	Ελληνική	39	36.4%
Επαγγελματική κατάσταση	Ολική απασχόληση	62	57.9%
	Μερική απασχόληση	16	15%
	Άνεργος/η	14	13.1%

	Συνταξιούχος/α	9	8.4%
	Φοιτητής/τρια	4	3.7%
	Άεργος/η	2	1.9%
Εισόδημα	1-500	13	12.1%
	500-1000	40	37.4%
	1000-1500	15	14%
	1500-2000	13	12.1%
	2000-2500	8	7.5%
	Περισσότερα	5	4.7%
	Δεν έχω εισόδημα	13	12.1%
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	1	.9%
	Γυμνάσιο	3	2.8%
	Λύκειο	27	25.2%
	Πανεπιστήμιο	55	51.4%
	Μεταπτυχιακό	19	17.8%
	Διδακτορικό	2	1.9%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	54	50.5%
	Διαζευγμένος	8	7.5%
	Με σύντροφο	5	4.7%
	Χήρος/α	2	1.9%
	Άγαμος/η	38	35.5%
Μένω με	Σύζυγο	16	15%
	Σύζυγο και παιδιά	36	33.6%
	Μόνος/η	28	26.2%
	Με σύντροφο	3	2.8%
	Με γονείς	17	15.9%
	Με παιδί/ιά	5	4.7%
	Αδέρφια	2	1.9%
Αριθμός παιδιών	0	48	44.9%
	1	9	8.4%
	2	24	22.4%
	3	15	14%

	4	8	7.5%
	6	2	1.9%
	8	1	.9%
Διάρκεια φροντίδας	0-1 χρόνο	34	31.8%
	1-3 χρόνια	37	34.5%
	3-6 χρόνια	12	11.2%
	6-10 χρόνια	18	16.8%
	10-15 χρόνια	4	3.7%
	15-20 χρόνια	2	1.9%
Χρόνος Αφιέρωσης στη φροντίδα (ανά βδομάδα)	8-16 ώρες	55	51.4%
	16-24 ώρες	17	15.9%
	24-32 ώρες	12	11.2%
	32-40 ώρες	5	4.7%
	40-48 ώρες	3	2.8%
	Συνέχεια	15	14%
Βοήθεια	Ναι	78	72.9%
	Όχι	29	27.1%

2.3. Ψυχομετρικά εργαλεία συλλογής δεδομένων

Σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί στην παρούσα έρευνα, επιλέχθηκαν τα κατάλληλα ψυχομετρικά εργαλεία. Για την επιλογή των εργαλείων λήφθηκαν υπόψη ο σκοπός της έρευνας, οι ερευνητικές υποθέσεις και οι ιδιότητες του κάθε εργαλείου. Συγκεκριμένα, ο κάθε συμμετέχοντας κλήθηκε να απαντήσει πρώτα ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Οι ερωτήσεις απευθύνονταν στο φύλο, την επαγγελματική και οικονομική κατάσταση, τις συνθήκες που ζουν και τον χώρο παροχής φροντίδας, τις ώρες απασχόλησης από τη φροντίδα, τη διάρκεια σε χρόνια που ασχολούνται με τη φροντίδα, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών αν υπήρχαν, την καταγωγή αν ήταν Ελληνική ή Κυπριακή, το κατά πόσο οι συμμετέχοντες έχουν οποιαδήποτε βοήθεια στη φροντίδα, και το επίπεδο εκπαίδευσης. Ακολούθως, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν τα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας. Ήταν τέσσερα στον αριθμό και η κάθε ερώτηση ήταν δομημένη με μορφή αυτο-

αναφοράς και ο κάθε συμμετέχοντας μπορούσε να επιλέξει ανάμεσα σε κάποιες επιλογές, ανάλογα με την ερώτηση και το εργαλείο. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν με σειρά την κλίμακα Επίδρασης της φροντίδας (Bakas Caregiving Outcomes Scale, BCOS) (Govina και συν., 2013), ακολούθως την κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression scale, HADS) (Mystakidou και συν., 2004). Έπειτα, ακολουθούσε η κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης που κατασκεύασε ο Davis (1980) (Interpersonal Reactivity Index, IRI) και τέλος η Κλίμακα διεκδικητικότητας που κατασκεύασε ο Rathus (1973).

2.3.1. Κλίμακα Επίδρασης της φροντίδας (Bakas Caregiving Outcomes Scale, BCOS)

Η κλίμακα BCOS δημιουργήθηκε αρχικά από τους Bakas και Champion (1999) και αναθεωρήθηκε με τη δημιουργία μιας πιο σύντομης έκδοσης από τον Bakas με τους συνεργάτες (2006). Η επίδραση της φροντίδας είναι μια δημοφιλής έννοια στον χώρο της έρευνας με περισσότερα από 15 ψυχομετρικά εργαλεία να έχουν κατασκευαστεί για τη μέτρησή της. Συνήθως τα εργαλεία αυτά εστιάζουν στις αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας, χρησιμοποιώντας τον όρο επιβάρυνση. Η κλίμακα επίδρασης της φροντίδας συνδυάζει δύο σημαντικά στοιχεία. Αρχικά, είναι ευρέως αναγνωρισμένο εργαλείο για τη μέτρηση της επίδρασης της φροντίδας σε άτυπους φροντιστές ατόμων με όλων των ειδών τις χρόνιες ασθένειες αλλά και σε άτυπους φροντιστές ηλικιωμένων. Έπειτα, η αναθεωρημένη έκδοση είναι σύντομη και λαμβάνει υπόψη διάφορες πτυχές της φροντίδας όπως τη θετική επίδραση της φροντίδας και τις κοινωνικές συνέπειες της φροντίδας. Ακόμα, έχει καλή εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία και καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Deeken και συν., 2003). Το εργαλείο μεταφράστηκε από τη Γκοβίνα και τους συνεργάτες (2013) οι οποίοι εξέτασαν την αξιοπιστία και εγκυρότητά του σε άτυπους φροντιστές ασθενών με διαφόρων ειδών καρκίνο οι οποίοι βρίσκονταν σε περίοδο που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπείες.

Η κλίμακα επίδρασης της φροντίδας είναι ένα σύντομο εργαλείο που αποτελείται από 16 ερωτήσεις και απευθύνεται στις επιδράσεις που επιφέρει στη ζωή των φροντιστών η ανάληψη φροντιστικού ρόλου, είτε αυτές είναι θετικές είτε είναι αρνητικές. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια κλίμακα τύπου Likert με επτά διαφορετικές βαθμίδες, ξεκινώντας από το -3 μέχρι το +3 συμπεριλαμβανομένου του 0. Όσο πιο κοντά στο -3 είναι οι τιμές, τόσο το χειρότερο άλλαξε το υπό μελέτη χαρακτηριστικό, ενώ όσο πιο κοντά στο +3 είναι οι τιμές, τόσο προς το καλύτερο άλλαξε το χαρακτηριστικό που μελετάται. Το 0 υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει κάποια αλλαγή. Η κλίμακα συμπεριλαμβάνει

προτάσεις όπως «η αυτοεκτίμησή μου», ή «η σωματική μου υγεία» και ακολουθεί η απάντηση σχετικά με το αν άλλαξε προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο. Για σκοπούς έρευνας, οι επιλογές των συμμετεχόντων βαθμολογούνται από το +1 μέχρι το +7 με πιθανό αποτέλεσμα από +15 μέχρι +105. Όσο πιο υψηλά βαθμολογείται κάποιος, τόσο πιο πολλές θετικές επιδράσεις έχει στη ζωή του η παροχής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, η μέση τιμή είναι το 60 και ως εκ τούτου τιμές μεγαλύτερες του 60 υποδηλώνουν ότι υπάρχουν θετικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών ως αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας, ενώ αντίθετα τιμές κάτω του 60 υποδηλώνουν ότι υπάρχουν αρνητικές επιδράσεις εξαιτίας της παροχής φροντίδας.

Έρευνες που διεξήχθησαν με σκοπό τη διερεύνηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου αναφέρουν ότι το BCOS έχει καλή εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α=0.75-0.90). Αναφέρουν επίσης ότι έχει καλή δομική εγκυρότητα (construct validity) (Bakas και συν., 2000). Όσον αφορά την Ελληνική έκδοση, βρέθηκε να υπάρχει υψηλή εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α= 0.83), εύρημα που συμφωνεί με έρευνες που προτείνουν την αξιοπιστία του εργαλείου για την Αγγλική γλώσσα και καταδεικνύει το εργαλείο ως αξιόπιστο και στην Ελληνική. Επιπρόσθετα, σχετικά με την Ελληνική έκδοση βρέθηκε αξιοσημείωτα υψηλή τιμή του Pearson's *r*(0.989 και 0.985, $p<0.001$), υποδεικνύοντας πως η δομή του εργαλείου είναι αξιοσημείωτα συνεπής. Τέλος, στην έρευνα της Γκοβίνα με τους συνεργάτες (2013) επιβεβαιώνεται η εσωτερική εγκυρότητα του εργαλείου. Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's α=.946) (βλ. Πίνακα 2) υποδεικνύει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια ανάμεσα στα ερωτήματα του εργαλείου.

2.3.2 Κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression scale, HADS) (Mystakidou και συν., 2004)

Η κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης αποτελεί ένα σύντομο εργαλείο αυτο-αναφοράς και όπως φανερώνεται από το όνομα, περιορίζεται στη μέτρηση των δύο πιο βασικών διαταραχών που συναντώνται στον χώρο των διαγνώσεων, την αγχώδη και την καταθλιπτική. Κάτι που επίσης υποδεικνύεται από το όνομα της κλίμακας, είναι κατασκευασμένη ειδικά για κλινικά πλαίσια και ασθενείς. Ωστόσο, έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία, καθώς υπήρξε έγκυρο και αξιόπιστο, και σε άλλους πληθυσμούς όπως σε ασθενείς με σωματικές και ψυχιατρικές ασθένειες, σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και στο γενικό πληθυσμό (Mystakidou και συν., 2003). Το HADS κατασκευάστηκε από τους Zigmond και Snaith (1983) και έχει το πλεονέκτημα ότι έχει εφαρμογή σε διεθνές επίπεδο,

καθώς πέραν της πρωτότυπης έκδοσης στα αγγλικά έχει μεταφραστεί και εγκυροποιηθεί σε πολλές γλώσσες, χωρίς να έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές εκδόσεις του εργαλείου (Herrmann, 1997). Στην ελληνική γλώσσα μεταφράστηκε από τη Mystakidou και τους συνεργάτες (2003) και σταθμίστηκε με δείγμα 120 ασθενείς που έπασχαν από ανίατο καρκίνο. Η Ελληνική έκδοση του εργαλείου χρησιμοποιήθηκε από τον Καραπούλιο και τους συνεργάτες (2013) σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκε από τη Μηνά (2019) με δείγμα φροντιστές ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Η κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο είναι σύντομο, καθώς αποτελείται από 14 ερωτήσεις για τη μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης των συμμετεχόντων. Η κάθε ερώτηση περιλαμβάνει τέσσερις επιλογές οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με την ερώτηση και το νόημα. Για παράδειγμα, μια ερώτηση του εργαλείου είναι «Αισθάνομαι ένταση» και υπάρχουν οι απαντήσεις «τον περισσότερο καιρό, συχνά, κάποιες φορές περιστασιακά, καθόλου». Ακόμα ένα παράδειγμα είναι «συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν» και υπάρχουν οι επιλογές «ναι σίγουρα όπως και πριν», «όχι τόσο πολύ», «λίγο», «καθόλου». Το δεύτερο παράδειγμα αποτελεί αντίστροφη ερώτηση που σημαίνει ότι στην πρώτη περίπτωση ο ερευνητής θα βαθμολογήσει με 3 την απάντηση «τον περισσότερο καιρό», ενώ στη δεύτερη περίπτωση η απάντηση «ναι σίγουρα όπως και πριν» βαθμολογείται με 0. Με άλλα λόγια, όταν οι προτάσεις μεταφραστούν σε αριθμούς, τιμές κοντά στο μηδέν υποδηλώνουν λιγότερο άγχος ή κατάθλιψη, ενώ τιμές κοντά στο 3 υποδηλώνουν περισσότερο άγχος ή κατάθλιψη. Συνολικό αποτέλεσμα, ξεχωριστά για την κάθε διαταραχή (άγχος και κατάθλιψη), ≤ 7 υποδεικνύει «φυσιολογικές τιμές», 8-10 υποδεικνύει «αβέβαιο αποτέλεσμα» και ≥ 11 υποδεικνύει ότι υπάρχει διαταραχή «οριστικά» (Karapoulios και συν., 2013). Πάντως, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν έχει οριστεί συγκεκριμένο όριο που να καθορίζει αν υπάρχει ή όχι διαταραχή σε όλες τις εκδόσεις του εργαλείου.

Σχετικά με την εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας, αυτή έχει αποδειχτεί μέσα από έρευνες στην τουρκική γλώσσα (Aydemir και συν., 1997), την ουγγρική (Muszbek και συν., 2006), την ισπανική (Quintana και συν., 2003) κ.α. Όσον αφορά την ελληνική έκδοση, στην έρευνα της Mystakidou και των συνεργατών (2003), βρέθηκε ότι υπάρχει εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha = 0.845$). Για την υποκλίμακα άγχους (Cronbach's $\alpha = 0.887$) και κατάθλιψης (Cronbach's $\alpha = 0.703$) οι τιμές αξιοπιστίας ήταν μεγαλύτερες του 0.7, υποδεικνύοντας ότι οι ερωτήσεις του εργαλείου ήταν ομοιογενείς και

αλληλοεξαρτώμενες. Σχετικά με την εγκυρότητα της κλίμακας, ήταν επίσης καλή. Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's α=.889) (βλ. Πίνακα 2). Ο βαθμός αξιοπιστίας επιβεβαιώνει το εύρημα της Mystakidou και των συνεργατών (2003) και επικυρώνει την αξιοπιστία της κλίμακας. Σχετικά με τις υποκλίμακες, στην παρούσα έρευνα για την υποκλίμακα άγχους φάνηκε να υπάρχει υψηλή αξιοπιστία (Cronbach's α = 0.842), ενώ για την κλίμακα κατάθλιψης φάνηκε να υπάρχει εσωτερική συνοχή σχετικά υψηλή (Cronbach's α = 0.780).

2.3.3. Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity Index, IRI) (Davis, 1980)

Προκειμένου να μετρηθεί η ικανότητα των ανθρώπων να επιδεικνύουν ενσυναίσθηση, ο Davis (1980) δημιούργησε την κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης. Η αρχική έκδοση της κλίμακας αποτελούνταν από 50 ερωτήσεις, ενώ η αναθεωρημένη αποτελείται από 28 ερωτήσεις. Την αναθεωρημένη έκδοση χρησιμοποίησε η παρούσα μελέτη. Το εργαλείο αυτό, πέραν της γενικής κλίμακας που μετρά την ενσυναίσθηση των ατόμων, εμπεριέχει τέσσερις υποκλίμακες. Δύο εξ αυτών μετρούν γνωστικές παραμέτρους και οι άλλες δύο μετρούν συναισθηματικές παραμέτρους.

1. **Γνωστική ενσυναίσθηση**: αφορά τη μέτρηση της αυθόρμητης υιοθέτησης των απόψεων των άλλων. Δηλαδή, αφορά την ικανότητα του ατόμου να αντιληφθεί γνωστικά την οπτική του άλλου, χωρίς ωστόσο απαραίτητα να συμμετέχει στη συναισθηματική του κατανόηση.
2. **Φανταστική ενσυναίσθηση**: η ικανότητα που έχει το άτομο να ταυτιστεί με τα συναισθήματα πρωταγωνιστών ενός βιβλίου ή στον κινηματογράφο.
3. **Σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση**: το συναισθηματικό ενδιαφέρον, η συμπάθεια και η ζεστασιά που δείχνει ένα άτομο προς τους άλλους. Έννοια που συνήθως συνδέεται με την αυταπάρνηση και τον αλτρουισμό.
4. **Ενσυναισθητική ανησυχία**: αφορά τα συναισθήματα ανησυχίας και άγχους ενός ατόμου που προέρχονται από τα δύσκολα βιώματα των άλλων ανθρώπων. Εδώ, το άτομο ταυτίζεται με τα συναισθήματα του άλλου.

Κάθε υποκλίμακα αποτελείται από 7 ερωτήσεις και βαθμολογείται με κλίμακα Likert με πέντε επιλογές, ξεκινώντας από το 0 (δεν με περιγράφει καλά) μέχρι το 4 (με περιγράφει πολύ καλά). Παραδείγματα ερωτήσεων της κλίμακας είναι «Συχνά ονειροπολώ και φαντάζομαι πράγματα που μπορεί να μου συμβούν» και «Μερικές φορές δυσκολεύομαι να

δω τα πράγματα από την πλευρά του άλλου».

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής των υποκλιμάκων της κλίμακας διαπροσωπικής ανταπόκρισης, είναι σύμφωνα με έρευνες καλή αφού οι τιμές εγκυρότητας είναι ανάμεσα στο 0,71 και στο 0,77. Όσον αφορά την εσωτερική αξιοπιστία των υποκλιμάκων, είναι επίσης καλή (Cronbach's α = 0,71 μέχρι 0,77)(Davis, 1983). Οι επαναληπτικές μετρήσεις είναι επίσης αξιόπιστες αφού κυμαίνονται από 0,62 έως 0,80)(Davis, 1980). Η μετάφραση και στάθμιση της κλίμακας στα Ελληνικά έγινε από τους Τσίτσα και Μαληκιώση (Χ.Χ.) με δείγμα 343 φοιτητές. Συνολικά η κλίμακα βρέθηκε ικανοποιητικά αξιόπιστη (Cronbach's α = 0,72). Παρόμοια οι τιμές άλφα των υποκλιμάκων βρέθηκαν ικανοποιητικές, καθώς κυμαίνονταν από 0,70 μέχρι 0,72. Στην παρούσα μελέτη η συνολική κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης είχε εσωτερική αξιοπιστία ικανοποιητική (Cronbach's α = 0,64) (βλ. Πίνακας 2), ενώ για τις υποκλίμακες οι τιμές άλφα κυμαίνονταν από 0.6 μέχρι 0.75, υποδεικνύοντας από ικανοποιητική μέχρι σχετικά υψηλή εσωτερική αξιοπιστία των υποκλιμάκων.

2.3.4. Κλίμακα διεκδικητικότητας (Rathus, 1973)

Η κλίμακα διεκδικητικότητας μετρά το κατά πόσο τα άτομα διεκδικούν τα δικαιώματα και τις ανάγκες τους, και σε τι βαθμό. Παράλληλα, λαμβάνει υπόψη και τον βαθμό στον οποίο σέβονται τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων με τους οποίους έρχονται σε επαφή για να διεκδικήσουν. Το εργαλείο περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις που μετρούν τον βαθμό διεκδικητικότητας του ατόμου. Κατασκευαστής του εργαλείου είναι ο Rathus (1973) ο οποίος για την κατασκευή του αξιοποίησε το εργαλείο του Wolpe (1967) και αυτό του Allport (1961), το οποίο είχε να κάνει με τον βαθμό κατά τον οποίο ένα άτομο ακολουθεί τη γνώμη κάποιου άλλου, αψηφώντας τη δική του. Επίσης, ο Rathus για την κατασκευή της κλίμακας έλαβε υπόψη το εργαλείο των Guilford και Zimemerman (1956) το οποίο μετρά την προσαρμογή ενός ατόμου στις απαιτήσεις κάποιου άλλου.

Οι προτάσεις της κλίμακας περιγράφουν διάφορες συμπεριφορές εκ των οποίων κάποιες χαρακτηρίζονται από διεκδικητικότητα και άλλες από μη διεκδικητικότητα. Οι συμμετέχοντες καλούνται να εκφράσουν τον βαθμό στον οποίο συμφωνούν με την πρόταση, απαντώντας σε μια κλίμακα έξι βαθμίδων. Η κλίμακα βαθμολόγησης ξεκινάει από το -3 «δε με χαρακτηρίζει ούτε με περιγράφει καθόλου» και φτάνει μέχρι το +3 «με χαρακτηρίζει και με περιγράφει απολύτως», χωρίς να υπάρχει μέση απάντηση, δηλαδή το 0. Παραδείγματα προτάσεων που περιλαμβάνει το εργαλείο είναι «Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι

είναι πιο επιθετικοί και διεκδικητικοί από εμένα», ή «Έχω διστάσει να προτείνω ή να αποδεχτώ κάποιο ραντεβού, επειδή ντρεπόμουν».

Για τη βαθμολόγηση της κλίμακας, γίνεται άθροιση των απαντήσεων με το σύνολο της βαθμολογίας να μπορεί να είναι από 90 μέχρι -90. Σύμφωνα με το Rathus, κάποιος που η βαθμολογία του κυμαίνεται από -90 μέχρι -31 έχει χαμηλή διεκδικητικότητα, ενώ βαθμολογία
-30 μέχρι 30 υποδηλώνει μέτρια διεκδικητικότητα και, τέλος, βαθμολογία 31 μέχρι 90 δηλώνει υψηλή διεκδικητικότητα. Η κλίμακα διεκδικητικότητας μεταφράστηκε από τον Τσίτσα (2009) με χρήση της μεθόδου «αντίστροφη μετάφραση». Η αξιοπιστία της αρχικής μορφής της κλίμακας κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα (Cronbach's α = 0.77 μέχρι α = 0.87). Παράλληλα, οι επαναληπτικές μετρήσεις είχαν επίσης ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α = 0.79 μέχρι α = 0.86). Στην παρούσα έρευνα η κλίμακα διεκδικητικότητας είχε ισχυρή εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's α = 0.843) (βλ. Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Εσωτερική αξιοπιστία των ψυχομετρικών εργαλείων και των υποκλιμάκων τους

Κλίμακα Μέτρησης	**Cronbach's Alpha**
Κλίμακα Επίδρασης της φροντίδας (BCOS)	.946
Νοσοκομειακή κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)	.889
Υποκλίμακα Άγχους (HADS)	.842
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (HADS)	.780
Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (IRI)	.636
Υποκλίμακα Γνωστική ενσυναίσθηση(IRI)	.646
Υποκλίμακα Φανταστική ενσυναίσθηση(IRI)	.648
Υποκλίμακα Σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση(IRI)	.601
Υποκλίμακα Ενσυναισθητική ανησυχία(IRI)	.749
Κλίμακα Διεκδικητικότητας	.843

2.4. Πλάνο στατιστικών αναλύσεων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας τοποθετήθηκαν και επεξεργάστηκαν στο SPSS (Statistical Package for the Social Sciences 25th Edition). Σε πρώτη φάση, υλοποιήθηκε έλεγχος για ακραίες τιμές, όπως επίσης και για ελλειπούσες τιμές. Διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν ελλειπούσες τιμές. Όσον αφορά τις ακραίες τιμές, βρέθηκε μια ακραία τιμή στο συνολικό βαθμό του ερωτηματολογίου BCOS, με βαθμολογία 20, πολύ χαμηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με το υπόλοιπο δείγμα. Παρόμοια, στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας διεκδικητικότητας υπήρχε ένας συμμετέχοντας με υπερβολικά χαμηλή βαθμολογία σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα. Συγκεκριμένα, η βαθμολογία του ήταν -50 κάτι που αποτελούσε εξαίρεση για το συγκεκριμένο δείγμα. Τέλος, στην κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης, υπήρχε ένας συμμετέχοντας με υπερβολικά χαμηλή βαθμολογία σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα. Συγκεκριμένα, η βαθμολογία του ήταν 39, αποτελώντας εξαίρεση για το δείγμα της παρούσας έρευνας.

Αρχικά, διενεργήθηκαν κάποιες αναλύσεις στα ψυχομετρικά εργαλεία της έρευνας για τη διαπίστωση της αξιοπιστίας τους. Για τον έλεγχο αξιοπιστίας έγινε χρήση του συντελεστή Cronbach's α. Προϋπόθεση για αποδεκτή αξιοπιστία ήταν ο συντελεστής άλφα να είναι μεγαλύτερος του .60 (α >.60).

Στη συνέχεια, για τη διερεύνηση των πρώτων τεσσάρων υποθέσεων διενεργήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης «Pearson's r». Η ανάλυση αυτή διερευνά το κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις τιμές δύο ή περισσότερων μεταβλητών. Όσον αφορά την πέμπτη υπόθεση διενεργήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης για να διερευνηθεί το κατά πόσο η γνωστική ενσυναίσθηση προβλέπει το άγχος και την κατάθλιψη στους άτυπους φροντιστές. Επίσης, για τη διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στις μεταβλητές αυτές, διενεργήθηκε πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA). Τέλος, όπου χρειάστηκε, διενεργήθηκε ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με τη μέθοδο LSD (post-hoc tests) για να φανεί πού προκύπτουν οι ενδεδειγμένες στατιστικές σημαντικές διαφορές.

Κεφάλαιο 3

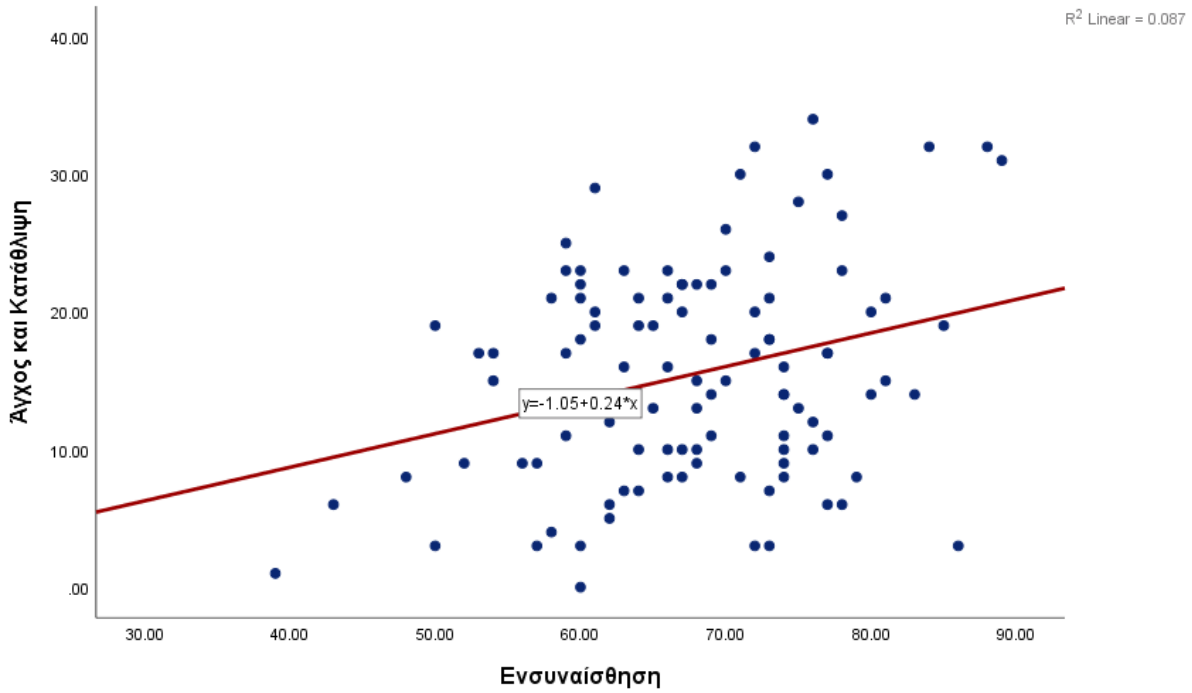
Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει κατά σειρά η παρουσίαση των αποτελεσμάτων για τις έξι υποθέσεις της έρευνας.

3. Αποτελέσματα

Σχετικά με την πρώτη υπόθεση, αναμενόταν ότι θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και την ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη, όπου αναμενόταν ότι αύξηση σε αυτές τις δύο μεταβλητές θα συνδέεται με μείωση του άγχους και της κατάθλιψης των φροντιστών. Ωστόσο, η υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε. Αντίθετα, διενεργώντας ανάλυση συσχέτισης «Pearson's r» βρέθηκε να υπάρχει αδύναμη στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών όπου $r = .29$, $N = 107$, $p < 0.01$, two-tailed. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ενσυναίσθηση, αυξάνεται και το άγχος και η κατάθλιψη των φροντιστών όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1. Παρατηρώντας το Διάγραμμα 1, είναι ξεκάθαρο ότι τα δεδομένα είναι καλά κατανεμημένα γύρω από τη γραμμή παλινδρόμησης, επιδεικνύοντας έτσι τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 0.09% της ποικιλότητας εξηγεί αυτή τη συσχέτιση, κάτι που δείχνει μικρή επίδραση των αποτελεσμάτων. Το παρόν εύρημα δείχνει τη σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών και αποδεικνύουν ότι είναι δύο έννοιες αλληλοεξαρτώμενες καθώς αύξηση στη μια συνδέεται με αύξηση στην άλλη.

Από την άλλη δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών όπου $r = .04$, $N = 107$, $p > 0.05$, two-tailed. Επομένως, παρότι η ενσυναίσθηση φαίνεται να σχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών, εντούτοις δε συμβαίνει το ίδιο και με τη διεκδικητικότητα.

Συνεπώς, η πρώτη υπόθεση καταρρίπτεται πλήρως, καθώς σε αντίθεση με τις προβλέψεις υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών, πράγμα που σημαίνει ότι όσο περισσότερη ενσυναίσθηση εκφράζουν οι άτυποι φροντιστές τόσο μεγαλύτερο είναι το άγχος και η κατάθλιψή τους. Επιπρόσθετα, καταρρίφθηκε το δεύτερο σκέλος της υπόθεσης καθώς η διεκδικητικότητα δε φάνηκε να σχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών.

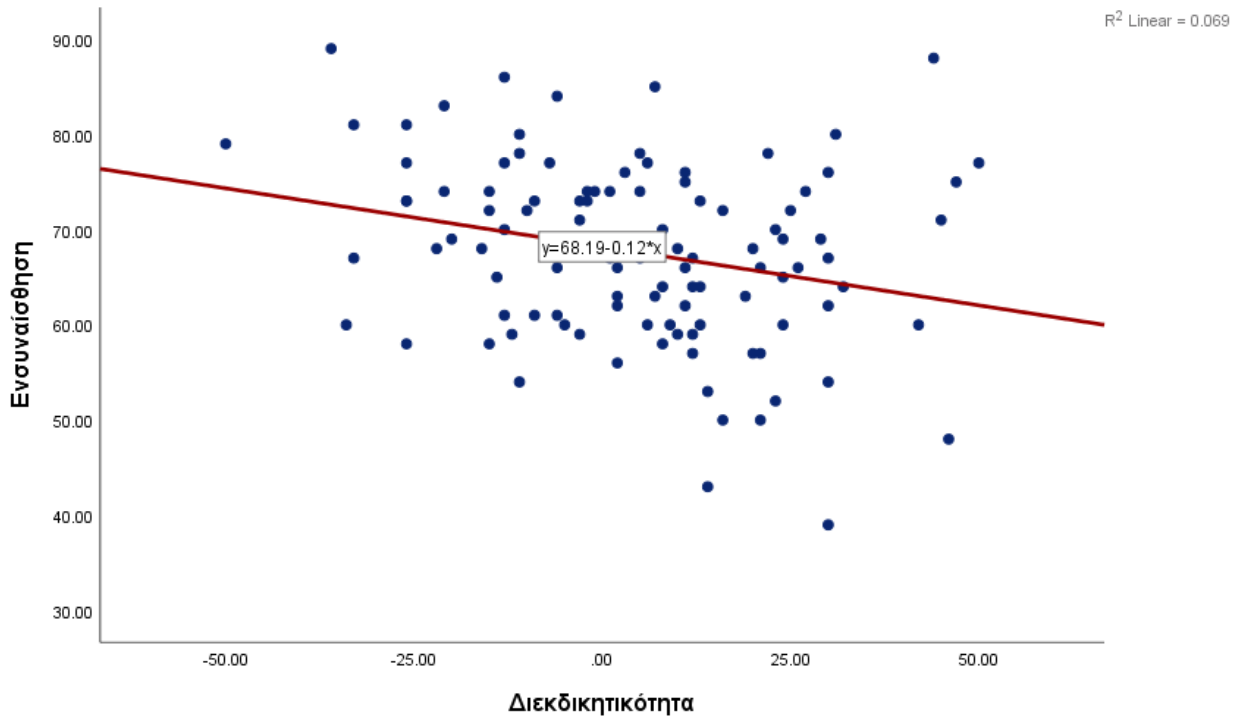


Διάγραμμα 1. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη

Σχετικά με τη δεύτερη υπόθεση, την πρόβλεψη, δηλαδή ότι θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα και την επίδραση της φροντίδας, δεν επιβεβαιώνεται, καθώς, μετά από ανάλυση συσχέτισης «Pearson's r», η ενσυναίσθηση και η διεκδικητικότητα δεν έχουν κάποια σημαντική συσχέτιση με την επίδραση της φροντίδας. Σχετικά με τη σχέση της διεκδικητικότητας με την επίδραση της φροντίδας βρέθηκε ότι r = -.01, N = 107, p = .96, two-tailed, ενώ για τη σχέση της ενσυναίσθησης με την επίδραση της φροντίδας βρέθηκε ότι r = -.05, N = 107, p = .64, two-tailed. Επομένως, δεν φαίνεται ότι αύξηση ή μείωση της ενσυναίσθησης και τη διεκδικητικότητας συνδέονται με αύξηση ή μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα BCOS, που μετρά κατά πόσο η φροντίδα έχει θετικές ή αρνητικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών. Συνεπώς, η δεύτερη υπόθεση καταρρίπτεται, αφού η διεκδικητικότητα και η ενσυναίσθηση δεν έχουν κάποια σχέση με την επίδραση της φροντίδας και το κατά πόσο αυτή μπορεί να είναι θετική ή αρνητική.

Σχετικά με την τρίτη υπόθεση, ότι η ενσυναίσθηση και η διεκδικητικότητα θα έχουν θετική συσχέτιση δεν επιβεβαιώθηκε. Αντίθετα, η ανάλυση συσχέτισης «Pearson's r» έδειξε αδύναμη στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα, όπου r = -.26, N = 107, p < 0.01, two-tailed. Συνεπώς, το παρόν εύρημα

είναι αντίθετο με τις προβλέψεις της παρούσας μελέτης καθώς βρέθηκε ότι αύξηση της ενσυναίσθησης συνδέεται με μείωση της διεκδικητικότητας όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.



Διάγραμμα 2. Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα

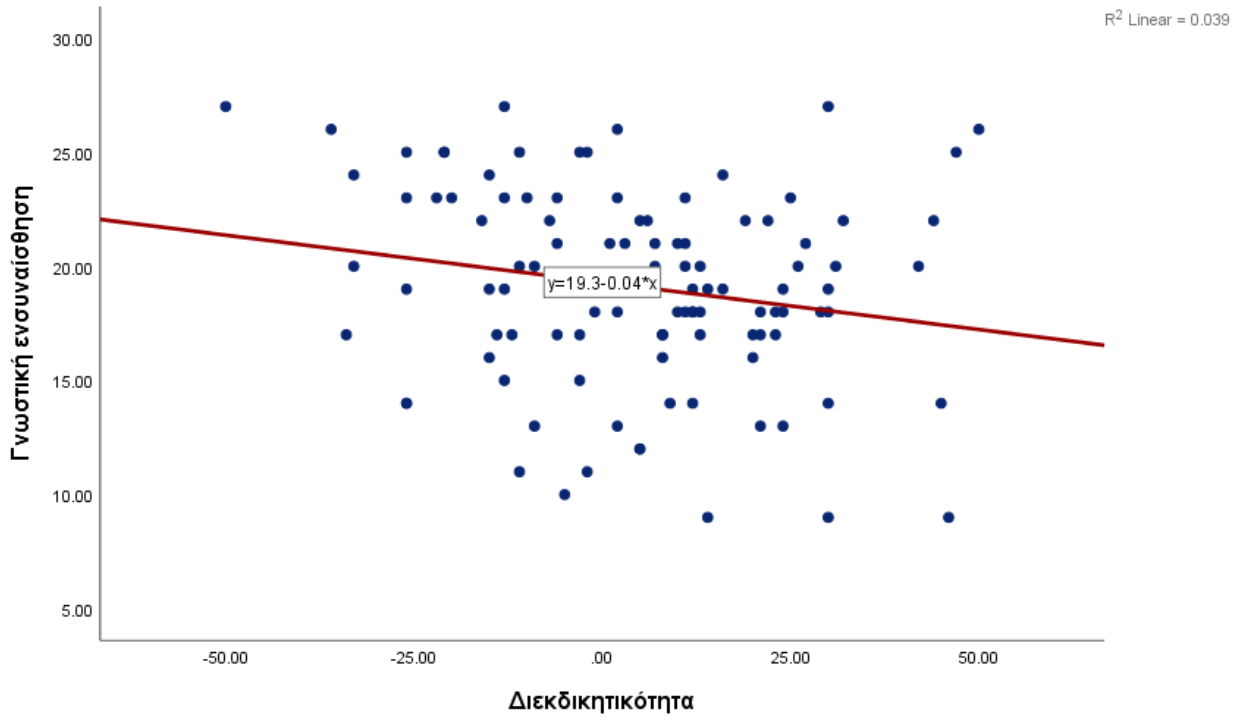
Σχετικά με την τέταρτη υπόθεση, ότι οι υποκλίμακες της ενσυναίσθησης θα έχουν κάποια συσχέτιση με τη διεκδικητικότητα, την επίδραση της φροντίδας και το άγχος και την κατάθλιψη φαίνεται να επιβεβαιώνεται καθώς υπήρξαν κάποιες συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές αυτές. Συγκεκριμένα, μετά από διεξαγωγή ανάλυσης συσχέτισης «Pearson's r», βρέθηκε να υπάρχει αδύναμη αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη γνωστική ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα (r = -.20, N = 107, $p < 0.01$) (βλ. Διάγραμμα 3). Με άλλα λόγια, οποιαδήποτε αύξηση γνωστικής ενσυναίσθησης συνδέεται με μείωση της διεκδικητικότητας.

Σχετικά με την ενσυναισθητική ανησυχία, βρέθηκε να έχει αδύναμη αρνητική συσχέτιση με την επίδραση της φροντίδας (r = -.26, N = 107, $p < 0.01$) (βλ. Διάγραμμα 4). Συνεπώς, αύξηση της ενσυναισθητικής ανησυχίας συνεπάγεται με μειωμένη βαθμολογία στην κλίμακα επίδρασης της φροντίδας, όπου η μειωμένη βαθμολογία στην κλίμακα αυτή συνεπάγεται με αυξημένες αρνητικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου.

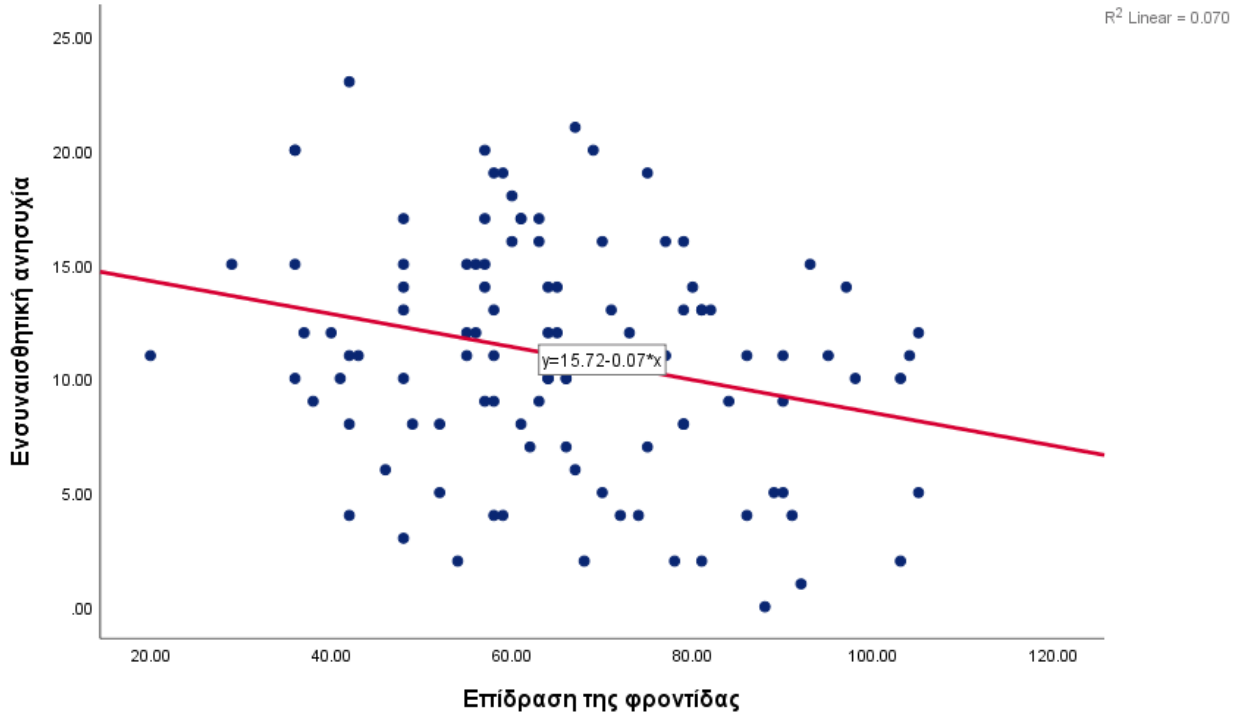
Επίσης, βρέθηκε να υπάρχει αδύναμη θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναισθητική ανησυχία και το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών (r = .39, N = 107, p < 0.01)(βλ. Διάγραμμα 5). Το εύρημα αυτό σημαίνει ότι αύξηση στη ενσυναισθητική ανησυχία συνεπάγεται με περισσότερο άγχος και κατάθλιψη στους φροντιστές.

Επιπλέον, βρέθηκε να υπάρχει αδύναμη αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην επίδραση της φροντίδας και το άγχος και την κατάθλιψη από την παροχή φροντίδας (r = -.45, N = 107, p < 0.01) (βλ. Διάγραμμα 6). Συνεπώς, αύξηση στο άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών συνεπάγεται με χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα επίδρασης της φροντίδας. Επομένως, αύξηση στο άγχος και την κατάθλιψη συνεπάγεται με περισσότερες αρνητικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου. Αντίστοιχα, όσο μεγαλύτερες είναι οι αρνητικές συνέπειες στη ζωή των φροντιστών τόσο περισσότερο αυξάνεται το άγχος και η κατάθλιψή τους.

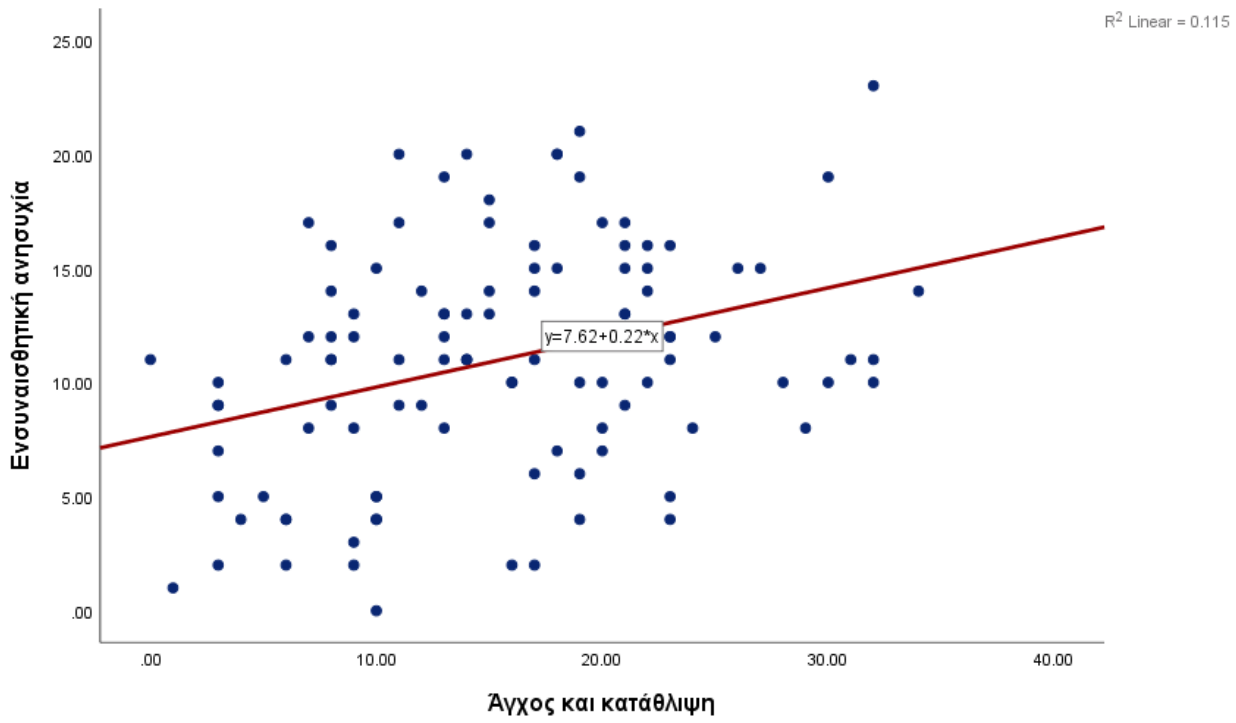
Από την άλλη, δε βρέθηκε να υπάρχει κάποια συσχέτιση ανάμεσα στη γνωστική ενσυναίσθηση και τις μεταβλητες επίδραση της φροντίδας και άγχος και κατάθλιψη. Επιπλέον, δε βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στη φανταστική ενσυναίσθηση το άγχος και την κατάθλιψη, την επίδραση της φροντίδας και τη διεκδικητικότητα. Ακόμα, η ενσυναισθητική ανησυχία δε βρέθηκε να έχει κάποια συσχέτιση με την επίδραση της φροντίδας, το άγχος και την κατάθλιψη και τη διεκδικητικότητα. Τέλος, η σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση βρέθηκε να μην έχει συσχέτιση με τη διεκδικητικότητα, όπως επίσης η επίδραση της φροντίδας δεν είχε κάποια συσχέτιση με τη διεκδικητικότητα. Οι παραπάνω συσχετίσεις φαίνονται στον Πίνακα 3.



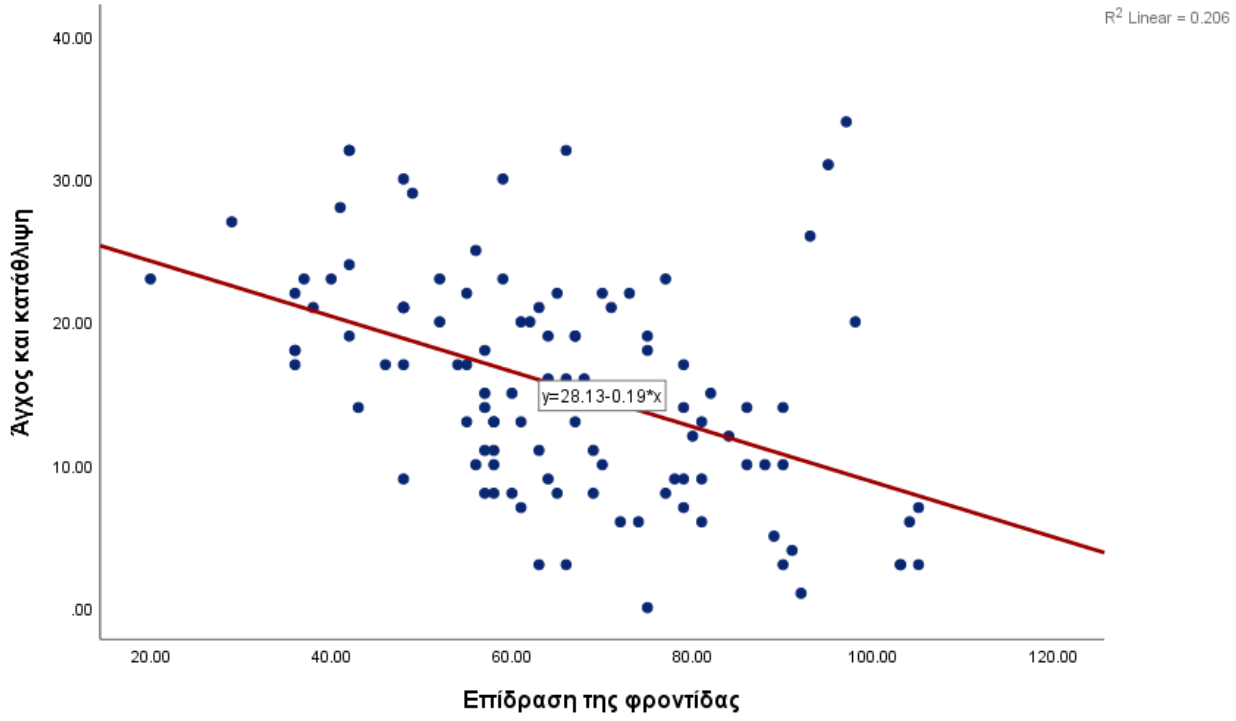
Διάγραμμα 3. Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη Διεκδικητικότητα και τη γνωστική ενσυναίσθηση



Διάγραμμα 4. Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην επίδραση της φροντίδας και την ενσυναισθητική ανησυχία



Διάγραμμα 5. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη και την ενσυναισθητική ανησυχία



Διάγραμμα 6. Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην επίδραση της φροντίδας και το άγχος και την κατάθλιψη

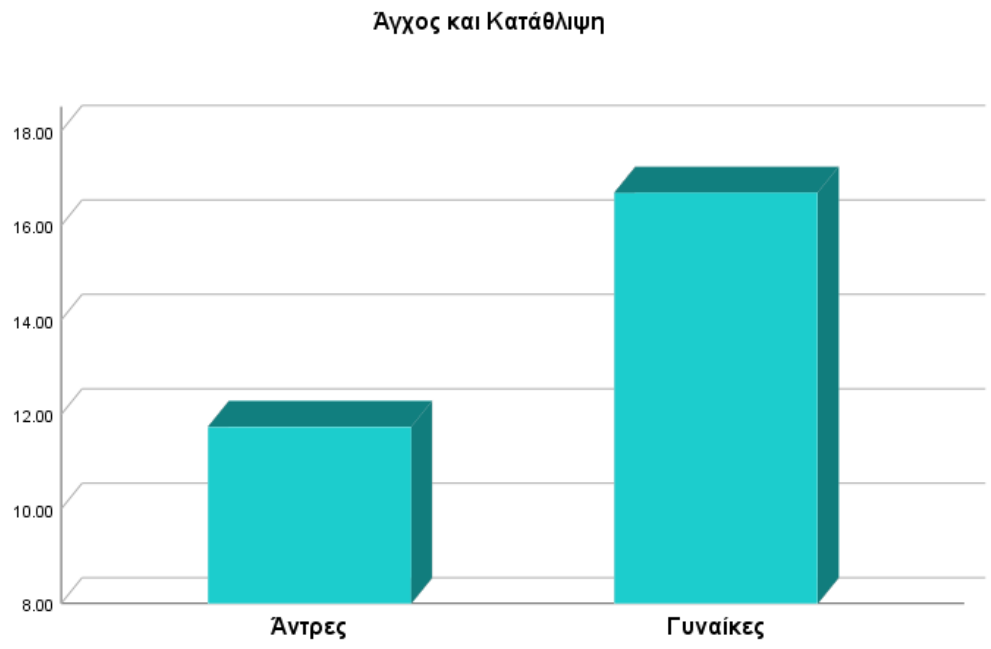
Πίνακας 3. Συσχετίσεις Pearson's r ανάμεσα στις υποκλίμακες της ενσυναίσθησης, την επίδραση της φροντίδας, το άγχος και την κατάθλιψη και τη διεκδικητικότητα

	Γνωστική Ενσυναίσθηση	Φανταστική Ενσυναίσθηση	Ενσυναισθητική ανησυχία	Σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση	Επίδραση της φροντίδας	Άγχος και κατάθλιψη	Διεκδικητικότητα
Γνωστική Ενσυναίσθηση							
Φανταστική Ενσυναίσθηση	.18						
Σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση	.43**	.43					
Ενσυναισθητική ανησυχία	.25**	-.02	.08				
Επίδραση Φροντίδας	.16	.17	.07	-.05			
Άγχος και κατάθλιψη	.07	.14	.03	-.01	-.45**		
Διεκδικητικότητα	.2	-.15	-.09	.05	-.01	-.04	

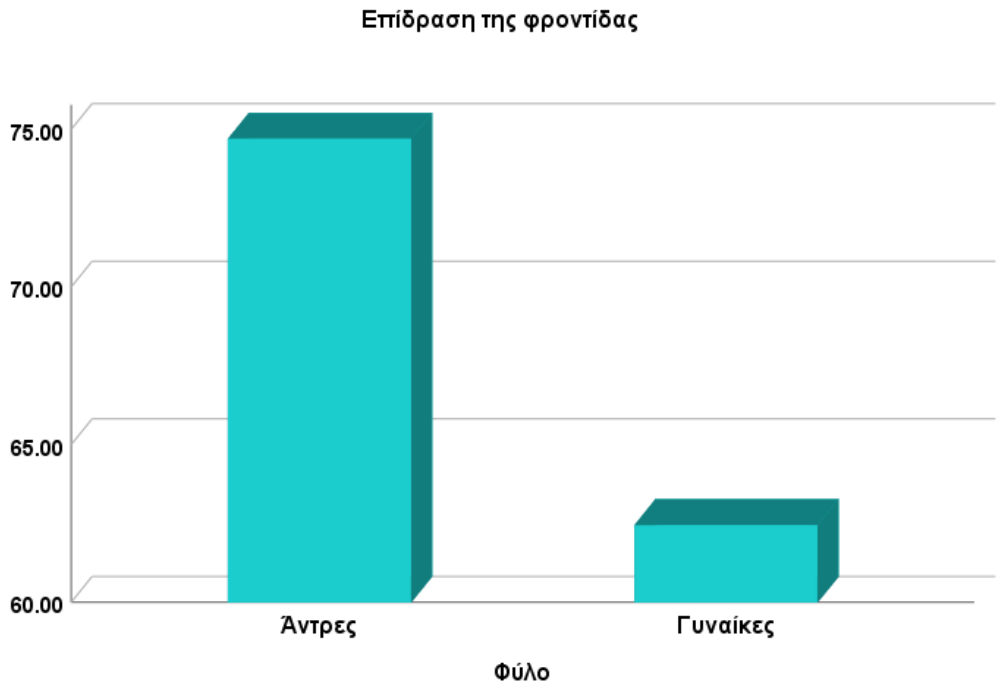
Σημειώσεις. $N = 107$, *****$p < .05$, ******$p < .01$, ***** $p < .001$

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες και την πέμπτη υπόθεση της παρούσας έρευνας, η γνωστική ενσυναίσθηση επρόκειτο να είναι συνδεδεμένη με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Για τη διερεύνηση αυτής της υπόθεσης διενεργήθηκε παλινδρόμηση, η οποία δεν κατέδειξε κάποια στατιστική σημαντικότητα. Με άλλα λόγια, το άγχος και η κατάθλιψη των φροντιστών δεν μπορεί να προβλεφθεί με βάση τον βαθμό γνωστικής ενσυναίσθησης που έχουν. Σε αντίστοιχη ανάλυση παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή την υποκλίμακα «κατάθλιψη», στην προσπάθεια να γίνει περαιτέρω έλεγχος συγκριτικά με προηγούμενα αντίστοιχα ευρήματα, δε φάνηκε να υπάρχει κάποια στατιστική σημαντική πρόβλεψη της γνωστικής ενσυναίσθησης στην κατάθλιψη.

Σχετικά με την έκτη υπόθεση, ότι θα υπάρξουν κάποιες επιδράσεις των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, διενεργήθηκαν μια σειρά από πολλαπλές αναλύσεις διακύμανσης. Όσον αφορά την επίδραση του φύλου στην ενσυναίσθηση, τη διεκδικητικότητα, το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Φάνηκε να υπάρχει αδύναμη (small effect size) στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στο άγχος και την κατάθλιψη όπου οι άντρες (M = 11.74, $T.A.$ = 6.6) είχαν στατιστικά σημαντικά μικρότερο άγχος και κατάθλιψη από τις γυναίκες (M = 16.7, $T.A.$ = 7.9), όπου F (1, 107) = 8.59, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.8$ (βλ. Διάγραμμα 7). Επίσης, φάνηκε να υπάρχει αδύναμη στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στην επίδραση της φροντίδας καθώς οι άντρες (M = 74.7, $T.A.$ = 15.12) είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα BCOS από τις γυναίκες (M = 62.45, $T.A.$ = 18.56), όπου F (1, 107) = 9.6, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.08$ (βλ. Διάγραμμα 8). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε άντρες και γυναίκες η επίδραση της φροντίδας είχε θετικό πρόσημο, καθώς και για τις δύο κατηγορίες φύλου οι μέσοι όροι ήταν μεγαλύτεροι του 60 (M>60). Συνεπώς, το παρόν εύρημα υποδηλώνει ότι οι άντρες είχαν στατιστικά σημαντικά περισσότερες θετικές επιδράσεις στη ζωή τους ως αποτέλεσμα της ανάληψης φροντιστικού ρόλου σε σχέση με τις γυναίκες. Από την άλλη, δε φάνηκε να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες σε ενσυναίσθηση και διεκδικητικότητα.



Διάγραμμα 7. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε συνάρτηση φύλου



Διάγραμμα 8. Η επίδραση της φροντίδας σε συνάρτηση φύλου

Η πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης (Multivariate Analysis of Variance) για τη διερεύνηση της επίδρασης του κατά πόσο επηρεάζει το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας το αν έχουν ή όχι βοήθεια από κάποιον στην παροχή φροντίδας, δεν έδειξε κάποια στατιστική σημαντική επίδραση. Επομένως, το κατά πόσο ένας φροντιστής έχει βοήθεια στην παροχή φροντίδας δε φαίνεται να επηρεάζει την επίδραση της φροντίδας ή το άγχος και την κατάθλιψή που έχει.

Παρόμοια, με ανεξάρτητη μεταβλητή το χώρο παροχής φροντίδας, το κατά πόσο, δηλαδή, η φροντίδα παρέχεται στο σπίτι του ασθενούς ή του φροντιστή, ή σε κάποιο νοσοκομείο ή γηροκομείο, δε φάνηκε να επηρεάζει το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Αντίστοιχα, στη διενέργεια της ίδιας ανάλυσης με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία των συμμετεχόντων, αυτή δε βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην ενσυναίσθηση, τη διεκδικητικότητα, την επίδραση της φροντίδας και το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών.

Σε αντίστοιχη ανάλυση πολλαπλής διακύμανσης με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τύπο της ασθένειας, δε φάνηκε αυτή να επηρεάζει το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Με άλλα λόγια, το κατά πόσο ένας φροντιστής παρέχει υπηρεσίες φροντίδας σε κάποιον καρκινοπαθή, ηλικιωμένο, άτομο με άνοια ή άτομο που νοσεί από κάποια άλλη ασθένεια δεν επηρεάζει τις συνέπειες στη ζωή του εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου και το άγχος και την κατάθλιψη που θα έχει.

Επιπρόσθετα, σε διεξαγωγή της ίδιας ανάλυσης, με ανεξάρτητη μεταβλητή τη χώρα καταγωγής των φροντιστών, δε φάνηκε αυτή να επηρεάζει την ενσυναίσθηση, τη διεκδικητικότητα, το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας το κατά πόσο οι φροντιστές κατάγονται από την Ελλάδα ή την Κύπρο.

Ακόμα, το κατά πόσο ένας φροντιστής είναι άνεργος, άεργος, απασχολείται πλήρως ή μερικώς, είναι φοιτητής ή είναι συνταξιούχος δεν επηρεάζει την επίδραση της φροντίδας και το άγχος και την κατάθλιψή του. Αντίστοιχα, δε φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στο άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Επομένως, παρότι το δείγμα της παρούσας έρευνας είχε άτυπους φροντιστές με μισθό κάτω από 500 ευρώ και άλλους με μισθό περισσότερο από 2500, εντούτοις δε φάνηκε αυτό να επηρεάζει το άγχος και την κατάθλιψη και τις συνέπειες στη ζωή τους εξαιτίας της

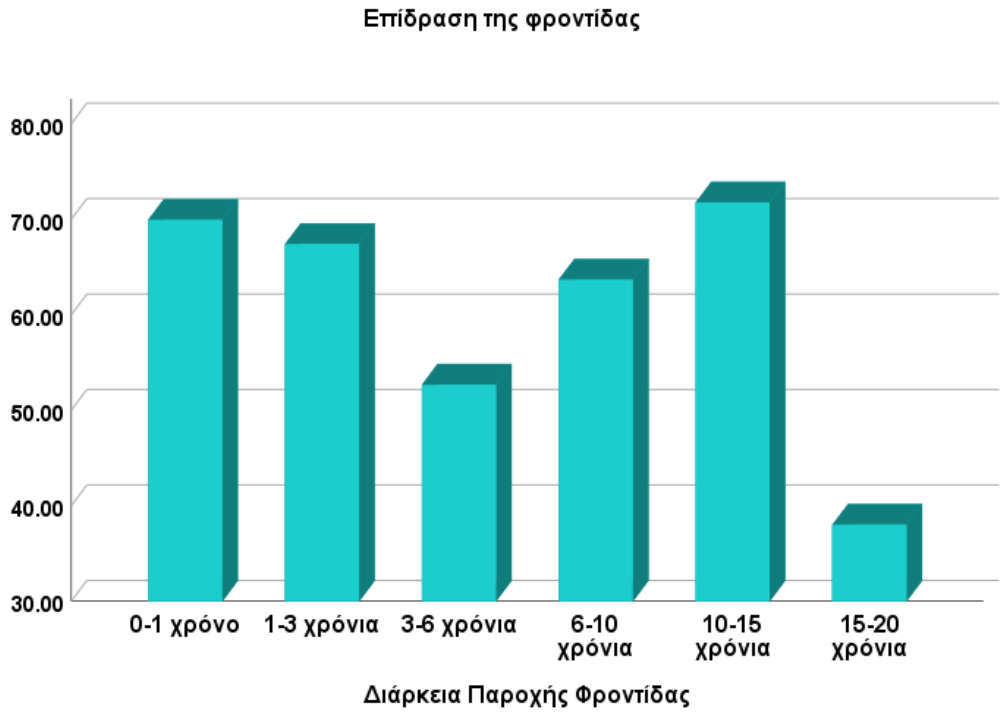
ανάληψης φροντιστικού ρόλου. Επιπρόσθετα, δε φάνηκε να επηρεάζει την επίδραση της φροντίδας και το άγχος και την κατάθλιψη η οικογενειακή κατάσταση των φροντιστών.

Όσον αφορά την πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης με ανεξάρτητη μεταβλητή τη διάρκεια παροχής φροντίδας σε έτη, φάνηκε να υπάρχει αδύναμη στατιστικά σημαντική επίδραση της διάρκειας παροχής φροντίδας στην επίδραση της φροντίδας, όπου F (5, 101) = 2.87, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.13$. Εφόσον υπήρχε στατιστικά σημαντική επίδραση, χρειάστηκε να γίνουν περαιτέρω αναλύσεις για να φανεί από πού προκύπτει αυτή η επίδραση. Για τον λόγο αυτό διενεργήθηκε ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με τη μέθοδο LSD. Προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που έχουν ρόλο φροντιστή για διάστημα μικρότερο του ενός χρόνου (M = 69.94, TA = 18.77), οι οποίοι είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία επίδραση της φροντίδας σε σχέση με αυτούς που είναι φροντιστές εδώ και 3 με 6 χρόνια (M = 52.67, TA = 14.2), όπου $p < .01$. Επίσης, αυτοί που φροντίζουν για διάστημα λιγότερο του ενός χρόνου έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία επίδραση της φροντίδας σε σχέση με αυτούς που φροντίζουν για 15-20 χρόνια (M = 38, TA = 2.83).

Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι αυτοί που φροντίζουν για διάστημα 1-3 έτη (M = 67.41, TA = 16.64) έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα επίδρασης της φροντίδας σε σχέση με αυτούς που είναι φροντιστές τα τελευταία 3-6 έτη (M = 52.67, TA = 14.2) και σε σχέση με αυτούς που είναι φροντιστές εδώ και 15-20 έτη (M = 38, TA = 2.83), όπου $p< .05$. Τέλος, φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που φροντίζουν εδώ και 10-15 χρόνια (M = 71.75, TA = 26), όπου είχαν υψηλότερη βαθμολογία επίδρασης της φροντίδας σε σχέση με αυτούς που είναι φροντιστές τα τελευταία 15-20 χρόνια (M = 38, TA = 2.83), όπου $p < .05$. Οι παραπάνω στατιστικές διαφορές είναι εμφανείς στο Διάγραμμα 11.

Τα παραπάνω ευρήματα σε σχέση με τη διάρκεια παροχής φροντίδας και την επίδραση της φροντίδας σημαίνουν ότι αυτοί που φροντίζουν εδώ και 15-20 χρόνια και αυτοί που φροντίζουν τα τελευταία 3-6 χρόνια έχουν περισσότερες αρνητικές συνέπειες σε σχέση με αυτούς που φροντίζουν για διάστημα μικρότερο του ενός έτους και σε σχέση με αυτούς που φροντίζουν για διάστημα 1-3 έτη. Τέλος, αυτοί που έχουν φροντιστικό ρόλο τα τελευταία 10-15 χρόνια φαίνεται να έχουν κάποιες θετικές συνέπειες στη ζωή τους από τη φροντίδα, σε σχέση με αυτούς που είναι φροντιστές τα τελευταία 15-20 χρόνια. που η φροντίδα επηρεάζει τη ζωή τους αρνητικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 11, οι κατηγορίες των

φροντιστών που φροντίζουν για 0-1 χρόνια, 1-3 χρόνια, 3-6 χρόνια και 10-15 χρόνια έχουν βαθμολογία στην κλίμακα BCOS μεγαλύτερη του 60, κάτι που υποδεικνύει ότι η ανάληψη φροντιστικού ρόλου έφερε θετικά αποτελέσματα στη ζωή τους. Δηλαδή, μόνο ένα μικρό μέρος του δείγματος της παρούσας μελέτης ανέφερε ότι η ανάληψη φροντιστικού ρόλου επέφερε σημαντικές συνέπειες στη ζωή του και συγκεκριμένα αυτοί που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας για 3-6 και 15-20 χρόνια. Ωστόσο, μόνο στην κατηγορία των 15-20 ετών φάνηκε η φροντίδα να επιφέρει σημαντικές αρνητικές συνέπειες (*M* = 38, *TA* = 2.83).



Διάγραμμα 9. Ο ρόλος της διάρκειας παροχής φροντίδας στην επίδραση της φροντίδας

Κεφάλαιο 4

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά προηγούμενων ερευνών. Επίσης, θα δοθούν ερμηνείες για τα αποτελέσματα. Στη συνέχεια θα συζητηθούν οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης, τα πλεονεκτήματά της, ενώ θα γίνουν προτάσεις για μελλοντικές έρευνες στο χώρο της άτυπης φροντίδας.

4.1. Συζήτηση

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα των αναλύσεων έδειξαν σχετικά με την πρώτη υπόθεση, που αφορούσε τη σύνδεση της διεκδικητικότητας και της ενσυναίσθησης με το άγχος και την κατάθλιψη, ότι η διεκδικητικότητα δεν έχει κάποια σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών. Έπειτα, όσον αφορά την ενσυναίσθηση, αντίθετα με τις προβλέψεις, φάνηκε να συσχετίζεται θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη, όπου περισσότερη ενσυναίσθηση βρέθηκε να συνδέεται με περισσότερο άγχος και κατάθλιψη. Ακολούθως, όσον αφορά τη δεύτερη υπόθεση, ότι η ενσυναίσθηση και η διεκδικητικότητα συνδέονται αρνητικά με την επίδραση της φροντίδας, καταρρίφθηκε, καθώς οι έννοιες αυτές δε φάνηκε να έχουν κάποια σύνδεση με το κατά πόσο η επίδραση της φροντίδας θα είναι θετική ή αρνητική για τους φροντιστές. Ενδιαφέρον αποτελεί το εύρημα σχετικά με την τρίτη υπόθεση, όπου έγινε πρόβλεψη ότι η αύξηση της ενσυναίσθησης θα συνδέεται με αύξηση της διεκδικητικότητας. Αντίθετα, με την πρόβλεψη, μετά από ανάλυση συσχέτισης, φάνηκε ότι η σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα είναι αρνητική, που σημαίνει ότι όσο περισσότερη ενσυναίσθηση έχει ένας φροντιστής, τόσο λιγότερο εφαρμόζει διεκδικητικές συμπεριφορές. Η τέταρτη υπόθεση, που αφορούσε τη σύνδεση των υποκλιμάκων της ενσυναίσθησης με τη διεκδικητικότητα, το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας, επιβεβαιώθηκε καθώς υπήρξαν κάποιες συσχετίσεις. Κατά πρώτον, βρέθηκε ότι η ενσυναισθητική ανησυχία και η επίδραση της φροντίδας συνδέονται αρνητικά, που σημαίνει ότι όση περισσότερη ενσυναισθητική ανησυχία έχει ένας φροντιστής τόσο πιο αρνητικές θα είναι οι επιδράσεις της ανάληψης φροντιστικού ρόλου στη ζωή του. Ακόμα, βρέθηκε ότι η γνωστική ενσυναίσθηση έχει αρνητική συσχέτιση με τη διεκδικητικότητα, που σημαίνει ότι περισσότερη γνωστική ενσυναίσθηση οδηγεί στην έκφραση λιγότερης διεκδικητικότητας. Επιπρόσθετα, φάνηκε να συνδέεται θετικά η ενσυναισθητική ανησυχία με το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών, όπου περισσότερη ενσυναισθητική ανησυχία συνδέθηκε με περισσότερο άγχος και κατάθλιψη στους φροντιστές.

Τέλος, βρέθηκε να υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Δηλαδή, βρέθηκε ότι όσο περισσότερο άγχος και κατάθλιψη έχει ένας φροντιστής τόσο πιο πολλές θα είναι οι αρνητικές επιδράσεις της ανάληψης φροντιστικού ρόλου στη ζωή του.

Σχετικά με την πέμπτη υπόθεση, μετά από ανάλυση παλινδρόμησης που διενεργήθηκε, δεν επιβεβαιώθηκε, καθώς η γνωστική ενσυναίσθηση δε βρέθηκε να προβλέπει το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών. Όσον αφορά την έκτη υπόθεση που αφορούσε τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των φροντιστών, έγιναν κάποιες αναλύσεις διακύμανσης για να ελεγχθεί η επίδραση αυτών των παραγόντων στο άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το φύλο διαδραματίζει κάποια επίδραση. Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη και περισσότερες θετικές επιδράσεις από τη φροντίδα σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο παράγοντας «διάρκεια απασχόλησης με τη φροντίδα» συνδέεται με την επίδραση της φροντίδας. Ειδικότερα, αυτοί που ασχολούνται με τη φροντίδα για 3-6 και 15-20 χρόνια είχαν σημαντική διαφορά στην επίδραση της φροντίδας σε σχέση με αυτούς που ασχολούνται με αυτή για διάστημα 0-1 έτος, 1-3 έτη και 10-15 έτη. Συγκεκριμένα, η διαφορά αυτών δεν ήταν μόνο στη βαθμολογία αλλά και στις επιδράσεις της φροντίδας καθώς για τις δύο κατηγορίες 3-6 και 15-20 χρόνια ενασχόλησης με τη φροντίδα, υπήρχαν αρνητικές επιδράσεις στη ζωή τους σε σχέση με τα άλλα γκρουπ στα οποία η φροντίδα είχε θετικές επιδράσεις. Στη συνέχεια, θα γίνει πιο εμπεριστατωμένη ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων, ώστε αυτά να συγκριθούν με προϋπάρχουσες έρευνες για τις οποίες έγινε λόγος στην εισαγωγή. Παράλληλα, θα γίνει προσπάθεια επεξήγησης των αποτελεσμάτων μέσα από κάποιες άλλες βιβλιογραφικές αναφορές, ενώ θα δοθούν και κάποιες πιθανές ερμηνείες.

Αρχικά, τα αποτελέσματα σχετικά με την πρώτη υπόθεση αποδεικνύουν ότι η ενσυναίσθηση σχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη. Βρέθηκε ότι τα άτομα με αυξημένη ενσυναίσθηση παρουσιάζουν αυξημένο άγχος και κατάθλιψη. Παράλληλα, δε βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση της διεκδικητικότητας με το άγχος και την κατάθλιψη στους φροντιστές. Τα παραπάνω ευρήματα σχετικά με την ενσυναίσθηση, δεν είναι σε συνέπεια με αυτά προηγούμενων ερευνών καθώς στο παρελθόν διάφοροι ερευνητές αναφέρθηκαν στον ρόλο της ενσυναίσθησης στη μείωση του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Jütten, Mark & Sitskoorn, 2019; Lee και συν., 2001; Sutter και συν., 2014). Συγκεκριμένα, στην έρευνα τους ο

Sutter με τους συνεργάτες του βρήκαν ότι περισσότερη ενσυναίσθηση συνδεόταν με λιγότερη κατάθλιψη, στρες και επιβάρυνση. Στην ίδια έρευνα, μετά από διεξαγωγή ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης βρήκαν ότι η ενσυναίσθηση προέβλεπε μόνο λιγότερο στρες.

Αντίθετα με τα παραπάνω ευρήματα, στην παρούσα μελέτη περισσότερη ενσυναίσθηση συνδέθηκε με περισσότερο άγχος και κατάθλιψη. Το παρόν εύρημα είναι σύμφωνο με προηγούμενα ευρήματα σε έρευνες που έγιναν στο γενικό πληθυσμό και αναφέρουν ότι περισσότερη ενσυναίσθηση βρέθηκε να συνδέεται με περισσότερο φόβο (Olsson και συν., 2016). Σύμφωνα με τον Olsson και τους συνεργάτες, αυτό που συμβαίνει είναι ότι πολλές φορές τα άτομα με ενσυναίσθηση όταν έρχονται σε επαφή με τα προβλήματα των άλλων, καταλήγουν να φοβούνται ότι μπορεί να τους συμβεί κάτι παρόμοιο. Ακόμα, η Shu με τους συνεργάτες της (2017) αναφέρουν ότι υπάρχει αιτιακή σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική ενσυναίσθηση και το άγχος, καθώς αυτοί που μπορούν να κατανοούν καλύτερα τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου, μπορεί να νιώθουν πιο έντονα τα αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο, στην ίδια έρευνα αποδείχτηκε ότι αυτό δεν ισχύει για αρνητικά συναισθήματα όπως ο φόβος ή η αηδία αλλά μόνο για το άγχος. Επομένως, αναφέρουν ότι υπάρχει μια σύνδεση ανάμεσα στο άγχος και την ενσυναίσθηση. Όσον αφορά την κατάθλιψη, το εύρημα της παρούσας μελέτης είναι σε συμφωνία με προηγούμενες πρόσφατες έρευνες που αναφέρουν ότι η συναισθηματική ενσυναίσθηση είναι συνδεδεμένη με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Gambin & Sharp, 2018). Πιθανότατα, η κατανόηση του συναισθηματικού κόσμου του άλλου ατόμου να επιδρά στην κατάσταση του ίδιου του ατόμου που εκφράζει ενσυναίσθηση, κατανοώντας την κατάσταση του άλλου. Στην περίπτωση των φροντιστών, το άλλο άτομο είναι κάποιος που δεν μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του και που είναι εξαρτημένος από τους φροντιστές του. Επομένως, ο λήπτης της φροντίδας είναι κάποιος που βιώνει αρκετά αρνητικά συναισθήματα (Pereira, & Rebelo Botelho, 2011) και είναι φυσικό η ενσυναίσθηση να προκαλεί καταθλιπτικά συμπτώματα στον φροντιστή.

Σχετικά με το εύρημα της παρούσας μελέτης, ότι η διεκδικητικότητα δε συνδέεται με το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών αυτό δεν είναι σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, καθώς αναφέρουν ότι υπήρχε σύνδεση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και την κατάθλιψη (Kogan και συν., 1995; Hersen και συν., 1995) και ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και το άγχος (Ξύδι, 2011). Ωστόσο, είναι πιθανό οι διαφορές να προκύπτουν εξαιτίας της συμμετοχής διαφορετικών πληθυσμών στις παραπάνω έρευνες. Επίσης, διαφορά υπάρχει

ανάμεσα σε αυτό το εύρημα σε σχέση με τα συμπεράσματα της Παπασταύρου και των συνεργατών (2011), που αναφέρουν ότι θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης συνδέονται με μείωση της κατάθλιψης και της εξουθένωσης. Επιπρόσθετα, το παρόν εύρημα δεν βρίσκεται σε συνέπεια με αυτό που προτείνουν ο Moris με τους συνεργάτες του (1988), ότι οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης από τους φροντιστές συνδέονται με μικρότερη συναισθηματική κατάπτωση. Σημειώνεται ότι, σε σχέση με τις παραπάνω μελέτες, είναι η πρώτη φορά που χρησιμοποιείται ο όρος διεκδικητικότητα. Επομένως, παρότι προηγούμενες μελέτες αναφέρουν επιδράσεις κάποιων σχετικών παραγόντων και εννοιών στη ψυχολογία των φροντιστών, η έννοια της διεκδικητικότητας δεν επηρεάζει το άγχος και την κατάθλιψή τους. Ο διεκδικητικός φροντιστής για να εκφραστεί με διεκδικητικό τρόπο χρειάζεται να είναι σε επαφή με την πραγματικότητα και να γνωρίζει τι του συμβαίνει και τι θέλει να πετύχει. Επομένως, μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι ακόμα κι αν καταφέρει να κερδίσει πράγματα με τη διεκδικητικότητά του, η ικανοποίηση που λαμβάνει δε μειώνει το άγχος και την κατάθλιψή του.

Στη συνέχεια, σχετικά με το εύρημα που αφορούσε τη δεύτερη υπόθεση της έρευνας, δεν επιβεβαιώθηκε, καθώς δε βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση, τη διεκδικητικότητα και την επίδραση της φροντίδας. Επομένως, όσον αφορά τη διεκδικητικότητα, παρότι στη βιβλιογραφία φάνηκε να έχουν σημαντικό ρόλο οι ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης ως προστατευτικός παράγοντας (Παπασταύρου και συν, 2012), η διεκδικητικότητα δε φάνηκε να έχει επίδραση στη φροντίδα. Επίσης, αναφέρθηκε ότι δυσκολεύει τη σχέση φροντιστή-ασθενή η παθητικότητα, η παθητική-επιθετικότητα και η επιθετικότητα (Alberty & Emmons, 2017; Bourne, 1990), θα περίμενε κανείς ότι η εφαρμογή διεκδικητικής συμπεριφοράς θα βελτίωνε τη σχέση τους. Ωστόσο, αποδείχτηκε ότι άσχετα με την εφαρμογή ή όχι διεκδικητικών συμπεριφορών από πλευράς φροντιστή, η επίδραση της φροντίδας δεν μεταβάλλεται, ακόμα κι αν η σχέση τους βελτιωθει. Αυτό εξηγείται από την συνείδηση του διεκδικητικού φροντιστή ότι η κατάσταση στην οποία βρίσκεται δεν πρόκειται να μεταβληθεί.

Αντίστοιχα, σχετικά με την ενσυναίσθηση, παρότι υπάρχουν ερευνητικές ενδείξεις, ότι θα μπορούσε να συνδέεται με θετικές επιδράσεις της φροντίδας, αυτό δε φάνηκε να είναι το αποτέλεσμα στην παρούσα μελέτη. Οι ενδείξεις αυτές αφορούν την σύνδεση της ενσυναίσθησης με παροχή ποιοτικότερης φροντίδας (Panyavin και συν., 2015) και ως εκ τούτου την καλύτερη ψυχολογική ευεξία των φροντιστών (Hattink και συν., 2015). Παρόλα αυτά, φάνηκε ότι ακόμα

κι αν ένας άτυπος φροντιστής έχει περισσότερη ενσυναίσθηση, (με αποτέλεσμα να είναι πιο επαρκής στο φροντιστικό ρόλο και κατά συνέπεια να αισθάνεται πιο αποτελεσματικός) αυτό δε φαίνεται να σχετίζεται με τις επιδράσεις της φροντίδας στη ζωή του. Μια πιθανή ερμηνεία του παρόντος ευρήματος, είναι ότι ακόμα κι αν οι φροντιστές εκφράζουν περισσότερη ή λιγότερη ενσυναίσθηση, η επίδραση που έχει η φροντίδα σε αυτούς παραμένει η ίδια εξαιτίας του ότι άλλοι παράγοντες όπως η έλλειψη χρόνου και η έλλειψη κοινωνικών επαφών παραμένουν σταθεροί.

Η επόμενη υπόθεση, που διερευνήθηκε στην παρούσα μελέτη, αφορούσε τη σχέση ανάμεσα σε διεκδικητικότητα και ενσυναίσθηση. Αυτή φάνηκε να είναι αρνητική, υποδηλώνοντας ότι αν κάποιος έχει περισσότερη ενσυναίσθηση, αυτό τον δυσκολεύει στην εφαρμογή διεκδικητικών συμπεριφορών. Αντίστοιχα, κάποιος με περισσότερη διεκδικητικότητα δυσκολεύεται στην έκφραση ενσυναίσθησης. Σε αντίθεση με προηγούμενα ευρήματα, που αναφέρονται σε αρμονική συνύπαρξη των δύο αυτών εννοιών, φαίνεται με το παρόν εύρημα ότι η συνύπαρξη αυτή δεν είναι αρμονική. Αυτό που αναφέρουν κάποιοι θεωρητικοί είναι ότι οι έννοιες αυτές, μέχρι ενός σημείου, αλληλοεπικαλύπτονται. Συγκεκριμένα, σχετικά με τη διεκδικητικότητα αναφέρουν ότι ένας καλός διαπραγματευτής χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα και τις θέσεις του άλλου, κάτι που αποτελεί χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης (Mnookin, Peppet & Tulumello, 1996). Επίσης αναφέρουν ότι, εφόσον ένας ο οποίος έχει ανεπτυγμένη ικανότητα ενσυναίσθησης διευκολύνει τις συζητήσεις στις οποίες συμμετέχει, αποφεύγοντας τους διαπληκτισμούς και τις διαφωνίες. Επομένως, θα έπρεπε ενσυναίσθηση και διεκδικητικότητα να συνυπάρχουν (Mnookin, Peppet & Tulumello, 1996). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με το εύρημα της παρούσας μελέτης φάνηκε ότι συμβαίνει το ανάποδο. Δηλαδή, μπορεί η αυξημένη ενσυναίσθηση να οδηγεί το άτομο στη δυσκολία έκφρασης των δικών του επιθυμιών (Grover, 1993). Συνεπώς, πιθανότατα, όταν κάποιος μπορεί να κατανοήσει επαρκώς τις σκέψεις και τα συναισθήματα του άλλου, μπορεί να δυσκολεύεται να κρατήσει μια διεκδικητική στάση, εκφράζοντας τα δικά του θέλω. Παρόμοια, κάποιος που κρατάει μια διεκδικητική στάση, πιθανότατα λόγω της ανάγκης για έκφραση των δικών του σκέψεων και συναισθημάτων, να εφαρμόζει αναγκαστικά λιγότερη ενσυναίσθηση (Grover, 1993).

Μια άλλη ερμηνεία αναφέρεται στη διαφορά ανάμεσα στις δύο έννοιες. Είναι διαφορετικό να κατανοεί κανείς τον δέκτη, να έχει δηλαδή αυξημένη ενσυναίσθηση, και διαφορετικό να αρθρώνει και να υποστηρίζει τα θέλω του, δηλαδή να εκφράζει διεκδικητικότητα

(Mnookin, Peppet & Tulumello, 1996). Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να δοθεί ακόμα μια ερμηνεία για την αρνητική σχέση της διεκδικητικότητας με την ενσυναίσθηση. Σύμφωνα με τους Lee και Brennan (1999), όση περισσότερη ενσυναίσθηση παρουσιάζουν οι φροντιστές, τόσο πιο πολύ εξαντλούνται συναισθηματικά. Επομένως, αυτή η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να εμποδίζει την εφαρμογή διεκδικητικών συμπεριφορών, καθώς στην εφαρμογή τέτοιων συμπεριφορών χρειάζεται συναισθηματική ισορροπία και σταθερότητα.

Η επόμενη διερεύνηση της παρούσας μελέτης αφορούσε τις σχέσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες της ενσυναίσθησης και της διεκδικητικότητας, το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Αρχικά, βρέθηκε να υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη διεκδικητικότητα και τη γνωστική ενσυναίσθηση. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι η καλύτερη κατανόηση του άλλου γνωστικά συνδέεται με έκφραση λιγότερης διεκδικητικότητας. Σχολιάστηκε, προηγουμένως, η ερμηνεία που αφορούσε την αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα. Το παρόν εύρημα, δίνει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα σχετικά με την ερμηνεία αυτή, καθώς μας πληροφορεί ότι όσα περισσότερα γνωρίζει κάποιο άτομο για ένα άλλο άτομο, χωρίς οποιαδήποτε κατανόηση της συναισθηματικής του κατάστασης (γνωστική ενσυναίσθηση), τόσο λιγότερη διεκδικητικότητα εκφράζει. Επιπρόσθετα, στα ευρήματα της παρούσας μελέτης δε φάνηκε κάποια επίδραση της γνώσης της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου (σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση και ενσυναισθητική ανησυχία) στην έκφραση διεκδικητικής συμπεριφοράς. Ο συνδυασμός των δύο αυτών ευρημάτων μπορεί να ερμηνευθεί ως εξής: λόγω της γνωστικής κατανόησης της κατάστασης του άλλου, το άτομο μπορεί να δυσκολεύεται να εκφράσει τα θέλω του με διεκδικητικό και ξεκάθαρο τρόπο. Ακόμα, μπορεί κατά κάποιο τρόπο να μπερδεύεται ή να διχάζεται μέσα του, εξαιτίας αυτών που γνωρίζει για το άλλο άτομο και, ως εκ τούτου, να περιορίζεται η διεκδικητικότητά του. Αντίθετα, η συναισθηματική κατανόηση του άλλου δεν επηρεάζει την έκφραση διεκδικητικών συμπεριφορών. Συνεπώς, άσχετα με το πώς αισθάνεται ένας ασθενής ή ένας ηλικιωμένος, το μόνο που μπορεί να επηρεάσει την έκφραση διεκδικητικής συμπεριφοράς από πλευράς φροντιστή είναι αυτά που κατανοεί ένας φροντιστής για τον ασθενή σε γνωστικό επίπεδο.

Επίσης, η παρούσα μελέτη έδειξε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη ενσυναισθητική ανησυχία και την επίδραση της φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι αυξημένη ενσυναισθητική ανησυχία συνδέεται με αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας στη ζωή των φροντιστών. Επιπρόσθετα, βρέθηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναισθητική ανησυχία

και το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών. Δηλαδή, όσο περισσότερη ενσυναισθητική ανησυχία έχει ένας φροντιστής τόσο περισσότερο αυξάνεται το άγχος και η κατάθλιψη που έχει. Τα παραπάνω ευρήματα για τη σχέση της ενσυναισθητικής ανησυχίας με την επίδραση της φροντίδας και με το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών, μπορούν να εξηγηθούν με το εύρημα μιας πρόσφατης έρευνας από την Shu με τους συνεργάτες (2017). Συγκεκριμένα, συμπεραίνεται σε αυτή τη μελέτη ότι η συναισθηματική ενσυναίσθηση, της οποίας αποτελεί κομμάτι η ενσυναισθητική ανησυχία, παρουσιάζει σχέση αιτίου αποτελέσματος με το άγχος. Πιο ειδικά, αναφέρουν ότι περισσότερη συναισθηματική ενσυναίσθηση αυξάνει το άγχος των φροντιστών. Επιπρόσθετα, στην ανασκόπηση των Wilkinson με τους συνεργάτες (2017), γίνεται λόγος για την «κούραση της συμπόνιας» (theory of compassion fatigue), όπου επαγγελματίες υγείας, με αυξημένη συναισθηματική ενσυναίσθηση, παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης. Τέλος, ακόμα μια έρευνα αναφέρει παρόμοιο εύρημα, καθώς αποδεικνύει ότι η συναισθηματική ενσυναίσθηση οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα άγχους (Jütten Mark & Sitskoorn, 2019). Τα παραπάνω ευρήματα στηρίζουν το εύρημα της παρούσας μελέτης, καθώς φαίνεται ότι η «κούραση της συμπόνιας» είναι κάτι που ισχύει, τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους άτυπους φροντιστές.

Στη συνέχεια, η παρούσα μελέτη παραθέτει κάποια συμπεράσματα για τη σχέση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας, όπου αποδεικνύεται ότι περισσότερο άγχος και κατάθλιψη συνδέονται με αυξημένες αρνητικές επιδράσεις εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου. Από την άλλη, όσο λιγότερο άγχος και κατάθλιψη έχει ένας φροντιστής τόσο πιο θετικά είναι τα αποτελέσματα της ανάληψης φροντιστικού ρόλου στη ζωή του. Τα αποτελέσματα αυτά ερμηνεύονται μέσα από πολλές μελέτες που συμφωνούν για τις αρνητικές συνέπειες του άγχους και της κατάθλιψης στη ζωή του ατόμου και επιβεβαιώνονται στην παρούσα μελέτη για τους άτυπους φροντιστές (Beuke, Fischer, & McDowall, 2003; Jones και συν., 2014; Mykletun και συν., 2007; Shri, 2010). Όπως είναι φυσικό, περισσότερο άγχος και κατάθλιψη συνδέονται με αρνητικές συνέπειες σε πολλαπλά επίπεδα στη ζωή των φροντιστών, όπως οι λιγότερες μελλοντικές προοπτικές, ο περιορισμένος χρόνος, η έλλειψη κοινωνικών επαφών και σχέσεων και αυξημένη κούραση (Pearlin και συν., 1990; McManus και συν., 2009). Όλα τα παραπάνω εμπεριέχονται στις αρνητικές επιδράσεις εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου.

Η επόμενη και πέμπτη στη σειρά υπόθεση, αναφέρεται στη γνωστική ενσυναίσθηση, αναμένοντας ότι αυτή θα αποτελέσει παράγοντα πρόβλεψης του άγχους και της κατάθλιψης στους φροντιστές. Βρέθηκε ότι η μεταβλητή αυτή δεν προβλέπει το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών, σε αντίθεση με ευρήματα προηγούμενων ερευνών που αναφέρουν ότι η γνωστική ενσυναίσθηση σχετίζεται με λιγότερο στρες, χαμηλότερη κατάθλιψη και καλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή (Lee και συν., 2001; Jütten, Mark & Sitskoorn, 2019). Η διαφορά μπορεί να εξηγείται από τα διαφορετικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν από τον Lee και τους συνεργάτες. Σε εκείνη την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ξεχωριστή κλίμακα για κάθε είδος ενσυναίσθησης. Χρησιμοποίησαν την «κλίμακα συναισθηματικής ενσυναίσθησης Mehrabian» και την «κλίμακα ενσυναίσθησης Barrett-Lennard», όπου η πρώτη μετρούσε τη συναισθηματική και η δεύτερη τη γνωστική ενσυναίσθηση. Αντίθετα, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα για τέσσερις διαφορετικές υποκλίμακες της ενσυναίσθησης, μια εκ των οποίων ήταν η γνωστική. Σχετικά με τη μελέτη των Jütten, Mark και Sitskoorn (2019), η διαφορά των ευρημάτων μπορεί να εξηγείται από τις μεθοδολογικές διαφορές που υπήρχαν, καθώς στη συγκεκριμένη μελέτη οι ερευνητές επικεντρώθηκαν σε δείγμα άτυπων φροντιστών ατόμων με άνοια, ενώ στην παρούσα μελέτη το δείγμα αποτελούσαν άτυποι φροντιστές όλων των ασθενειών και ηλικιωμένων. Τέλος, μια ερμηνεία του εν λόγω ευρήματος είναι ότι το άγχος και η κατάθλιψη δεν επηρεάζονται από την κατανόηση της κατάστασης του άλλου σε γνωστικό επίπεδο (γνωστική ενσυναίσθηση). Αυτό συμβαίνει λόγω της μη εμπλοκής της συναισθηματικής κατανόησης, η οποία σύμφωνα με το εύρημα της παρούσας αλλά και άλλων μελετών, συνδέεται με περισσότερη κατάθλιψη και άγχος.

Σχετικά με την έκτη υπόθεση και τις επιδράσεις διαφόρων δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στην επίδραση της φροντίδας και στο άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών, βρέθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη από τους άντρες. Το παρόν εύρημα είναι σε συνέπεια με προηγούμενες έρευνες, που αναφέρουν ότι οι γυναίκες φροντιστές βρίσκονται σε μεγαλύτερο ρίσκο από τους άντρες (Παπασταύρου και συν., 2010), ενώ η φροντίδα προκαλεί σε αυτές μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση (Stein, 2009). Μια εξήγηση για το παρόν εύρημα, είναι η διαφορά φύλου στην έκφραση της συναισθηματικής ενσυναίσθησης, αφού οι γυναίκες εκφράζουν περισσότερη συναισθηματική ενσυναίσθηση σε σχέση με τους άντρες (Maximiano-Barreto, 2021). Το εύρημα της παρούσας μελέτης, ότι οι δύο υποκλίμακες της συναισθηματικής ενσυναίσθησης συνδέονται με αυξημένο

άγχος και κατάθλιψη, συνδυάζεται με τη μελέτη της Shu με τους συνεργάτες (2017), που αναφέρονται στην επίδραση της συναισθηματικής ενσυναίσθησης στην αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης των φροντιστών. Από το συνδυασμό αυτό εξάγεται το συμπέρασμα ότι αυτό που ενισχύει το αυξημένο άγχος και την αυξημένη κατάθλιψη που έχουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, είναι το γεγονός ότι εκφράζουν περισσότερη συναισθηματική ενσυναίσθηση.

Επίσης, βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν λιγότερες θετικές επιδράσεις στη ζωή τους ως αποτέλεσμα της ανάληψης φροντιστικού ρόλου από τους άντρες (σημειώνεται ότι οι μέσοι όροι ανδρών και γυναικών καταδεικνύουν συνολικά θετική επίδραση της φροντίδας). Αυτό το εύρημα είναι σε συμφωνία με προηγούμενη μελέτη στην οποία αναφέρεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν λιγότερη ευτυχία και ευημερία σε σύγκριση με τους άντρες φροντιστές (Stein, 2009). Το γεγονός ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένο άγχος και κατάθλιψη μπορεί να επεξηγεί τις λιγότερες θετικές επιδράσεις της ανάληψης φροντιστικού ρόλου στη ζωή τους. Με άλλα λόγια, παρότι η φροντίδα μπορεί να προσφέρει τις ίδιες θετικές επιδράσεις σε άντρες και γυναίκες, εντούτοις οι γυναίκες δεν τις βιώνουν ως τόσο θετικές και ευεργετικές, εξαιτίας του αυξημένου άγχους και κατάθλιψης που αισθάνονται.

Ένα ακόμα εύρημα της παρούσας μελέτης στο οποίο αξίζει να δοθεί έμφαση είναι το γεγονός ότι άντρες και γυναίκες παρουσιάζουν στην κλίμακα επίδρασης της φροντίδας μέσους όρους, που καταδεικνύουν ότι η επίδραση της φροντίδας στη ζωή των Κυπρίων και Ελλήνων φροντιστών είναι θετική. Παρά το γεγονός ότι γίνεται πολύς λόγος για τις αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας στη ζωή των φροντιστών (Schulz & Sherwood, 2008; Gysels και συν., 2012; Damjanovic και συν., 2007; Arno και συν., 1999; Schoenmakers, Buntinx & Delepeleire, 2010; Joling και συν. 2015; Pearlin και συν., 1990; O'Dwyer και συν., 2016), στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι αυτή έχει περισσότερο θετική επίδραση στη ζωή τους παρά αρνητική. Αντίθετα με τις παραπάνω μελέτες, το εύρημα της παρούσας μελέτης συμφωνεί με τα ευρήματα που μιλούν για αυξημένη μακροζωία και καλύτερη κατάσταση σωματικής υγείας (Cohen & Janicki-Deverts, 2009; Okun, WanHeung Yeung, & Brown, 2013). Μια πιθανή εξήγηση, όπως αναφέρουν οι Brown και Brown (2014), είναι το γεγονός ότι οι μετρήσεις των περισσότερων ερευνών εξετάζουν μονόπλευρα κάποιους παράγοντες ή τείνουν να επικεντρώνονται μόνο στις αρνητικές συνέπειες, όταν παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των ερευνών τους. Για παράδειγμα, με τη μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης, χαμηλή βαθμολογία μπορεί να σημαίνει μειωμένο ή καθόλου άγχος και κατάθλιψη. Ωστόσο, δε δίνεται η δυνατότητα να μετρηθούν αντίθετες

έννοιες όπως για παράδειγμα η μέτρηση της ηρεμίας ή της ευτυχίας. Αντίθετα, κλίμακες αντίστοιχες με την κλίμακα επίδρασης της φροντίδας (Bakas Caregiving Outcomes Scale, BCOS),, δίνουν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να εκφράσουν παράλληλα με τις αρνητικές και τις θετικές επιδράσεις της φροντίδας στη ζωή τους.

Επιπρόσθετα, το παραπάνω εύρημα μπορεί να ερμηνευθεί με βάση την εξελικτική σκοπιά, καθώς ασυνείδητα ένας φροντιστής μπορεί να αξιολογεί την κατάσταση με τέτοιου είδους κριτήρια, αποσκοπώντας στη διατήρηση και συνέχεια της αναπαραγωγής των δικών του γονιδίων (Levitis & Lackey, 2010). Από φιλοσοφικής απόψεως, η ανάληψη φροντιστικού ρόλου θεωρήθηκε από τον Σενέκα ως ένα ανώτερο χάρισμα που εξομοιώνει τον άνθρωπο με τον Θεό. Συνεπώς, κάποιοι φροντιστές μπορεί να θεωρούν την ανάληψη φροντιστικού ρόλου μια μοναδική ευκαιρία προσφοράς στη ζωή τους. Ακόμα, μπορεί να ληφθούν υπόψη κάποιοι πολιτισμικοί παράγοντες για την ερμηνεία του συγκεκριμένου ευρήματος. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο και υπόβαθρο του δείγματος της παρούσας μελέτης. Κατά κύριο λόγο, το δείγμα αποτελούνταν από Ορθόδοξους Χριστιανούς. Αυτό μπορεί να τους επηρεάζει στον τρόπο που αξιολογούν τον χρόνο που αφιερώνουν στη φροντίδα. Για παράδειγμα, για έναν Ορθόδοξο Χριστιανό η αγάπη και η ελεημοσύνη αποτελούν απαραίτητο κομμάτι της ζωής του και τρόπο συνάντησής του με τον Θεό (Βαρούτσου, 2015). Επομένως, για τον Έλληνα και τον Κύπριο φροντιστή η ανάληψη φροντιστικού ρόλου μπορεί να γίνεται αντιληπτή ως πράξη αγάπης και ελεημοσύνης, με αποτέλεσμα να του προκαλεί συναισθήματα χαράς, ευτυχίας και πληρότητας.

Άλλη μια πιθανή εξήγηση μπορεί να δοθεί μέσα από έρευνες σχετικά με τον αλτρουισμό. Πολυάριθμες μελέτες έχουν συνδέσει τις αλτρουιστικές συμπεριφορές με καλύτερη υγεία και ευτυχία (Post, 2005; Post, 2007; Schwarze & Winkelmann, 2011; Kumar & Dixit, 2017). Πιθανότατα οι παραπάνω αναφορές να εξηγούν τις διαφορές που παρατηρούνται στην επίδραση της φροντίδας. Δηλαδή, μπορεί να μην έχει να κάνει με τη φροντίδα αυτή καθ’ εαυτή, αλλά με τη νοηματοδότησή της από τον εκάστοτε φροντιστή. Το κατά πόσο το νόημα που δίνει ένας φροντιστής στην ανάληψη φροντιστικού ρόλου καθορίζει την επίδραση της φροντίδας, είναι κάτι που αξίζει να διερευνηθεί από μελλοντικές έρευνες.

Επιπρόσθετα, ένας ακόμα πολιτισμικός παράγοντας που μπορεί να εξηγεί τη θετική επίδραση της φροντίδας στο δείγμα της παρούσας μελέτης είναι οι αρχές της Ελληνικής και της Κυπριακής οικογένειας. Για τον Έλληνα και τον Κύπριο η ανάληψη φροντιστικού ρόλου

αποτελεί δεδομένο καθήκον και όχι κάποια επιπρόσθετη εργασία που τον επιβαρύνει. Συνεπώς, ο Έλληνας και ο Κύπριος αντιλαμβάνονται την ανάληψη φροντιστικού ρόλου ως την εκπλήρωση καθήκοντός του. Εξάλλου, η έντονη παρουσία της ελληνικής οικογένειας στη φροντίδα του μέλους, που νοσεί ή είναι ηλικιωμένος, είναι φανερή (Govina και συν., 2013).

Ένα ακόμα εύρημα της παρούσας μελέτης έχει να κάνει με τον παράγοντα «διάρκεια ενασχόλησης με τη φροντίδα». Βρέθηκε ότι η ενασχόληση με τη φροντίδα για 3-6 και για 15-20 χρόνια επιφέρει αρνητικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών, ενώ η ενασχόληση με τη φροντίδα για 0-1, 1-3, 6-10, 10-15 χρόνια έχει θετικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών. Το γεγονός ότι διαφέρει σημαντικά η επίδραση της φροντίδας για τους φροντιστές που είναι στον ρόλο εδώ και 15-20 χρόνια είναι σε συνέπεια με το εύρημα του Hirst (2005), που αναφέρει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια ενασχόλησης με τη φροντίδα τόσο πιο πιθανή είναι η ανάπτυξη μιας διαταραχής. Ακόμα, το εύρημα της παρούσας μελέτης φαίνεται να είναι σε συνέπεια με το εύρημα για τη διάρκεια παροχής φροντίδας των O' Reilly με τους συνεργάτες του (2009), που αναφέρουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια ενασχόλησης με τη φροντίδα, τόσο λιγότερα είναι τα πλεονεκτήματα της ανάληψης φροντιστικού ρόλου.

Όσον αφορά την κατηγορία με τα 3-6 χρόνια, η οποία έχει και αυτή αρνητικό πρόσημο, πιθανότατα να μπορεί να εξηγηθεί από τις πολυάριθμες έρευνες που μιλούν για αρνητικές συνέπειες από την ανάληψη φροντιστικού ρόλου που αναφέρθηκαν προηγουμένως (Schulz & Sherwood, 2008; Gysels και συν., 2012; Damjanovic και συν., 2007; Arno και συν., 1999; Schoenmakers, Buntinx & Delepeleire, 2010; Joling και συν. 2015; Pearlin και συν., 1990; O'Dwyer και συν., 2016). Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται μερικώς, καθώς είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι για αυτούς που φροντίζουν εδώ και 0-1, 1-3, 5-10 και 10-15 χρόνια η φροντίδα έχει θετικές επιδράσεις.

Από την άλλη, κάποιοι παράγοντες που διερευνήθηκαν, φάνηκε ότι δεν επηρεάζουν το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Αρχικά, το κατά πόσο ένας φροντιστής έχει βοήθεια στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας από κάποιον οικείο ή όχι δε φαίνεται να επηρεάζει κάποιον από τους δύο αυτούς παράγοντες. Έχει ήδη αναφερθεί η αξία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και της ύπαρξης κοινωνικού δικτύου ως προστατευτικός παράγοντας για τους φροντιστές (Van Exel, De Graaf, & Brouwer, 2008; Pearlin και συν., 1990) και εκ πρώτης όψεως φαίνεται ότι το παρόν εύρημα διαφωνεί με αυτή την άποψη. Ωστόσο, μια πιθανή εξήγηση αποτελεί το γεγονός ότι είναι διαφορετικό να έχει κάποιος φροντιστής άτομα

από τα οποία μπορεί ο ίδιος να πάρει στήριξη όταν βρίσκεται σε δύσκολη θέση (υποστηρικτικό δίκτυο) και διαφορετικό να έχει βοήθεια κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας.

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι ότι παρότι θα περίμενε κανείς ότι οι φροντιστές που έχουν βοήθεια στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας, μπορεί εν τέλει να μην έχουν τον αναμενόμενο ελεύθερο χρόνο, γιατί ακόμα και στις περιπτώσεις που έχουν βοήθεια πολλές φορές συμβαίνει να συνεχίζουν να είναι σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή. Απόδειξη, το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη αρκετοί συμμετέχοντες, στις επιλογές ωρών απασχόλησης ανά εβδομάδα, σημείωσαν την επιλογή «απασχολούμαι συνεχώς», κάτι το οποίο πρακτικά είναι αδύνατο. Ωστόσο, αυτό σημαίνει ότι ακόμα και κατά τη διάρκεια της νύχτας χρειάζεται να είναι σε ετοιμότητα σε περίπτωση που συμβεί κάτι.

Επίσης, δε φάνηκε να επηρεάζει ο χώρος παροχής φροντίδας το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας για τους φροντιστές. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι σε αντίθεση με προηγούμενα ευρήματα, που αναφέρουν ότι ο χώρος παροχής φροντίδας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον ελεύθερο χρόνο. Κατά συνέπεια, η ποσότητα ελεύθερου χρόνου επηρεάζει αρνητικά το φυσικό και συναισθηματικό στρες και την ικανοποίηση που παίρνουν από τη ζωή οι φροντιστές (White-Means, & Chang, 1994). Το εύρημα της παρούσας μελέτης παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον, καθώς φαίνεται ότι όλοι οι φροντιστές παρουσιάζουν το ίδιο άγχος και κατάθλιψη και τις ίδιες επιδράσεις από τη φροντίδα, άσχετα με το αν παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι τους, στο σπίτι του ασθενούς ή σε κάποιο νοσοκομείο ή γηροκομείο.

Επιπρόσθετα, το άγχος και η κατάθλιψη και η επίδραση της φροντίδας δε φαίνεται να επηρεάζονται από τη χώρα καταγωγής, όπου Έλληνες και Κύπριοι δεν είχαν κάποια διαφορά στους δύο αυτούς παράγοντες που μετρήθηκαν. Αυτό το εύρημα μπορεί να ερμηνευτεί με βάση τα ευρήματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως, σχετικά με την κουλτούρα της ελληνικής οικογένειας (Govina και συν., 2013), καθώς αυτή είναι αρκετά παρόμοια με αυτήν της κυπριακής οικογένειας. Επίσης, μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η θρησκεία των συγκεκριμένων πολιτισμών είναι κοινή, παρότι η εν λόγω ερμηνεία χρειάζεται να διερευνηθεί περαιτέρω από μελλοντικούς ερευνητές.

Επίσης, ο μισθός και το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών δεν επηρεάζει το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Παρότι προηγούμενες έρευνες κάνουν λόγο για επίδραση των παραγόντων αυτών (Pearlin και συν., 1990), το εύρημα της παρούσας μελέτης είναι διαφορετικό. Συνεπώς, είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι άσχετα με το αν κάποιος

φροντιστής έχει διδακτορικό ή αν είναι απόφοιτος του Δημοτικού, το άγχος και η κατάθλιψη και η επίδραση της φροντίδας δε διαφέρουν.

Επιπρόσθετα, η παρούσα μελέτη προσφέρει απάντηση στην πρόταση της Παπασταύρου και των συνεργατών (2010), που αναφέρουν ότι αποτελεί ανάγκη η διερεύνηση της επίδρασης της οικογενειακής κατάσταση στους φροντιστές. Σύμφωνα με το παρόν εύρημα, αυτή δεν αποτελεί παράγοντα που σχετίζεται με την επίδραση της φροντίδας ή το άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών. Παρότι κανείς θα περίμενε ότι ένας φροντιστής με οικογένεια, ή μια φροντίστρια που είναι μονογονιός μπορεί να είχαν αρνητικές επιδράσεις από τη φροντίδα και περισσότερο άγχος και κατάθλιψη, εντούτοις οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να μην επηρεάζουν τους φροντιστές.

Ένα ακόμα εύρημα της παρούσας μελέτης, αφορά την επίδραση του παράγοντα «τύπος ασθένειας» στο άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Αποδείχτηκε ότι δεν υπάρχει κάποια διαφορά ανάμεσα στους φροντιστές καρκινοπαθών, στους φροντιστές ηλικιωμένων, στους φροντιστές ατόμων με άνοια και σε αυτούς που φροντίζουν άτομα με άλλες ασθένειες, όπως κατά πλάκα σκλήρυνση, αναπηρία, εγκεφαλικό κ.α. Αυτό το εύρημα διαφέρει από προηγούμενες έρευνες που αναφέρουν διαφορά ανάμεσα σε φροντιστές ατόμων με Αλτσχάιμερ, καρκίνο και σχιζοφρένεια (Papastavrou και συν., 2012). Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι οι φροντιστές καρκινοπαθών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τις άλλες δύο κατηγορίες. Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα της παρούσας μελέτης είναι το γεγονός ότι συνολικά υπήρχε θετική επίδραση από τη φροντίδα. Επομένως, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι στις περιπτώσεις που η επίδραση της φροντίδας έχει θετικά αποτελέσματα στη ζωή των φροντιστών, δεν υπάρχει διαφορά ανάλογα με τον τύπο ασθένειας.

4.2. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης

Είναι απαραίτητο, στο πλαίσιο παρουσίασης των διαφόρων ευρημάτων σύμφωνα με τις υποθέσεις που μελετήθηκαν, να αναφερθούν κάποιοι περιορισμοί της παρούσας μελέτης. Ο σημαντικότερος περιορισμός της παρούσας μελέτης αφορά το μέγεθος του δείγματος, καθώς όλα τα αποτελέσματα είχαν αδύναμη επίδραση (small effect size). Τη συλλογή του δείγματος μπορεί να περιόρισε το γεγονός ότι απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η πρόσβαση στο διαδίκτυο καθώς πολλοί άτυποι φροντιστές μπορεί να μην είχαν άμεση πρόσβαση.

Επιπλέον, λόγω του περιορισμένου αριθμού δείγματος, κάποιες υποκατηγορίες που συγκρίθηκαν μεταξύ τους, όπως για παράδειγμα η υποκατηγορία «διάρκεια απασχόλησης από τη φροντίδα», αποτελούνταν από αρκετά μικρό αριθμό συμμετεχόντων. Το δεδομένο αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι υπήρξαν συμμετέχοντες από παρόμοιο πολιτισμικό πλαίσιο, αυτό της Κύπρου και της Ελλάδας, περιορίζει την εξαγωγή συμπερασμάτων για το γενικό πληθυσμό. Προτείνεται, όπως μελλοντικές μελέτες στο χώρο της άτυπης φροντίδας χρησιμοποιήσουν μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων, ώστε να επαναξιολογηθούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Ακόμα, σχετικά με το πολιτισμικό πλαίσιο παρότι υπάρχουν πολλές ομοιότητες, μπορεί να υπάρχουν και κάποιες διαφορές ανάμεσα στους Έλληνες και τους Κύπριους. Οι διαφορές αυτές μπορεί να είναι στην αντίληψη του ρόλου τους μέσα στην οικογένεια, και πιθανόν να προκύπτουν εξαιτίας του ότι μια οικογένεια μπορεί να βρίσκεται σε μια μεγάλη πόλη, ενώ μια άλλη σε ένα ήσυχο χωριό ή νησί.

Μεθοδολογικά, χρησιμοποιήθηκε η πιο δημοφιλής μέθοδος συλλογής δεδομένων, αυτή της χρήσης ερωτηματολογίων. Παρότι θεωρήθηκε η κατάλληλη μέθοδος και παρότι τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν σταθμισμένα και με αποδεδειγμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία, εντούτοις η μέθοδος αυτή δεν είναι πάντα η ιδανικότερη καθώς οι συμμετέχοντες μπορεί να μεροληπτούν, μπορεί να είναι σε άμυνα και γενικότερα μπορεί να προσπαθούν να γίνουν πιο αποδεχτοί κοινωνικά (Krumpal, 2013, Davis, 1983). Επομένως, προτείνεται, όπως αντίστοιχες μελλοντικές έρευνες χρησιμοποιήσουν περισσότερες μεθόδους για συλλογή δεδομένων, ώστε αυτά να μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους, για να μπορούν να υπάρξουν πιο αντικειμενικά και πιο αξιόπιστα συμπεράσματα.

Ακόμα, στην παρούσα μελέτη έγινε πολλές φορές αναφορά σε συσχετίσεις όπου αύξηση ή μείωση στη μια μεταβλητή μπορεί να συνδέεται με αύξηση ή μείωση στην άλλη. Ωστόσο, θα ήταν πολύ σημαντικό να υπάρξει εξαγωγή συμπερασμάτων για την αιτιακή σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές (Taris & Kompier, 2014). Με άλλα λόγια χρειάζεται στο μέλλον να απαντηθεί το ερώτημα «ποια από τις δύο μεταβλητές προκαλεί τις αλλαγές και ποια είναι αυτή που δέχεται την επίδραση»; Εφόσον υπάρχει αυτή η ερευνητική ανάγκη, προτείνεται όπως μελλοντικές έρευνες χρησιμοποιήσουν τη μέθοδο του πειραματικού σχεδιασμού, που, σύμφωνα με τους Taris και Kompier (2014), θα βοηθήσει στην εξαγωγή πιο αξιόπιστων συμπερασμάτων και ανακάλυψη της αιτιακής σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές.

Ακολούθως, θα συζητηθούν κάποιοι περιορισμοί των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Όσον αφορά την κλίμακα επίδρασης της φροντίδας (BCOS), κατά τη στάθμισή της από την Govina και τους συνεργάτες (2013), χρησιμοποιήθηκε μικρό δείγμα περιορισμένο σε φροντιστές καρκινοπαθών που ήταν στο στάδιο της χημειοθεραπείας. Ως εκ τούτου, παρότι υπήρχαν αρκετά υψηλά ποσοστά εγκυρότητας και αξιοπιστίας, χρειάζεται να γίνει στάθμιση σε φροντιστές άλλων ασθενειών και ηλικιωμένων. Σχετικά με την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης που χρησιμοποιήθηκε (HADS), ίσως ένας σημαντικός περιορισμός είναι το γεγονός ότι μετράει μονόπλευρα δύο έννοιες, χωρίς να υπάρχει περιθώριο κάποιος να πετύχει συνολική βαθμολογία τέτοια που να καταδεικνύει ότι όχι απλώς δεν παρουσιάζει υψηλό άγχος ή κατάθλιψη αλλά αντίθετα τον χαρακτηρίζει η ηρεμία ή η ευτυχία. Προτείνεται, όπως μελλοντικές έρευνες στο χώρο της άτυπης φροντίδας χρησιμοποιήσουν εργαλεία που να αξιολογούν και τις δύο πτυχές ενός εννοιολογικού κατασκευάσματος. Αντίστοιχα, προτείνεται, όπως οι κλίμακες μέτρησης που κατασκευάζονται να έχουν διπλή κατεύθυνση, δηλαδή να συμπεριλαμβάνουν μαζί με τη θετική και την αρνητική όψη μιας έννοιας, μειώνοντας έτσι στο ελάχιστο την τάση για προκατάληψη προς τη θετική ή αρνητική κατεύθυνση.

Όσον αφορά την κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (IRI) ο Davis (1983), αναφέρει ότι υπάρχουν περιορισμοί στις ερμηνείες που μπορούν να γίνουν από μια κλίμακα αυτοαναφοράς. Επίσης, αναφέρει ότι, παρόλο που συμμετείχε μεγάλο δείγμα στην έρευνά του για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου, είναι πολύ σημαντικό να επαναξιολογηθεί γιατί υπήρχαν αδύναμες επιδράσεις (small effect size). Παράλληλα, στην παρούσα μελέτη, η μέτρηση της αξιοπιστίας στη συνολική κλίμακα και τις υποκλίμακες κυμαινόταν από .6 μέχρι .7, που σημαίνει ότι βρίσκεται στα αποδεκτά πλαίσια. Ωστόσο, θα ήταν χρήσιμο να επαναξιολογηθεί η αξιοπιστία της Ελληνικής έκδοσης της κλίμακας.

4.3. Πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης έγκειται στη γνώση που προσφέρει στο χώρο της άτυπης φροντίδας. Δίνεται μια ξεκάθαρη εικόνα για το ρόλο της διεκδικητικότητας στο χώρο της άτυπης φροντίδας, ενώ προστίθενται γνώσεις σχετικά με το ρόλο της ενσυναίσθησης. Όσον αφορά την ενσυναίσθηση, μέχρι στιγμής ο ρόλος της στην άτυπη φροντίδα έχει μελετηθεί από τέσσερις ερευνητές, ενώ είναι η πρώτη φορά που μελετάται τόσο εκτεταμένα με τη διερεύνηση των επιδράσεων και των συσχετίσεων των τεσσάρων

υποκλιμάκων της. Αυτό δεν συμβαίνει πάντοτε στις έρευνες που μελετούν την ενσυναίσθηση, αφού κυρίως επικεντρώνονται στη διερεύνηση του μοντέλου με τις δύο υποκλίμακες, τη γνωστική και τη συναισθηματική.

Ακόμα ένα πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι το γεγονός ότι στην έννοια «επίδραση της φροντίδας» υπήρχε μαζί με την αρνητική διάσταση και η θετική. Με αυτό τον τρόπο δόθηκε το δικαίωμα στους συμμετέχοντες να επιλέξουν ελεύθερα ανάμεσα στα δύο. Έτσι, δεν δημιουργήθηκε η προκατάληψη στους συμμετέχοντες με καθοδήγηση προς τη μια κατεύθυνση, που συνήθως στο χώρο της άτυπης φροντίδας αυτή είναι η αρνητική, οδηγώντας στην εξαγωγή πιο αντικειμενικών συμπερασμάτων.

Επιπροσθέτως, η διερεύνηση της επίδρασης αρκετών δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων και η σχέση τους με τις μεταβλητές της έρευνας αποτελεί πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης, καθώς διάφορα χαρακτηριστικά της φροντίδας δεν έχουν μελετηθεί στο παρελθόν, ή σε άλλες περιπτώσεις δεν έχουν μελετηθεί τόσο εκτεταμένα. Παράλληλα, πολλά ευρήματα είναι καινούρια στον Ελλαδικό και τον Κυπριακό χώρο.

Όσον αφορά τη δειγματοληψία, παρότι κρίθηκε μικρό το δείγμα που επιλέχθηκε, εντούτοις υπήρχε αρκετή ποικιλία ανάμεσα στους συμμετέχοντες. Υπήρχαν συμμετέχοντες όλων των ηλικιών, από όλα τα κοινωνικά στρώματα, με ποικιλία στο επίπεδο μόρφωσης και εκπαίδευσης, αλλά και διαφορές στον τύπο ασθένειας του ατόμου που φροντίζουν.

Επίσης, πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι δίνεται έμφαση στο θετικό αντίκτυπο της φροντίδας, εφόσον έχει βρεθεί ότι Κύπριοι και Έλληνες φροντιστές έχουν κατά κύριο λόγο θετικές επιδράσεις στη ζωή τους από την ανάληψη φροντιστικού ρόλου. Αυτό το εύρημα ενισχύει την προσπάθεια κάποιων ερευνητών για την ανάδειξη των θετικών επιδράσεων της φροντίδας στη ζωή των φροντιστών. Ως συνέπεια των αποτελεσμάτων, έχουν δοθεί οι αντίστοιχες κατευθυντήριες γραμμές για τα μελλοντικά προγράμματα παρέμβασης σε άτυπους φροντιστές. Τέλος, δυνατότητα της μελέτης αποτελεί η ερμηνεία και επεξήγηση που έχει δοθεί στο πλαίσιο της αιτιολόγησης των θετικών επιδράσεων της φροντίδας στον Ελλαδικό και Κυπριακό πληθυσμό, λαμβάνοντας υπόψη το θρησκευτικό και το πολιτισμικό πλαίσιο.

4.4. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Αρχικά, προτείνεται, όπως μελλοντικές έρευνες χρησιμοποιούν πολυδιάστατα εργαλεία μέτρησης για τη μέτρηση όχι μόνο της αρνητικής αλλά και της θετικής οπτικής των εννοιών στο

χώρο της φροντίδας. Παράλληλα, χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν κι άλλες μέθοδοι συλλογής δεδομένων ώστε τα συμπεράσματα των εργαλείων αυτοαναφοράς να επιβεβαιωθούν από άλλες μεθόδους.

Ακόμα, είναι σημαντικό όπως οι μελλοντικές έρευνες επικεντρωθούν στην επαναξιολόγηση παρόμοιων υποθέσεων με μεγαλύτερο δείγμα, αλλά και σε άλλους πολιτισμούς. Επίσης, είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι αιτιατές σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές διεκδικητικότητα, ενσυναίσθηση, άγχος και κατάθλιψη και επίδραση της φροντίδας.

Επιπρόσθετα, τα προγράμματα παρέμβασης, χρειάζεται να επαναξιολογηθούν και να κινηθούν με βάση τα ευρήματα τέτοιων ερευνών, καθώς φαίνεται ότι κάποιοι παράγοντες μπορεί να μην έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα στη ζωή ενός φροντιστή, όπως για παράδειγμα το συμπέρασμα για τη σχέση της διεκδικητικότητας και της ενσυναίσθησης με το άγχος και την κατάθλιψη και την επίδραση της φροντίδας. Μάλιστα, θα ήταν εύστοχο, αφού μελετηθούν κάποιοι παράγοντες που οδηγούν σε θετικές επιδράσεις της φροντίδας στη ζωή των φροντιστών, να δημιουργηθούν τα ανάλογα προγράμματα παρέμβασης, χτίζοντας πάνω σε τέτοιες έννοιες και χαρακτηριστικά.

Ακόμα, προτείνεται, όπως μελλοντικές έρευνες διερευνήσουν το κατά πόσο ο τρόπος νοηματοδότησης της ανάληψης φροντιστικού ρόλου επηρεάζει την επίδραση που πρόκειται να έχει η φροντίδα στη ζωή τους.

Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρξει αναπαραγωγή των ευρημάτων που ήταν σε αντίθεση με αυτά προηγούμενων μελετών. Αρχικά, είναι σημαντικό να επαναξιολογηθεί η σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη, όπως επίσης και η σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα. Έπειτα, χρειάζεται επιπλέον διερεύνηση ο ρόλος της ενσυναισθητικής ανησυχίας στην επίδραση της φροντίδας και στο άγχος και την κατάθλιψη των φροντιστών. Τέλος, επιβεβαίωση χρειάζεται το εύρημα για την επίδραση της διάρκειας παροχής φροντίδας στη ζωή των φροντιστών.

4.5. Εφαρμογή στη Συμβουλευτική Ψυχολογία

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να ενισχύσουν τη δουλειά ενός Συμβουλευτικού Ψυχολόγου με τους πελάτες του. Αρχικά, είναι απαραίτητο στο πλαίσιο της θεραπείας, ο ψυχολόγος σε συνεργασία με τον πελάτη να ανακαλύψουν το βαθμό στον οποίο εφαρμόζεται η ενσυναίσθηση από πλευράς του πελάτη. Ο θεραπευτής χρειάζεται να βοηθήσει

τον πελάτη να διαχειριστεί την έκφραση ενσυναίσθησης. Ακόμα, είναι απαραίτητη η διαχείριση της έκφρασης συναισθηματικής ενσυναίσθησης. Ειδικότερα στις γυναίκες, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη θεραπευτική διαδικασία ώστε να συνειδητοποιήσουν το κόστος που μπορεί να επιφέρει η έκφραση περισσότερης ενσυναίσθησης.

Επιπρόσθετα, χρειάζεται ο θεραπευτής να μειώσει το άγχος και την κατάθλιψη των γυναικών φροντιστών για να μπορέσουν να έχουν περισσότερες θετικές επιδράσεις της φροντίδας στη ζωή τους. Ακόμα, είναι απαραίτητη η διερεύνηση της νοηματοδότησης της φροντίδας για τον κάθε πελάτη, ώστε να ανακαλυφθεί η προσφορά της στους ίδιους τους φροντιστές. Πολλές φορές, μπορεί να μην έχει κάποιο ουσιαστικό νόημα για τον πελάτη, η ανάληψη φροντιστικού ρόλου, κάτι το οποίο θα χρειαστεί να δουλευτεί με το Συμβουλευτικό Ψυχολόγο. Εφόσον αποκτήσει νόημα η φροντίδα για το φροντιστή, θα μπορέσει ο ίδιος να δει τις θετικές επιδράσεις που έχει στη ζωή του.

Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναφέρουν ότι οι φροντίδα έχει θετικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών. Ωστόσο, για να μπορέσει ο φροντιστής να έρθει σε επαφή με τις θετικές επιδράσεις της φροντίδας, προτείνεται στο πλαίσιο της συμβουλευτικής διαδικασίας να εφαρμοστούν κάποιες ασκήσεις ευγνωμοσύνης.

Κεφάλαιο 5

5. Συμπεράσματα

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το άγχος και την κατάθλιψη, όπου αύξηση στη μια μεταβλητή σχετιζόταν με αύξηση στην άλλη. Επίσης, η παρούσα μελέτη κατέδειξε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη διεκδικητικότητα, σε αντίθεση με τις προβλέψεις. Επιπρόσθετα, η γνωστική ενσυναίσθηση είχε αρνητική συσχέτιση με τη διεκδικητικότητα. Ακόμα, η ενσυναισθητική ανησυχία σχετίστηκε με περισσότερες αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας στη ζωή των φροντιστών, όπως και με περισσότερο άγχος. Επίσης, το άγχος και η κατάθλιψη συνδέθηκε με αρνητικές επιδράσεις της φροντίδας. Σχετικά με την επίδραση του φύλου, οι άνδρες είχαν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη από τις γυναίκες, ενώ η φροντίδα είχε περισσότερες θετικές επιδράσεις στη ζωή των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, βρέθηκε ότι, οι φροντιστές που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας εδώ και 3-6 και 15-20 χρόνια, έχουν αρνητικές επιδράσεις στη ζωή τους, εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου σε σχέση με αυτούς που φροντίζουν 0-1, 1-3 και 10-15 χρόνια, στους οποίους η ανάληψη φροντιστικού ρόλου έχει θετικές επιδράσεις.

Προτάθηκε η επαναξιολόγηση και επαναδιερεύνηση των παραπάνω συμπερασμάτων, καθώς οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης εμποδίζουν τη γενίκευσή τους. Επίσης, προτάθηκε όπως υπάρξει αντίστοιχο ενδιαφέρον για έννοιες που μπορεί να σχετίζονται με τις θετικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών εξαιτίας της ανάληψης φροντιστικού ρόλου. Τέλος, εφόσον βρεθούν, μέσα από μελέτες, οι παράγοντες που ενισχύουν τις θετικές επιδράσεις στη ζωή των φροντιστών, τα μελλοντικά προγράμματα παρέμβασης θα ήταν εύλογο να βασιστούν στα ευρήματα αυτά, καθώς η ενσυναίσθηση συνδέθηκε με περισσότερο άγχος και κατάθλιψη, ενώ η διεκδικητικότητα δεν είχε κάποια σύνδεση με το άγχος και την κατάθλιψη ή την επίδραση της φροντίδας.

Βιβλιογραφία

Adamakidou, T., & Kalokairinou, A. (2007) The present and future of home nursing care in Greece. *Hellenic Journal of Nursing Science*, *13*(3), 3-5.

Alberti, R., & Emmons, M. (2017). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships*. new harbinger publications.

Allport, G. W. (1961). Pattern and growth in personality.

Arno, P. S., Levine, C., & Memmott, M. M. (1999). The Economic Value Of Informal Caregiving: President Clinton's proposal to provide relief to family caregivers opens a long-overdue discussion of this “invisible” health care sector. *Health Affairs*, *18*(2), 182-188.

Aydemir, Ö., Guvenir, T., Kuey, L., & Kultur, S. (1997). Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Turk Psikiyatri Derg*, *8*(4), 280-7.

Baez, S., Flichtentrei, D., Prats, M., Mastandueno, R., García, A. M., Cetkovich, M., & Ibáñez, A. (2017). Men, women… who cares? A population-based study on sex differences and gender roles in empathy and moral cognition. *PloS one*, *12*(6), e0179336.

Bakas, T., & Champion, V. (1999). Development and psychometric testing of the Bakas Caregiving Outcomes Scale. *Nursing research*, *48*(5), 250-259.

Bakas, T., Barr, J., Croner, D., Schmidt, C., & Hardin, K. (2000, April). Psychometric analysis of the Bakas Caregiving Outcomes Scale in the lung cancer population. In *24th Annual Midwest Nursing Research Society Conference, Dearborn, MI*.

Bakas, T., Champion, V., Perkins, S. M., Farran, C. J., & Williams, L. S. (2006). Psychometric testing of the revised 15-item Bakas Caregiving Outcomes Scale. *Nursing research*, *55*(5), 346-355.

Beuke, C. J., Fischer, R., & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, *23*(6), 831-848.

Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual review of sociology*, *12*(1), 67-92.

Bishop, S. (2010). Develop your assertiveness (2nd edition). *London: Kogan Page*

Bossuyt, S., & Van Kenhove, P. (2018). Assertiveness bias in gender ethics research: Why women deserve the benefit of the doubt. *Journal of Business Ethics*, *150*(3), 727-739.

Bourne, E. J. (2011). *The anxiety and phobia workbook*. New Harbinger Publications.

Brown, R. M., & Brown, S. L. (2014). Informal caregiving: A reappraisal of effects on caregivers.

Brown, S. L., & Brown, R. M. (2006). Selective investment theory: Recasting the functional significance of close relationships. *Psychological inquiry*, *17*(1), 1-29.

Brown, S. L., Fredrickson, B. L., Wirth, M. M., Poulin, M. J., Meier, E. A., Heaphy, M. D., Cohen, M. D., & Schultheiss, O. C. (2009). Social closeness increases salivary progesterone in humans. Hormones and Behavior, 56, 108–111.

Buie, D. H. (1981). Empathy: Its nature and limitations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *29*(2), 281-307.

Buss, D. M., & Schmitt, D. P. (2016). Sexual strategies theory. *Encyclopedia of evolutionary psychological science*, 1-5.

Chappell, N. L. (1994). Home care research: What does it tell us?. *The Gerontologist*, *34*(1), 116-120.

Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2009). Can we improve our physical health by altering our social networks? Psychological Science, 4, 375–378

Costa Jr, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of personality and social psychology*, *81*(2), 322.

Damjanovic, A. K., Yang, Y., Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Nguyen, H., Laskowski, B. & Weng, N. P. (2007). Accelerated telomere erosion is associated with a declining immune function of caregivers of Alzheimer's disease patients. *The Journal of Immunology*, *179*(6), 4249-4254.

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, *44*(1), 113.

Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of pain and symptom management*, *26*(4), 922-953.

Delamater, R. J., & Mcnamara, J. R. (1986). The social impact of assertiveness: Research findings and clinical implications. *Behavior Modification*, *10*(2), 139-158.

Deshields, T. L., Rihanek, A., Potter, P., Zhang, Q., Kuhrik, M., Kuhrik, N., & O'Neill, J. (2012). Psychosocial aspects of caregiving: perceptions of cancer patients and family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, *20*(2), 349-356.

Do, E. K., Cohen, S. A., & Brown, M. J. (2014). Socioeconomic and demographic factors modify the association between informal caregiving and health in the Sandwich Generation. *BMC public health*, *14*(1), 1-8.

Do, E. K., Cohen, S. A., & Brown, M. J. (2014). Socioeconomic and demographic factors modify the association between informal caregiving and health in the Sandwich Generation. *BMC public health*, *14*(1), 1-8.

Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual review of psychology*, *51*(1), 665-697.

Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.

Erera, P. I. (1997). Empathy training for helping professionals: Model and evaluation. *Journal of Social Work Education*, *33*(2), 245-260.

Eskin, M. (2003). Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, *44*(1), 7-12.

Fisher, D., Beech, A., & Browne, K. (1999). Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *43*(4), 473-491.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, *46*(4), 839.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (pp. 150-153). New York: Springer Publishing Company.

Gallagher, R. W., Somwaru, D. P., & Ben-Porath, Y. S. (1999). Current usage of psychological tests in state correctional settings. *Annotation*.

Gambin, M., & Sharp, C. (2018). The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *241*, 381-387.

Gerdes, K. E., Segal, E. A., Jackson, K. F., & Mullins, J. L. (2011). Teaching empathy: A framework rooted in social cognitive neuroscience and social justice. *Journal of social work education*, *47*(1), 109-131.

Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., & Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of oncology practice*, *9*(4), 197-202.

Gist, M. E., Stevens, C. K., & Bavetta, A. G. (1991). Effects of self-efficacy and post-training intervention on the acquisition and maintenance of complex interpersonal skills. *Personnel psychology*, *44*(4), 837-861.

Gould, D. (2004). Family caregivers and the health care system. *The cultures of caregiving: Conflict and common ground among families, health professionals, and policy makers*, 5-34.

Govina, O., Kotronoulas, G., Mystakidou, K., Giannakopoulou, M., Galanos, A., & Patiraki, E. (2013). Validation of the revised Bakas Caregiving Outcomes Scale in Greek caregivers of patients with advanced cancer receiving palliative radiotherapy. *Supportive Care in Cancer*, *21*(5), 1395-1404.

Grover, R. (1993). A Proposed Model for Diagnosing Information Needs. *School Library Media Quarterly*, *21*(2), 95-100.

Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C.,. & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj*, *170*(12), 1795-1801.

Güven, Ş. D., & Ünsal, A. Y. L. A. (2019). The relationship beetwen levels of altruism, empathy and assertiveness in nursing students. *Innowacje W Pıelęgnıarstwıe*, *2*(4), 71-90.

Gwyther, L. P., & George, L. K. (1986). Caregivers for dementia patients: complex determinants of well-being and burden. *Gerontologist*, *26*(3), 245-66.

Gysels, M., Evans, N., Meñaca, A., Andrew, E., Toscani, F., Finetti, S., & Pool, R. (2012). Culture and end of life care: a scoping exercise in seven European countries. *PloS one*, *7*(4), e34188.

Hadders, H., Paulsen, B., & Fougner, V. (2014). Relatives' participation at the time of death: Standardisation in pre and post-mortem care in a palliative medical unit. *European Journal of Oncology Nursing*, *18*(2), 159-166.

Harris, T. A. (2012). *I'm OK, you're OK*. Random House.

Hattink, B., Meiland, F., van der Roest, H., Kevern, P., Abiuso, F., Bengtsson, J., ... & Nugent, C. (2015). Web-based STAR E-learning course increases empathy and understanding in

dementia caregivers: results from a randomized controlled trial in the Netherlands and the United Kingdom. *Journal of Medical Internet Research*, *17*(10), e241.

Hekmati, B. (2002). An investigation of the relationship between assertiveness and creativity among students in the high school second grade students in Tehran. *Journal of Payame Moshaver*, pp. 1-7

Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, *42*(1), 17-41.

Hersen, M., Kabacoff, R. I., Van Hasselt, V. B., Null, J. A., Ryan, C. F., Melton, M. A., & Segal, D. L. (1995). Assertiveness, depression, and social support in older visually impaired adults. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *89*(6), 524-530.

Heyes, C. (2018). Empathy is not in our genes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *95*, 499-507.

Hirst, M. (2005). Carer distress: a prospective, population-based study. *Social science & medicine*, *61*(3), 697-708.

Ibabe, I., & Jaureguizar, J. (2010). Child-to-parent violence: Profile of abusive adolescents and their families. *Journal of Criminal Justice*, *38*(4), 616-624.

Joling, K. J., van Marwijk, H. W., Veldhuijzen, A. E., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Smit, F., & van Hout, H. P. (2015). The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: who is at the greatest risk? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(3), 293-303.

Jones, K. H., Jones, P. A., Middleton, R. M., Ford, D. V., Tuite-Dalton, K., Lockhart-Jones, H., ... & Noble, J. G. (2014). Physical disability, anxiety and depression in people with MS: an internet-based survey via the UK MS Register. *PloS one*, *9*(8), e104604.

Jütten, L. H., Mark, R. E., & Sitskoorn, M. M. (2019). Empathy in informal dementia caregivers and its relationship with depression, anxiety, and burden. International journal of clinical and health psychology, 19(1), 12-21.

Karapoulios, D., Getsios, I., Rizou, V., Tsiklitara, A., Kostopoulou, S., Balodimou, C., & Margari, N. (2013). Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, *12*(4).

Kim, Y. I. (2003). The effects of assertiveness training on enhancing the social skills of adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *97*(5), 285-297.

Kogan, E. S., Van Hasselt, V. B., Hersen, M., & Kabacoff, R. I. (1995). Relationship of depression, assertiveness, and social support in community-dwelling older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, *1*, 1.

Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, *47*(4), 2025-2047.

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2009). The five stages of grief. In *Library of Congress Catalogin in Publication Data (Ed.), On grief and grieving* (pp. 7-30).

Kulkarni, P., Kulkarni, P., Ghooi, R., Bhatwadekar, M., Thatte, N., & Anavkar, V. (2014). Stress among care givers: The impact of nursing a relative with cancer. *Indian journal of palliative care*, *20*(1), 31.

Kumar, A., & Dixit, V. (2017). Altruism, Happiness and Health among Elderly People. *Indian Journal of Gerontology*, *31*(4).

Landazabal, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología conductual*, *9*(2), 221-246.

Lange, A. J., Jakubowski, P., & McGovern, T. V. (1976). *Responsible assertive behavior: Cognitive/behavioral procedures for trainers*. Research PressPub.

Leaper, C., & Ayres, M. M. (2007). A meta-analytic review of gender variations in adults' language use: Talkativeness, affiliative speech, and assertive speech. *Personality and Social Psychology Review*, *11*(4), 328-363.

Lee, H. J., & Brennan, P. F. (1999). Empathy in informal caregiving: extension of a concept from professional practice. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *29*(5), 1123-1133.

Lee, H. S., Brennan, P. F., & Daly, B. J. (2001). Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in nursing & health*, *24*(1), 44-56.

Levitis, D. A., & Lackey, L. B. (2010). *To care or to fight: must primate males choose?*. Max-Planck-Institut für demografische Forschung.

Lloyd, J., Muers, J., Patterson, T. G., & Marczak, M. (2019). Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clinical gerontologist*, *42*(1), 47-59.

Loshek, E., & Terrell, H. K. (2015). The development of the Sexual Assertiveness Questionnaire (SAQ): A comprehensive measure of sexual assertiveness for women. *The Journal of Sex Research*, *52*(9), 1017-1027.

Macaskill, A., Maltby, J., & Day, L. (2002). Forgiveness of self and others and emotional empathy. *The Journal of social psychology*, *142*(5), 663-665.

Masters, J. C., & Burish, T. G. (1987). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. Harcourt Brace Jovanovich.

Maximiano-Barreto, M. A., Moretti Luchesi, B., de Moura, A. B., Pavarini, S. C. I., & Chagas, M. H. N. (2021). What factors are associated with affective and cognitive empathy in informal and formal caregivers of older people?. *Australasian Journal on Ageing*.

McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., & Jenkins, R. (2007). The NHS Information Centre for Health and Social Care. *Adult psychiatric morbidity in England. London: The NHS Information Centre*.

Mnookin, R. H., Peppet, S. R., & Tulumello, A. S. (1996). The tension between empathy and assertiveness. *Negotiation Journal*, *12*(3), 217-230.

Montgomery, R. J., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on aging*, *7*(1), 137-152.

Morris, R. G., Morris, L. W., & Britton, P. G. (1988). Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *The British Journal of Psychiatry*, *153*(2), 147-156.

Mostafa, A., Hoque, R., Mostafa, M., Rana, M., & Mostafa, F. (2014). Empathy in undergraduate medical students of Bangladesh: psychometric analysis and differences by gender, academic year, and specialty preferences. *International Scholarly Research Notices*, *2014*.

Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, É. M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, Á., ... & Vadász, P. (2006). Validation of the Hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Quality of Life Research*, *15*(4), 761-766.

Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewey, M., Prince, M., Overland, S., & Stewart, R. (2007). Anxiety, depression, and cause-specific mortality: the HUNT study. *Psychosomatic medicine*, *69*(4), 323-331.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Supportive Care in Cancer*, *12*(12), 821-825.

Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA: a cancer journal for clinicians*, *60*(5), 317-339.

O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2016). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & mental health*, *20*(2), 222-230.

Okun, M. A., Yeung, E. W., & Brown, S. (2013). Volunteering by older adults and risk of mortality: a meta-analysis. *Psychology and aging*, *28*(2), 564.

Olsson, A., McMahon, K., Papenberg, G., Zaki, J., Bolger, N., & Ochsner, K. N. (2016). Vicarious fear learning depends on empathic appraisals and trait empathy. *Psychological science*, *27*(1), 25-33.

Omura, M., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2019). Design and evaluation of an assertiveness communication training programme for nursing students. *Journal of clinical nursing*, *28*(9-10), 1990-1998.

Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International journal of nursing studies*, *76*, 120-128.

O'Reilly, D., Connolly, S., Rosato, M., & Patterson, C. (2008). Is caring associated with an increased risk of mortality? A longitudinal study. *Social science & medicine*, *67*(8), 1282-1290.

Pacala, J. T., Boult, C., Bland, C., & O'Brien, J. (1995). Aging game improves medical students' attitudes toward caring for elders. *Gerontology & Geriatrics Education*, *15*(4), 45-57.

Panyavin, I., Trujillo, M. A., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Perrin, P. B., ... & Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Examining the influence of family dynamics on quality of care by informal caregivers of patients with Alzheimer’s dementia in Argentina. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, *30*(6), 613-621.

Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2009). Exploring the other side of cancer care: the informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*, *13*(2), 128-136.

Papastavrou, E., Charalambous, A., & Tsangari, H. (2012). How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. *European Journal of Oncology Nursing*, *16*(3), 258-263.

Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., & Karayiannis, G. (2012). The burdensome and depressive experience of caring: what cancer, schizophrenia, and Alzheimer's disease caregivers have in common. *Cancer Nursing*, *35*(3), 187-194.

Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., & Karayiannis, G. (2010). The cost of caring: the relative with schizophrenia. *Scandinavian journal of caring sciences*, *24*(4), 817-823.

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.

Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., & Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: The dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, *15*(6), 702-711.

Parray, W. M., & Kumar, S. (2017). Impact of assertiveness training on the level of assertiveness, self-esteem, stress, psychological well-being and academic achievement of adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, *8*(12), 1476-1480.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, *30*(5), 583-594.

Pereira, H. R., & Rebelo Botelho, M. A. (2011). Sudden informal caregivers: the lived experience of informal caregivers after an unexpected event. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(17-18), 2448-2457.

Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International journal of behavioral medicine*, *12*(2), 66-77.

Post, S. G. (2007). *Altruism and health: Perspectives from empirical research*. Oxford University Press.

Pratt, C. C., Schmall, V. L., Wright, S., & Cleland, M. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. *Family relations*, 27-33.

Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(3), 216-221.

Ramirez, A., Addington-Hall, J., & Richards, M. (1998). ABC of palliative care: the carers. *Bmj*, *316*(7126), 208-211.

Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior therapy*, *4*(3), 398-406.

Ream, E., Pedersen, V. H., Oakley, C., Richardson, A., Taylor, C., & Verity, R. (2013). Informal carers' experiences and needs when supporting patients through chemotherapy: a mixed method study. *European journal of cancer care*, *22*(6), 797-806.

Ridley, C. R., & Lingle, D. W. (1996). Cultural empathy in multicultural counseling: A multidimensional process model.

Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1957). Active listening.

Rost, M., & Wilson, J. J. (2013). *Active listening*. Routledge.

Sajveladze, N. N. I. (1978). The problems of formation of sociogenic needs. Tbilisi: Uznadze Institute of Psychology.

Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, *66*(2), 191-200.

Schrag, A., Hovris, A., Morley, D., Quinn, N., & Jahanshahi, M. (2006). Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism & related disorders*, *12*(1), 35-41.

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, *44*(sup3), 105-113.

Schwarze, J., & Winkelmann, R. (2011). Happiness and altruism within the extended family. *Journal of Population Economics*, *24*(3), 1033-1051.

Segal, D. L. (2005). Relationships of assertiveness, depression, and social support among older nursing home residents. *Behavior Modification*, *29*(4), 689-695.

Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine*, *3*(1), 1-11.

Shri, R. (2010). Anxiety: causes and management. *The Journal of Behavioral Science*, *5*(1), 100-118.

Shu, J., Hassell, S., Weber, J., Ochsner, K. N., & Mobbs, D. (2017). The role of empathy in experiencing vicarious anxiety. *Journal of Experimental Psychology: General*, *146*(8), 1164.

Shulman, L. (2015). *Empowerment Series: The Skills of Helping Individuals, Families, Groups, and Communities, Enhanced*. Cengage Learning.

Singleton, N., Maung, N., Cowie, A., Sparks, J., Bumpstead, R., & Meltzer, H. (2002). *Mental Health of Carers: The Report of A Survey Carried out by Social Survey Division of the Office for National Statistics on Behalf of the Department of Health*. Stationery Office.

Span, P. (2011). Caregiving's Hidden Benefits. *Downloaded August*, *5*, 2012.

Stein, C. H. (2009). " I owe it to them": Understanding felt obligation toward parents in adulthood.

Stewart, Z. (1953). Sejanus, Gaetulicus, and Seneca. *The American Journal of Philology*, *74*(1), 70-85.

Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2011). Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Education for Primary Care*, *22*(5), 297-303.

Thomas, C., Morris, S. M., & Harman, J. C. (2002). Companions through cancer:: the care given by informal carers in cancer contexts. *Social science & medicine*, *54*(4), 529-544.

Twenge, J. M. (2001). Changes in women's assertiveness in response to status and roles: A cross-temporal meta-analysis, 1931–1993. *Journal of personality and social psychology*, *81*(1), 133.

Van Exel, J., De Graaf, G., & Brouwer, W. (2008). Give me a break!: Informal caregiver attitudes towards respite care. *Health policy*, *88*(1), 73-87.

White-Means, S. I., & Chang, C. F. (1994). Informal caregivers' leisure time and stress. *Journal of Family and Economic Issues*, *15*(2), 117-136.

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, *6*, 18-29.

Williams, A. L. (2014). Psychosocial burden of family caregivers to adults with cancer. In *Psycho-Oncology* (pp. 73-85). Springer, Berlin, Heidelberg.

Wilson, K., & Gallois, C. (1993). *Assertion and its social context* (Vol. 27). Psychology Press.

Winefield, H. R., & Chur-Hansen, A. (2000). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase?. *Medical education*, *34*(2), 90-94.

Wolpe, J. (1967). Behaviour therapy techniques. *The British Journal of Psychiatry*, *113*(495), 239-239.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, *67*(6), 361-370.

Zimmerman, B. J. (1998). Developing self-fulfilling cycles of academic regulation: An analysis of exemplary instructional models.

Βαρούτσου, Π. (2015). Η φιλανθρωπία στην Εκκλησία της Ελλάδος: η περίπτωση της Ιεράς Μητρόπολης Μονεμβασιάς και Σπάρτης.

Γκοβίνα, Ο. (2009). *Η επιβάρυνση της οικογένειας από τη φροντίδα ασθενή με καρκίνο προχωρημένου σταδίου* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Παθολογικός Νοσηλευτικός).

Θεοδωρόπουλος, Δ. (2019). Διερεύνηση της κοινωνικής υποστήριξης και της κατάθλιψης σε κύριους φροντιστές άνω των 50 ετών που επιμελούνται ηλικιωμένων με άνοια και άλλες χρόνιες παθήσεις.

Κάρλου, Χ., & Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. Ι. (2015). Η έννοια της φροντίδας στην ογκολογική νοσηλευτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003). A critical look at empathy. *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*, *10*(2+ 3), 295-309.

ΜΗΝΑ, Β. (2019). ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.

Ξύδη, Ε. (2011). Εργασιακό άγχος, κατάθλιψη και διεκδικητικότητα: μελέτη της σχέσης τους σε εργαζόμενους ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., & Πολυζωίδης, Π. (2015). Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. *Petmezidou, M. And Papanastasiou, S. Et al."Health and Long-Term Care in Greece"], Μελέτες*.

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, Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης, Αθήνα

Τσίτσας, Γ. (2009). *Η επίδραση ενός προγράμματος εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, στη διεκδικητική συμπεριφορά, τον τόπο ελέγχου, την ενσυναίσθηση και την αυτοεκτίμηση σε Έλληνες φοιτητές και φοιτήτριες* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία).

Παραρτήματα

Παράρτημα 1. Έντυπο συγκατάθεσης

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα:

Σας ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον σας στην παρούσα έρευνα. Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση, την διεκδικητικότητα και τις ψυχολογικές-συναισθηματικές αλλαγές και την επιβάρυνση εξαιτίας της ανάληψης του φροντιστικού ρόλου. Η έρευνα διεξάγεται για σκοπούς εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Συμβουλευτικής Ψυχολογίας, στο Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου.

Η έρευνα απευθύνεται σε ανεπίσημους φροντιστές (όχι επαγγελματίες φροντιστές) ασθενών ή ηλικιωμένων που παρέχουν φροντιστικές υπηρεσίες τουλάχιστον 8 ώρες την εβδομάδα. Επίσης, απευθύνεται σε άτομα που υπήρξαν φροντιστές εντός των τελευταίων τριών ετών. Το βραχυπρόθεσμο όφελος της έρευνας είναι η άμεση δημιουργία ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων παρέμβασης για φροντιστές. Σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, οι ερευνητές θα πάρουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το τι επηρεάζει την ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών. Οι συμμετέχοντες δεν θα έχουν κανέναν άμεσο όφελος από την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς που αφορούν δημογραφικά στοιχεία, την ενσυναίσθηση, την διεκδικητικότητα, την κατάθλιψη και την ψυχολογική επιβάρυνση. Οι ερωτήσεις είναι γενικά εύκολες και κατανοητές. Ο χρόνος για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων υπολογίζεται περίπου στα 15’-20’ λεπτά.

Η συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα είναι εθελοντική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Τα δεδομένα της αξιολόγησης είναι εμπιστευτικά και η ανωνυμία θα τηρηθεί αυστηρά. Η συμπλήρωση και η υποβολή του ερωτηματολογίου αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα. Εάν τα γενικά ευρήματα είναι ερευνητικής αξίας πιθανό να προωθηθούν σε παρουσιάσεις, σε συνέδρια ή/και σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά. Επιπρόσθετα, ο/η συμμετέχοντας/ουσα έχει δικαίωμα απόσυρσης από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσει χωρίς οποιεσδήποτε συνέπειες.

Η ερευνητική ομάδα είναι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνηση σχετικά με όσα προαναφέρθηκαν. Εάν επιθυμείτε να ρωτήσετε οτιδήποτε σχετικά με τη συμμετοχή σας στην έρευνα, ή να αποσύρετε τα δεδομένα σας αφού συμμετάσχετε στην έρευνα, μπορείτε να επικοινωνείτε με τον ερευνητή Σιλουανό Χαραλάμπους στην ηλεκτρονική διεύθυνση s.charalambous.11@nup.ac.cy ή με την επόπτη της έρευνας κύριο Γεώργιο Τσίτσα στο g.tsitsas@nup.ac.cy.

Στην παρούσα έρευνα δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος πρόκλησης οποιαδήποτε βλάβης. Ωστόσο, σε περίπτωση πρόκλησης ενδεχόμενης συναισθηματικής δυσφορίας, εξαιτίας ορισμένων ευαίσθητων ερωτημάτων, δίνεται η δυνατότητα προσφοράς δωρεάν υποστήριξης στους πιο κάτω φορείς.

Σ.Κ.Ε.Ψ.Υ. Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου
Λεωρόρος Δανάης 2
8042, Πάφος Κύπρος
+357 26-843425
Τηλεφωνική Υπηρεσία Συμβουλευτικής & Στήριξης
(Οργανισμός Νεολαίας Κύπρου)
1410 http://onek.org.cy

Με εκτίμηση,
Σιλουανός Χαραλάμπους
M.Sc Συμβουλευτική Ψυχολογία
Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος
Ευχαριστούμε για τη συμβολή σας στην πραγμάτωση αυτής της μελέτης.

Παράρτημα 2. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

1. **Φύλο** Άρσεν/Θηλυ
2. **Ηλικία** (προσδιορίστε)
3. **Χώρος παροχής φροντίδας:** σπίτι μου, σπίτι του ασθενούς, νοσοκομείο, γηροκομείο
4. **Τύπος ασθένειας:** καρκίνος/γηρατειά/άνοια/άλλο
5. **Καταγωγή:** Κυπριακή/Ελληνική/άλλο
6. **Επάγγελμα:** ολική απασχόληση, μερική απασχόληση, άνεργος, άεργος, άλλο

7. **Εισόδημα:** κανένα/500-1000/1000-1500/1500-2000/περισσότερα
8. **Μορφωτικό επίπεδο:**
   Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο/Πανεπιστήμιο/Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό/Άλλο
9. **Οικογενειακή κατάσταση:** έγγαμος/η, άγαμος/η, διαζευγμένος/η, άλλο
10. **Ζω με:** σύζυγο, σύζυγο και παιδιά, μόνος/η, άλλο
11. **Πόσα παιδιά έχετε;**
12. **Βαθμός συγγένειας με τον ασθενή**: αδερφός/αδερφή, σύντροφος, σύζυγος, γονέας, άλλο
13. **Πόσα χρόνια φροντίζετε τον ασθενή;** 0-1, 1-3, 3-6, 6-10, 10-15, 15-20, περισσότερα
14. **Πόσες ώρες την εβδομάδα αφιερώνετε στην παροχή φροντίδας του ασθενούς**;
15. >8, >16, >32, περισσότερες
16. **Έχετε βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή φίλους**; ΝΑΙ/ΟΧΙ

Παράρτημα 3. Κλίμακα Επίδρασης της φροντίδας (Bakas Caregiving Outcomes Scale, BCOS)

Άλλαξε προς το χειρότερο /Δεν άλλαξε /Άλλαξε προς το καλύτερο

1. Η αυτοεκτίμησή μου -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
2. Η σωματική μου υγεία -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
3. Ο χρόνος μου για τις οικογενειακές δραστηριότητες -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
4. Η ικανότητά μου να αντιμετωπίσω το στρες -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
5. Η σχέση μου με τους φίλους -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
6. Οι μελλοντικές μου προοπτικές -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
7. Το επίπεδο της ενεργητικότητάς μου -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
8. Η συναισθηματική μου ευεξία -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
9. Οι ρόλοι μου στη ζωή -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
10. Ο χρόνος μου για κοινωνικές δραστηριότητες με φίλους-3 -2 -1 0 +1 +2 +3
11. Οι σχέσεις με την οικογένειά μου -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
12. Η οικονομική μου ευμάρεια -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
13. Η σχέση μου με τον ασθενή -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
14. Η φυσική μου λειτουργικότητα -3 -2 -1 0 +1 +2 +3

15. Η γενική κατάσταση της υγείας μου -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
16. Γενικά πόσο έχει αλλάξει η ζωή σας σαν αποτέλεσμα της φροντίδας του ασθενή.
    -3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Παράρτημα 4. Κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression scale, HADS)

1. **Αισθάνομαι ένταση**

Τον περισσότερο καιρό

Συχνά

Κάποιες φορές-περιστασιακά

Καθόλου

2. **Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν**

Ναι, σίγουρα, όπως και πριν 0

Όχι τόσο πολύ 1

Λίγο 2

Καθόλου 3

3. **Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί**

Πάρα πολύ

Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ

Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί

Καθόλου

4. **Μπορώ να χαμογελάω και να βλέπω την χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων**

Τόσο, όσο πάντοτε 0

Όχι τόσο πολύ πλέον 1

Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια 2

Καθόλου 3

5. **Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν**

Τον περισσότερο χρόνο

Αρκετό χρόνο

Κάποιες φορές αλλά όχι τόσο συχνά

Μόνον περιστασιακά

6. Αισθάνομαι χαρούμενος/η

Καθόλου 3

Όχι συχνά 2

Μερικές φορές 1

Τις περισσότερες φορές 0

7. Μπορώ να κάθομαι αναπαυτικά και να χαλαρώνω

Βεβαιότατα 0

Συχνά 1

Όχι συχνά 2

Καθόλου 3

8. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η

Σχεδόν συνέχεια

Πολύ συχνά

Μερικές φορές

Καθόλου

9. Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η σαν να έχω «ταραχή» στο στομάχι

Καθόλου 0

Περιστασιακά 1

Αρκετά συχνά 2

Πολύ συχνά 3

10. Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου

Σίγουρα

Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε

Ίσως, και να μην τη φροντίσω

Τη φροντίζω όπως πάντα

11. Αισθάνομαι ανήσυχος/η σαν να πρέπει να είμαι σε συνεχή κίνηση

Πάρα πολύ

Αρκετά

Όχι τόσο πολύ

Καθόλου

12. Αναμένω με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα

Τόσο, όπως πάντα 0

Κάπως λιγότερο από ότι συνήθιζα 1

Πολύ λιγότερο από ότι συνήθιζα 2

Καθόλου 3

13. Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού

Πολύ συχνά

Αρκετά συχνά

Όχι τόσο συχνά

Καθόλου

14. Μπορώ να ευχαριστηθώ με: ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ή ένα καλό τηλεοπτικό πρόγραμμα

Συχνά 0

Μερικές φορές 1

Όχι τόσο συχνά 2

Πολύ σπάνια 3

Παράρτημα 5. Κλίμακα Διεκδικητικότητας

Οδηγίες: Σημειώστε κατά πόσο κάθε μία από τις προτάσεις που ακολουθούν χαρακτηρίζει ή περιγράφει τον εαυτό σας, χρησιμοποιώντας τους κωδικούς που δίνονται παρακάτω.

+ **3** πολύ χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **πολύ σωστά**
+ **2** αρκετά χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **αρκετά σωστά**
+ **1** κάπως χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **κάπως σωστά**
- **1** κάπως μη χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **κάπως λανθασμένα**
- **2** αρκετά μη χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **αρκετά λανθασμένα**
- **3** καθόλου χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **πολύ λανθασμένα**

_____ 1. Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιο επιθετικοί και διεκδικητικοί από εμένα.

_____ 2. Έχω διστάσει να προτείνω ή να αποδεχτώ κάποιο ραντεβού, επειδή ντρεπόμουν.

_____ 3. Όταν το φαγητό που μου σερβίρεται σε ένα εστιατόριο δεν μου αρέσει, κάνω παράπονα στο σερβιτόρο ή στη σερβιτόρα.

_____ 4. Προσέχω να αποφεύγω να πληγώνω τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων, ακόμα και όταν νιώθω ότι έχω πληγωθεί.

_____ 5. Εάν ένας πωλητής μπει σε μεγάλο κόπο για να μου δείξει εμπόρευμα που τελικά δεν μ' αρέσει αρκετά, δυσκολεύομαι να μην αγοράσω κάτι.

_____ 6. Όταν μου ζητάνε να κάνω κάτι, επιμένω να μάθω το λόγο.

_____ 7. Υπάρχουν στιγμές που αναζητώ μία σθεναρή λογομαχία.

_____ 8. Αγωνίζομαι να πετύχω όπως ακριβώς και οι περισσότεροι άνθρωποι στην θέση μου.

_____ 9. Οι άνθρωποι συνήθως με εκμεταλλεύονται.

_____10. Μου αρέσει να ξεκινάω συζητήσεις με νέες γνωριμίες και αγνώστους.

_____11. Συνήθως, όταν αισθάνομαι έλξη προς έναν άτομο, δεν ξέρω τι να του πω.

_____12. Διστάζω να τηλεφωνώ σε εταιρείες και ιδρύματα.

_____13. Θα προτιμούσα να στείλω γραπτά αιτήσεις για κάποια δουλειά ή για εισαγωγή σε κάποιο πανεπιστήμιο παρά να δώσω προσωπικές συνεντεύξεις.

_____14. Μου προκαλεί αμηχανία το να επιστρέφω εμπορεύματα.

_____15. Αν ένας στενός συγγενής (τον οποίο σεβόμουνα) με ενοχλούσε, θα προτιμούσα να αποσιωπήσω τα συναισθήματά μου παρά να εκφράσω την ενόχλησή μου.

_____ 16. Στο παρελθόν, έχω αποφύγει να κάνω ερωτήσεις από φόβο μήπως με περάσουν για ηλίθιο/α.

_____ 17. Κατά την διάρκεια μιας διαφωνίας, μερικές φορές φοβάμαι ότι θα αναστατωθώ τόσο που θα τρέμω σύγκορμος/η.

_____ 18. Εάν ένας διάσημος και σεβαστός ομιλητής προτείνει μία άποψη η οποία νομίζω ότι δεν είναι σωστή, θα αναφέρω και την δική μου γνώμη στο ακροατήριο.

+ 3 πολύ χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **πολύ σωστά**
+ 2 αρκετά χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **αρκετά σωστά**
+ 1 κάπως χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **κάπως σωστά**
- 1 κάπως μη χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **κάπως λανθασμένα**
- 2 αρκετά μη χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **αρκετά λανθασμένα**
- 3 καθόλου χαρακτηριστικό του εαυτού μου, με περιγράφει **πολύ λανθασμένα**

_____ 19. Αποφεύγω να διαφωνώ για τις τιμές με τους υπάλληλους και τους πωλητές.

_____ 20. Όταν έχω κάνει κάτι σπουδαίο ή αξιόλογο, φροντίζω να το μαθαίνουν οι άλλοι.

_____ 21. Είμαι ανοιχτός και ειλικρινής όσον αφορά στα συναισθήματά μου.

_____ 22. Εάν κάποιος/α διαδίδει ψεύτικα και κακόφημα σχόλια για εμένα, τότε θα τον/την αντιμετωπίσω όσο το δυνατόν γρηγορότερα για να «τα πούμε» γύρω από αυτό το θέμα.

_____ 23. Συχνά, δυσκολεύομαι να πω «όχι».

_____ 24. Έχω την τάση να καταπνίγω τα αισθήματά μου παρά να κάνω σκηνή.

_____ 25. Κάνω παράπονα για την απαίσια εξυπηρέτηση σε ένα εστιατόριο και σε άλλες παρόμοιες καταστάσεις.

_____ 26. Όταν με κολακεύουν, μερικές φορές δεν ξέρω τι να τους πω.

_____ 27. Σε ένα θέατρο, κινηματογράφο ή σε μία διάλεξη, εάν ένα ζευγάρι συζητούσε κάπως δυνατά, θα τους ζητούσα να κάνουν ησυχία ή να συζητήσουν κάπου αλλού.

_____ 28. Όποιος προσπαθεί να με σπρώξει προκειμένου να πάρει την θέση μου σε κάποια ουρά, πάει γυρεύοντας για καβγά.

_____ 29. Εκφράζω την άποψή μου με πρωτοβουλία.

_____ 30. Υπάρχουν στιγμές που δεν μπορώ να πω τίποτα.

Παράρτημα 6. Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης

Οι ακόλουθες δηλώσεις διερευνούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας σε ποικίλες καταστάσεις. Για κάθε δήλωση, προσδιορίστε πόσο καλά σας περιγράφει με την επιλογή του κατάλληλου γράμματος Α, Β, Γ, Δ, Ε στην κλίμακα που ακολουθεί. Όταν αποφασίσετε για την απάντησή σας συμπληρώστε το γράμμα δίπλα στην δήλωση. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΚΑΘΕ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΠΡΙΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ. Απαντήστε όσο πιο ειλικρινά μπορείτε (Οι απαντήσεις να είναι όσο το δυνατόν πιο σύντομες.)
Ευχαριστούμε.
ΚΩΔΙΚΑΣ:

Α	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
ΔΕΝ ΜΕ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΚΑΛΑ				ΜΕ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ

ΔΗΛΩΣΕΙΣ					
1. Συχνά ονειροπολώ και φαντάζομαι πράγματα που μπορεί να μου συμβούν.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
2. Συχνά νιώθω τρυφερότητα και νοιάζομαι για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από μένα	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
3. Μερικές φορές δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την πλευρά του άλλου	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
4. Μερικές φορές δεν αισθάνομαι πολύ συμπονετικά για τους άλλους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
5. Εντρυφώ πραγματικά στα συναισθήματα των προσώπων ενός μυθιστορήματος	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
6. Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αισθάνομαι αμηχανία και ανησυχία	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
7. Συνήθως προσπαθώ να είμαι αντικειμενικός/η όταν παρακολουθώ ένα κινηματογραφικό ή ένα θεατρικό έργο και δεν παρασύρομαι από αυτό.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
8. Σε μια διαφωνία προσπαθώ να εξετάσω όλες τις πλευρές πριν πάρω κάποια απόφαση	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
9.Όταν βλέπω κάποιον να τον εκμεταλλεύονται, νιώθω κάπως προστατευτικά απέναντί του.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
10. Μερικές φορές αισθάνομαι ανήμπορος/η όταν είμαι στο μέσο μιας κατάστασης με έντονη συναισθηματική φόρτιση	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
11. Μερικές φορές προσπαθώ να καταλάβω τους φίλους μου καλύτερα με το να φαντάζομαι πως βλέπουν τα πράγματα από τη δική τους σκοπιά	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**

12. Είναι σπάνιες οι φορές που με απορροφά ένα καλό βιβλίο ή έργο …	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
13. Όταν βλέπω κάποιο τραυματισμένο, προσπαθώ να παραμείνω ψύχραιμος.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
14 Οι κακοτυχίες των άλλων δεν με προβληματίζουν ιδιαίτερα	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
15. Εάν είμαι βέβαιος/η ότι έχω δίκιο σε κάτι, δεν χάνω το χρόνο μου ακούγοντας τα επιχειρήματα των άλλων.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
16. Μετά από ένα θεατρικό έργο ή μια ταινία αισθάνομαι σαν να ήμουν ένας από τους πρωταγωνιστές	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
17. Με τρομάζει να βρίσκομαι σε μια κατάσταση με έντονη συναισθηματική φόρτιση	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
18. Όταν βλέπω να φέρονται σε κάποιον άδικα, δεν… συμπάσχω συχνά μαζί του.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
19. Συνήθως είμαι αρκετά αποτελεσματικός στο να ανταπεξέρχομαι τις δύσκολες καταστάσεις .	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
20. Συχνά επηρεάζομαι από πράγματα που βλέπω να συμβαίνουν	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
21. Πιστεύω ότι σε κάθε κατάσταση υπάρχουν δύο πλευρές και προσπαθώ να εξετάσω και τις δύο	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
22. Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως αρκετά συμπονετικό πρόσωπο.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
23. Όταν βλέπω ένα καλό έργο ταυτίζομαι εύκολα με τον πρωταγωνιστή	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
24. Έχω την τάση να χάνω τον έλεγχό μου σε έκτακτες καταστάσεις	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
25. Όταν είμαι θυμωμένος/η με κάποιον προσπαθώ να ‘δω μέσα από τα μάτια του’ για λίγο.	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
26. Όταν διαβάζω μια ενδιαφέρουσα ιστορία προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν αν τα γεγονότα της ιστορίας	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**

συνέβαιναν σε μένα					
27. Όταν βλέπω κάποιον που χρειάζεται άμεσα βοήθεια σε μια κρίσιμη κατάσταση, αποδιοργανώνομαι	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**
28. Πριν κριτικάρω κάποιον προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν εγώ στη θέση του	**Α**	**Β**	**Γ**	**Δ**	**Ε**

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2020.01.199
Αρ. Τηλ.: 22809038/039, 22819101
Αρ. Φαξ: 22353878

08 Οκτωβρίου, 2020

Κύριο Σιλουανό Χαραλάμπους
Λεωφ. Κορυτσάς 11
Τ.Κ.: 8010
Πάφος

Αγαπητέ κύριε Χαραλάμπους,

Αίτηση γνωμοδότησης για την πρόταση με τίτλο:
«Ο ρόλος της ενσυναίσθησης και της διεκδικητικότητας στην επιβάρυνση των ανεπίσημων φροντιστών και τις ψυχολογικές-συναισθηματικές αλλαγές που προκαλεί η ανάληψη φροντιστικού ρόλου»

Αναφέρομαι στην αίτηση σας ημερομηνίας 29 Σεπτεμβρίου 2020 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει, που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) **γνωμοδοτεί υπέρ της διεξαγωγής της εν λόγω έρευνας.**

2. Η Επιτροπή επιθυμεί να τονίσει ότι παραμένει ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να τηρούνται οι πρόνοιες του νέου Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (2016/679) και του περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος του 2018 (Ν. 125(Ι) /2018).

3. Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

4. Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώνει την ΕΕΒΚ για κάθε τροποποίηση των αρχικά κατατεθειμένων εγγράφων (πρωτόκολλο ή άλλα ερευνητικά έγγραφα) και θα υποβάλλει τις απαιτούμενες έντυπες τροποποιήσεις στην Επιτροπή.

5. Σε περίπτωση διακοπής της έρευνας, ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει γραπτώς την Επιτροπή κάνοντας αναφορά και στους λόγους διακοπής της έρευνας.

.../2

6. Ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει την Επιτροπή σε περίπτωση αδυναμίας να συνεχίσει ως συντονιστής και θα υποβάλει τα στοιχεία επικοινωνίας του αντικαταστάτη του.

7. Με το πέρας της ερευνητικής πρότασης, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει εγγράφως την Επιτροπή ότι το υπό αναφορά ερευνητικό πρωτόκολλο ολοκληρώθηκε.

8. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,

Καθ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου