



**Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**

**Σχολή Επιστημών Υγείας**

**Ιατρική Σχολή**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**

**«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Στάθμιση «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων -  
Ψυχική υγεία»**

**Κωνσταντοπούλου Σοφία**

**A.M.:20161305**

**Επιβλέπουσα: Ε. Σακελλάρη, Επίκουρη Καθηγήτρια**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: Γ. Κολαΐτης, Καθηγητής**

**Σ. Χριστογιώργος, Αναπληρωτής Καθηγητής**

**ΑΘΗΝΑ,**

**Ιούνιος, 2019**



**Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**

**Σχολή Επιστημών Υγείας**

**Ιατρική Σχολή**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**

**«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Στάθμιση «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων -  
Ψυχική υγεία»**

**Κωνσταντοπούλου Σοφία**

**A.M.:20161305**

**Επιβλέπουσα: Ε. Σακελλάρη, Επίκουρη Καθηγήτρια**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: Γ. Κολαΐτης, Καθηγητής**

**Σ. Χριστογιώργος, Αναπληρωτής Καθηγητής**

**ΑΘΗΝΑ,**

**Ιούνιος, 2019**

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω εκ βαθέων την κα. Ε. Σακελλάρη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, η οποία δέχτηκε να αναλάβει το ρόλο της επιβλέπουσας, για την πολύτιμη συνεργασία μας, τις χρήσιμες συμβουλές και εύστοχες υποδείξεις της, αλλά και τη συνεχή στήριξή της κατά την εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω και στον κ. Γ. Κολαΐτη, Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων», για την κατανόηση, τη διαθεσιμότητα και το εξαιρετικό ενδιαφέρον του, ώστε να ξεπεραστεί κάθε ζήτημα και να επιτευχθεί το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ ανήκει στην κα Δρ. Κ. Τριανταφύλλου, για τον πολύτιμο χρόνο της και την καθοδήγηση που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια αυτού του ερευνητικού ταξιδιού, το οποίο ήταν περιστοιχισμένο με αρκετά εμπόδια.

Ακόμα, ευχαριστώ θερμά την κα. Β. Ντρε και το επιστημονικό προσωπικό των απογευματινών ιατρείων της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», που με υποδέχτηκαν εγκάρδια και με βοήθησαν πολύπλευρα στη δειγματοληψία.

Επιθυμώ να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους συμμετέχοντες της έρευνας, στους οποίους οφείλω πολλά καθώς, χωρίς την πρόθυμη συνδρομή τους, θα ήταν αδύνατη η υλοποίηση της προσπάθειάς μου.

Κλείνοντας, να μην ξεχάσω να ευχαριστήσω και τα μέλη της οικογένειάς μου, τα οποία με ενθάρρυναν, μου συμπαραστάθηκαν αμέριστα και έδειξαν υπομονή στο διάστημα της διεξαγωγής και της συγγραφής αυτής της εργασίας.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η ενδυνάμωση, ούσα μια πολυδιάστατη έννοια, περιλαμβάνει αυξημένη εμπλοκή, δυνατότητα επιλογής και γνώση για τη φροντίδα υγείας. Επιτρέπει στα άτομα να αποκτήσουν τον έλεγχο της κατάστασής τους, να αναπτύξουν δεξιότητες αυτό-διαχείρισης, να διαμορφώνουν το δικό τους σχέδιο θεραπείας καθώς και να αλλάζουν το σύστημα υπηρεσιών. Δεδομένης της ανάγκης για την προώθηση της ενδυνάμωσης και για την καθοδήγηση των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και των ειδικών παγκοσμίως, η κατασκευή και η στάθμιση κατάλληλων ερωτηματολογίων αναγνωρίζεται ως επιτακτική επιδίωξη. Η κλίμακα “Youth Efficacy/Empowerment Scale – Mental Health” (YES-MH) αποτελεί το μοναδικό εργαλείο που αξιολογεί την ενδυνάμωση από την προοπτική νεαρών χρηστών υπηρεσιών, οι οποίοι βιώνουν ψυχικές δυσκολίες.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στη μετάφραση και τον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» σε νεανικό κλινικό πληθυσμό στην Ελλάδα. Δευτερευόντως, εστίασε στη διερεύνηση της σχέσης της ενδυνάμωσης των εφήβων με ορισμένες κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές.

**Μέθοδος:** Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα σε πλαίσια ψυχικής υγείας της Αθήνας, την περίοδο από το Νοέμβριο 2018 έως τον Απρίλιο 2019. Δείγμα 150 συμμετεχόντων (66 αγόρια και 84 κορίτσια), ηλικίας 12 με 17 ετών, συμπλήρωσαν την «Κλίμακα Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία», παράλληλα με άλλα εργαλεία αυτό-αναφοράς. Η μεταφορά της στην ελληνική γλώσσα διεξήχθη, βάσει των διεθνών προτύπων, μέσω της διαδικασίας μετάφρασης στη γλώσσα-στόχος και «προς τα πίσω» μετάφρασης στη γλώσσα πρωτοτύπου. Η αξιοπιστία εκτιμήθηκε με την εξαγωγή του δείκτη Cronbach’s alpha. Η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες χρησιμοποιήθηκε για την εξέταση της δομής. Προκειμένου να ελεγχθεί η εγκυρότητα, πραγματοποιήθηκε σύγκριση με το «Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών» και την «Κλίμακα Ψυχικής Ευεξίας Warwick – Edinburgh», αναζητώντας τους συντελεστές συσχέτισης Pearson ( $r$ ).

**Αποτελέσματα:** Η κλίμακα παρουσίασε καλή εσωτερική συνέπεια, με τη συνολική τιμή Cronbach’s alpha να ανέρχεται στο 0.88. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση κατέδειξε μια λύση τριών παραγόντων (εαυτός – υπηρεσίες – σύστημα), συμβατή με την αρχική εκδοχή του εργαλείου, η οποία ερμηνεύει το 51.9% της συνολικής

διακύμανσης. Καλή δομική εγκυρότητα υπέδειξε η εμφάνιση θετικής συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας. Πιστοποιώντας τη συγκλίνουσα εγκυρότητα, εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» και του «Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών» ( $r=-0.36$ ), με εξαίρεση την υποκλίμακα «προβλήματα διαγωγής». Ακόμα, υπήρξε θετική συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα ενδυνάμωσης και την ψυχική ευεξία ( $r=0.60$ ). Αναφορικά με το φύλο, σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές στον παράγοντα για τον εαυτό, με τα κορίτσια να σκοράρουν χαμηλότερα από τα αγόρια. Επιπλέον, οι έφηβοι μικρότερης ηλικίας κατέγραψαν πιο υψηλές βαθμολογίες σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Η ενδυνάμωση συνδεόταν, τέλος, με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας μόνο ως προς τη διάσταση που αφορά τον εαυτό, ενώ όχι με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της τρέχουσας έρευνας παρείχαν τις αρχικές αποδείξεις ότι πρόκειται για ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης της ενδυνάμωσης σε Έλληνες νεαρούς με θέματα ψυχικής υγείας. Οι πρακτικές και κλινικές εφαρμογές των ευρημάτων αυτών, όπως επίσης οι περιορισμοί και οι προεκτάσεις της έρευνας, συζητήθηκαν. Η χρησιμότητα συνίσταται στην παροχή μιας κλίμακας που συνδράμει την αξιολόγηση και τη βελτίωση εντός των παρεμβάσεων και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

**Λέξεις –Κλειδιά:** κλίμακα ενδυνάμωσης, στάθμιση, νέοι, ψυχική υγεία, Ελλάδα

## Abstract

**Background:** Empowerment, a multi-level concept, includes active involvement, choice and increased knowledge about health care. It allows patients to take control of their condition, to develop self-management skills, to shape their own treatment and to change service systems. Given the need for promoting empowerment and guiding policy makers and practitioners worldwide, the construction and the validation of appropriate questionnaires are viewed as an imperative goal. The “Youth Efficacy/ Empowerment Scale – Mental health” (YES-MH) is the only measure designed to evaluate empowerment from the perspective of young service users who themselves experience mental health difficulties.

**Objective:** The present study aimed at translating and examining the psychometric properties of the YES-MH among youth clinical population in Greece. Secondary, it focused on the investigation of the relationship between adolescents’ empowerment and some socio-demographic variables.

**Method:** Data collection was carried out in mental health settings of Athens, the period from November 2018 to April 2019. A sample of 150 participants (66 boys and 84 girls) aged 12 to 17 years completed the YES-MH, along with other self-report questionnaires. Its rendering to the Greek language was performed in accordance to international standards, following the process of forward and backward translation. Reliability was calculated using Cronbach’ alpha coefficient. Analysis was conducted by the method of Principal Components to assess the factor structure of the YES-MH. Validity was tested by comparing the YES-MH with the “Strengths and Difficulties Questionnaire” (SDQ) and the “Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale” (WEMWBS), through the Pearson ( $r$ ) coefficient.

**Results:** The scale had good internal consistency with an overall Cronbach’ alpha at 0.88. Exploratory factor analysis yielded a three-factor solution (self – services – system) that agrees with the original version of the instrument and explains the 51.9 % of the total variance. Good construct validation indexed the significant degree of positive correlation among the dimensions of the scale. Certifying the convergent validation, it was correlated significantly with the SDQ ( $r=-0.36$ ), except for the subscale “Conduct Problems”. Moreover, statistical analyses showed a positive association between levels of empowerment and mental well-being ( $r=0.60$ ). Regarding gender, significant differences were noticed at the factor “self” with girls

scoring lower than boys. In addition, younger respondents reported higher empowerment than the older ones. Finally, empowerment was related to family economic status only at the self level, whereas not to the variable of parental educational attainment.

**Conclusions:** The results of the current study provided initial evidence to support a valid and reliable tool for measuring empowerment in Greek youth with mental health issues. Practical and clinical implications of these findings as well as limitations and ideas for future research were discussed. The utility of the YES-MH lies in the offer of a scale for benchmarking and improvement within mental health interventions and services.

**Key words:** empowerment scale, validation, young people, mental health, Greece

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
---------------	---

### Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ .....</b>	<b>11</b>
1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΗ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ .....	11
1.2 ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	17
1.2.1 ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....	22
1.3.ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΟΙ.....	24
1.3.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ.....	29
1.4 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ.....	33
1.5 ΕΚΒΑΣΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ .....	38
1.6 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ.....	41
1.7 ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	46

### Β. ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>47</b>
2.1 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	47
2.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ .....	48
2.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ .....	56
2.4 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ .....	57
2.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	58

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ .....</b>	<b>59</b>
--	-----------

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....</b>	<b>76</b>
4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	76
4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	83

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....</b>	<b>86</b>
--------------------------------------	-----------

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>106</b>
------------------------	------------



## Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν επιτευχθεί σημαντικές αλλαγές στη φροντίδα της υγείας και έχει μετακινηθεί το κέντρο βάρους της από την ιδρυματική προς την κοινοτική βάση (Funnell, 2016). Οι ασθενείς καλούνται να αναλάβουν ένα πιο ενεργό ρόλο στο θεραπευτικό σχεδιασμό και καταργείται η μακρά παράδοση της εξάρτησής τους από τους επαγγελματίες. Σε αυτό το πλαίσιο έχει εισαχθεί και εξαπλωθεί η έννοια της ενδυνάμωσης, της οποίας η προώθηση συμβάλλει θετικά στη λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών (Barr et al., 2015; Cyril, Smith & Renzaho, 2016). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), διαπιστώνοντας τη συνεισφορά της στην προαγωγή της υγείας και στο μέλλον της κοινωνικής ισότητας, διοργάνωσε το 2012 το «1<sup>ο</sup> Ευρωπαϊκό Συνέδριο για την Ενδυνάμωση του Ασθενούς» στην Κοπεγχάγη, όπου ανέδειξε τα βασικά χαρακτηριστικά της (ENOPE, 2012). Το άτομο τοποθετείται στη καρδιά και στο επίκεντρο των υπηρεσιών, όπου συν-διαμορφώνει την πορεία της υγείας του χέρι-χέρι με τους ειδικούς (Lancet, 2012).

Είναι κοινά παραδεκτή θέση ότι η επιδίωξη της ενδυνάμωσης από το σύγχρονο ιατρικό δίκτυο και όσους χαράσσουν πολιτικές απασχολεί και το πεδίο της ψυχικής νόσου (WHO, 2010). Για τους χρήστες των υπηρεσιών και τις οικογένειές τους, ενδυνάμωση σημαίνει μεταβίβαση ισχύος και δικαιοδοσιών προς αυτούς, ανάπτυξη δεξιοτήτων και μιας αίσθησης ότι έχουν τη δυνατότητα να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά στην υγειονομική περίθαλψη. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία (2013), *«όλα τα άτομα με ψυχικές δυσκολίες έχουν το δικαίωμα, κατά τη διάρκεια του βίου τους να είναι αυτόνομα, να δράττον την ευκαιρία για απόκτηση ελέγχου, να μοιράζονται όλες τις αποφάσεις που επηρεάζουν τη ζωή τους, την ψυχική υγεία και ευημερία»*. Μάλιστα, οι νέοι ψυχικά πάσχοντες θεωρούνται εξίσου ικανοί να αντιπροσωπεύουν τον εαυτό τους και να συμμετέχουν τόσο στην οργάνωση της φροντίδας, επιλέγοντας στόχους και στρατηγικές, όσο και ευρύτερα στον προγραμματισμό των υπηρεσιών, επισημαίνοντας ανάγκες και κατευθύνοντας το σύστημα (Walker et al., 2010).

Η μέτρηση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της ενδυνάμωσης αναγνωρίζεται ως ένα δύσκολο εγχείρημα και προϋποθέτει τη δημιουργία υψηλής ποιότητας κλιμάκων. Η παρούσα εμπειρική έρευνα πραγματεύεται την προβολή της ελληνικής έκδοσης ενός ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της ενδυνάμωσης σε

νεανικό ψυχιατρικό πληθυσμό που λαμβάνει υπηρεσίες υγείας. Η κλίμακα “Youth Efficacy/Empowerment Scale – Mental Health” (YES-MH) των Walker, Thorne, Powers και Gaonkar (2010) επιλέχθηκε όντας ένα εργαλείο προσανατολισμένο αποκλειστικά στις ανάγκες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Η μετάφραση και στάθμιση αυτής με τον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων αποτέλεσαν τον κύριο σκοπό της μελέτης. Δευτερευόντως, μέσα στους στόχους συγκαταλέχθηκε και η διερεύνηση της σχέσης των επιπέδων ενδυνάμωσης με ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά. Κρίθηκε αναγκαία αυτή η προσπάθεια δεδομένου ότι στην Ελλάδα εκλείπουν τα εμπειρικά δεδομένα αλλά και τα μέσα εκτίμησης, προερχόμενα είτε από εγχώριους ερευνητές είτε από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα.

Η εν λόγω εργασία απαρτίζεται από δυο τμήματα, το θεωρητικό υπόβαθρο της ενδυνάμωσης και τον ερευνητικό σχεδιασμό. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνονται η αποσαφήνιση και οι απαρχές του όρου, θεωρητικά μοντέλα και ορισμοί που έχουν αποδοθεί κατά καιρούς για την επεξήγησή του. Γίνεται εκτενής αναφορά στις πολύπλευρες προσεγγίσεις της ενδυνάμωσης που επικεντρώνονται στον ασθενή και σκιαγραφείται η σημασία που έχει στο χώρο της ψυχικής υγείας. Κατόπιν το ζήτημα αυτό αναπτύσσεται υπό το πρίσμα των νέων ατόμων και παρουσιάζονται μάλιστα ενδεικτικά ορισμένα από τα προγράμματα παρέμβασης που έχουν συσταθεί για την προώθηση της ενδυνάμωσης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Εξετάζονται τόσο οι χρησιμοποιούμενες στρατηγικές για την ενίσχυσή της, όσο και η επίδρασή της στους πάσχοντες. Επιχειρείται, ακόμα, μια ανασκόπηση των κυριότερων κλιμάκων μέτρησης της έννοιας, που έχουν αναπτυχθεί διεθνώς γύρω από την ψυχική σφαίρα.

Το δεύτερο μέρος αφορά τους στόχους της έρευνας, τη μεθοδολογία που επιλέχθηκε, τους συμμετέχοντες, τα εργαλεία και τη διαδικασία υλοποίησής της. Υπάρχει μια σύντομη περιγραφή της μετάφρασης της πρωτότυπης κλίμακας στην ελληνική γλώσσα και της πολιτισμικής προσαρμογής της, με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές. Εν συνέχεια, ακολουθούν η στατιστική ανάλυση των δεδομένων και τα εξαγόμενα αποτελέσματα σε πίνακες και γραφήματα. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων, τη συζήτησή τους σε σχέση με την τρέχουσα βιβλιογραφία και τη συνολική ερμηνεία τους. Κλείνοντας, δηλώνονται οι περιορισμοί που υπόκειται η έρευνα, διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντικές διευρύνσεις των ευρημάτων και αποτιμώνται τα αναμενόμενα οφέλη σε επίπεδο εφαρμογών αλλά και κλινικής πράξης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

### 1.1 Εννοιολογική διασαφήνιση και ορισμοί

Οι ρίζες της «ενδυνάμωσης» (empowerment) ετυμολογικά τοποθετούνται στη λέξη «δύναμη» (power) (Menon, 2002). Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, συναντώνται μια σειρά από ορισμούς, οι οποίοι ποικίλουν ανάλογα με το πλαίσιο χρήσης τους. Ο όρος είναι διαδεδομένος σε διάφορους επιστημονικούς κλάδους και ερευνητικές περιοχές, από το χώρο της κοινωνικής πολιτικής και της ψυχολογίας έως τον κόσμο των επιχειρήσεων και της διοίκησης. Παρατηρείται, ωστόσο, διχογνωμία για μια κοινή οπτική, με αποτέλεσμα τη συχνή παρερμηνεία του όρου (Rissel, 1994). Πρόκειται για μια αφηρημένη, θετική έννοια, η οποία δεν αναφέρεται σε προβλήματα και στην επιδιόρθωση αντιλαμβανόμενων ανεπαρκειών αλλά κυρίως σε λύσεις και στην ανάπτυξη ικανοτήτων (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000; Zimmerman, 2000). Η ασάφεια έγκειται στο γεγονός ότι γίνεται αντιληπτή είτε ως ενέργεια είτε ως διαδικασία ή ψυχολογική κατάσταση (Menon, 2002). Σύμφωνα με τη δεύτερη έκδοση του Αγγλικού Λεξικού της Οξφόρδης (Oxford English Dictionary, 1989), το ρήμα «ενδυναμώνω» σημαίνει *«παραχωρώ νομικά ή επίσημα δύναμη ή εξουσία, εξουσιοδοτώ, μεταδίδω ή απονέμω δύναμη προς μια κατάληξη ή για ένα σκοπό...»* (p.192). Σε σχέση με τους ορισμούς που έχουν δοθεί σε ακαδημαϊκό επίπεδο, οι Cattaneo και Charman (2010), ασκώντας κριτική στους πιο αντιπροσωπευτικούς, κατέληξαν στην εξής κατηγοριοποίησή τους: (α) κυριαρχία, (β) συμμετοχή, (γ) κοινωνικό αγαθό, (δ) επίτευξη στόχου και (ε) νομολογικό δίκτυο της έννοιας.

Η ενδυνάμωση υποδηλώνει αφενός δύναμη και αφετέρου έλεγχο πάνω σε αποφάσεις που σχετίζονται με την προσωπική ζωή του ατόμου (Hennink et al., 2012; Mohajer & Earnest, 2009). Από μια κοινωνιολογική θεώρηση, αφορά την ικανότητα μετάβασης από μια θέση αδυναμίας σε μια θέση δύναμης (Zimmerman, 2000) και βάσει ψυχολογικών προσεγγίσεων, αντιστοιχεί στην βίωση μιας αίσθησης ελέγχου (Menon, 2002). Βέβαια, οι έννοιες της δύναμης και της ενδυνάμωσης διαφέρουν στο γεγονός ότι η δύναμη υπονοεί εξουσία, στοιχείο μη αναγκαίο στην ψυχολογική ενδυνάμωση κατά την άσκηση του ελέγχου (Zimmerman, 1995). Όπως καταγράφηκε στις ριζοσπαστικές ιδέες του Luke (2005), η ιδέα της δύναμης μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις διαστάσεις, τη δύναμη επί (*power over*), τη δύναμη για να (*power to*) και τη

δύναμη με (*power with*). Η πρώτη καθίσταται συνώνυμη της κυριαρχίας ενώ οι άλλες δυο καθρεφτίζουν την ενδυνάμωση (Cattaneo & Chapman, 2010; Haugaard, 2012). Προκειμένου να είναι πιθανή η ανάπτυξή της, όμως, είναι επιτακτική η δυνατότητα αλλαγής και επέκτασης της δύναμης (Page & Czuba, 1999). Η ενδυνάμωση συνδέεται παράλληλα με τη συμμετοχή, ένα σημαντικό μηχανισμό για την αύξηση της αυτό-αποδοχής και του ενεργού ρόλου στην κοινότητα (Cargo et al., 2003; Zimmerman, 2000). Η απλή συμμετοχή σε δραστηριότητες, ωστόσο, δεν αρκεί για την εμφάνισή της καθώς εξαρτάται από τη φύση και το αποτέλεσμα της εμπειρίας (Aguilar, 2012). Φυσικά, η ανάδυσή της από το δυναμικό των ενδυναμωμένων ατόμων και τη μεταξύ τους διασύνδεση αποδεικνύει την κοινωνική της φύση (Page & Czuba, 1999).

Προχωρώντας σε μια ιστορική αναδρομή, η ενδυνάμωση είναι ένας όρος δημοφιλής, που δημιουργεί ψυχοκοινωνικούς και πολιτικούς συνειρμούς. Γεννήθηκε εν μέσω των κινημάτων για την υπερνίκηση φυλετικών και σεξιστικών διακρίσεων, την υπεράσπιση των πολιτικών δικαιωμάτων και την ιδεολογία της “κοινωνικής δράσης”, καθώς και των αντιλήψεων αυτό-βοήθειας (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000; Gibson, 1991). Συνδέθηκε, δηλαδή, με την ανισορροπία δύναμης αλλά και τις προσπάθειες της κοινότητας για χειραφέτηση των αδύναμων και των μειονεκτούντων ομάδων (Castro, Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus & Hecke, 2016; Kieffer, 1984). Στο επόμενο διάστημα η ενδυνάμωση προωθήθηκε περαιτέρω ως μια πρωταρχική θεωρία της κοινοτικής ψυχολογίας (Rappaport, 1984). Στη διάρκεια της δεκαετίας του '90, η δημοτικότητά της αυξήθηκε και η ιδέα επικεντρώθηκε στην ατομική υπευθυνότητα και απόκτηση ελέγχου από τους πολίτες σε τομείς της ζωής τους (Rissel, 1994). Οι πρώτες αναφορές εντοπίζονται από το βραζιλιάνο εκπαιδευτικό Paulo Freire (1970) στο χώρο της παιδαγωγικής. Στο έργο του, η «Αγωγή του Καταπιεζόμενου», εισήγαγε τον όρο έμμεσα ως μια απάντηση στα δεσμά και την κοινωνική ανισότητα (Cerezo, Juné-Udina & Delgado-Hito, 2016). Η θεωρία του για τη εκπαιδευτική διαδικασία στηρίχτηκε στην «κριτική συνειδητοποίηση», στοιχεία της οποίας φαίνεται να εμπερικλείονται στην ενδυνάμωση.

Η έννοια αυτή παραπέμπει σε ένα συνεχές από την ατομική ψυχολογική στη συλλογική ενδυνάμωση (Lee, 2001; Rissel, 1994; Wallerstein, 2006). Στην πρώτη περίπτωση το άτομο ενδυναμώνει τον εαυτό του σε προσωπικό επίπεδο ώστε να αποκτήσει μια αίσθηση ελέγχου (Rissel, 1994). Απαιτείται η ενίσχυση δεξιοτήτων, η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και αυτό-αποτελεσματικότητας, και γενικότερα ένας πιο

θετικός αυτό-προσδιορισμός (Staples, 1990). Η μεγαλύτερη ενδυνάμωση κάποιου δεν σημαίνει υποχρεωτικά μικρότερη δύναμη για τον άλλο· άρα, αποτελεί μια ωφέλιμη για όλους κατάσταση (Rissel, 1994; Swift & Levin, 1987). Η συλλογική, από την άλλη πλευρά, είναι ένα ομαδικό φαινόμενο, που περιλαμβάνει ένα αυξημένο επίπεδο ψυχολογικής ενδυνάμωσης ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας, την ενεργητική συμμετοχή σε μια πολιτική δράση και την επίτευξη κάποιας αναδιανομής των πόρων ή της λήψης αποφάσεων (Rissel, 1994). Η δύναμη σε συλλογικό επίπεδο αναφέρεται στην ίδρυση συνασπισμών και ομάδων συνηγορίας με στόχο την επενέργεια στην κοινωνικοπολιτική διαδικασία (Lee, 2001). Μόνο με την ατομική ενδυνάμωση δεν εξασφαλίζεται η αποτελεσματική εμφάνιση της συλλογικής (Staples, 1990).

Έχουν επικρατήσει διάφορες εναλλακτικές προσεγγίσεις για την ενδυνάμωση, οι οποίες συμβάλλουν στη διαμόρφωση του εννοιολογικού της πλαισίου (Kennedy, Hardiker & Staniland, 2015; Kuokannen & Leino-Kilpi, 2000). Οι οργανωσιακές θεωρίες πρεσβεύουν ότι η δύναμη διανέμεται εντός της οργανωτικής ιεραρχίας από τους άνω προς τους κάτω αποσκοπώντας στην υψηλότερη δυνατή παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα στο εργασιακό περιβάλλον (Kuokannen & Leino-Kilpi, 2000). Κεντρικό επιχείρημα του Kanter (1993) υπήρξε ότι οι δομικοί παράγοντες εντός ενός οργανισμού κρίνονται ως πιο σημαντικοί στην ενδυνάμωση από τα ατομικά χαρακτηριστικά και το συλλογισμό εντός του περιβάλλοντος. Οι κοινωνικές ψυχολογικές θεωρίες την περιγράφουν ως μια διαδικασία προσωπικής ανάπτυξης και εξέλιξης. Η δύναμη γεννιέται από τις σχέσεις με τους άλλους διαμέσου της ατομικής συμπεριφοράς και δράσης. Από την προοπτική αυτή, το αίσθημα ενδυνάμωσης ισοδυναμεί με αυτό της ψυχολογικής ενεργοποίησης (Menon, 2002). Στην κριτική κοινωνική θεωρία η ενδυνάμωση πηγάζει από κοινωνικά και πολιτικά φαινόμενα, τα οποία αφορούν μη προνομιούχες ομάδες της κοινωνίας και την ικανότητα αυτών να αυτό-στοχάζονται και να δρουν ανεξάρτητα. Με την καταπίεση να κατέχει κυρίαρχη θέση, η δύναμη απορρέει από το κύρος, την εξουσία και τον έλεγχο (Freire, 1972). Στην παραπάνω κατηγοριοποίηση, οι Kennedy και συνεργάτες (2015) πρόσθεσαν τις μεικτές θεωρητικές προσεγγίσεις, που αναγνωρίζουν το συνδυασμό και την επιρροή των πολλαπλών θεωριών.

Στους θεμελιωτές της ανήκει ο ψυχολόγος Julian Rappaport (1984), ο οποίος ανέδειξε την ενδυνάμωση σαν μια προσέγγιση προσανατολισμένη στην κοινωνική πολιτική, τα κοινωνικά προβλήματα και την πρόληψη. Την περιέγραψε ως «μια

διαδικασία, ένα μηχανισμό με τον οποίο άτομα, οργανισμοί και κοινότητες αποκτούν κυριότητα στη ζωή τους» (p.3). Αυτή γίνεται αντιληπτή είτε ως εσωτερικευμένη στάση (αίσθηση προσωπικού ελέγχου) είτε ως παρατηρήσιμη συμπεριφορά (πραγματική δύναμη επίδρασης). Συνδέει τις προληπτικές ενέργειες, τις ατομικές δυνατότητες και τα «φυσικά» συστήματα υποστήριξης με μια κοινωνική πολιτική και αλλαγή, παρέχοντας τοπικά και όχι γενικά εφαρμοζόμενες λύσεις (Rappaport, 1981). Πολλές από τις δυνατότητες και ικανότητες είναι ήδη παρούσες ή τουλάχιστον ενδεχόμενες να εμφανιστούν ενώ οι νέες μαθαίνονται καλύτερα μέσω εμπειριών παρά με τη βοήθεια ειδικών και σχεδιασμένων προγραμμάτων (Rappaport, 1984). Μάλιστα, ο ίδιος υποστήριξε ότι πιο εύκολα η έννοια αποσαφηνίζεται κατά την απουσία της, σε καταστάσεις αδυναμίας, ανημποριάς, απομόνωσης, θυματοποίησης, υποταγής, απώλειας της αίσθησης του ελέγχου, καθώς εν δράσει η μορφή της διαφοροποιείται στα άτομα και τα πλαίσια. Αυτό, βέβαια, συνεπάγεται φραγμούς στην έκφρασή της με λειτουργικούς όρους (Rappaport, 1987).

Ο Zimmerman (1995), μελετώντας την ψυχολογική ενδυνάμωση, την όρισε ως την ενέργεια που επιτρέπει στο άτομο να κερδίσει δεξιότητες και δυνατότητες ώστε να ενεργήσει αυτοβούλως για την επίτευξη των καθορισμένων από τον ίδιο στόχων. Λειτουργεί σαν ένας ενωτικός κρίκος μεταξύ ενός αισθήματος προσωπικής ικανότητας και μιας επιθυμίας και προθυμίας για την ανάληψη δημόσιας δράσης (Zimmerman & Rappaport, 1988). Σαν μια συνεχή μεταβλητή αναπτύσσεται μακροχρόνια τόσο στα άτομα όσο και στα διαφορετικά πλαίσια (Rappaport, 1987). Εξάλλου, η εμπειρία και η ένταση αυτής παρουσιάζει διακυμάνσεις στο χρόνο, σε σχέση με το περιβάλλον και την κατάσταση που λαμβάνει χώρα (Rappaport, 1984; Zimmerman, 1995). Ο καθένας έχει πιθανότητα βίωσης διαδικασιών ενδυνάμωσης και αποδυνάμωσης αλλά αυτές μπορεί να εκδηλώνονται με διαφορετικές αντιλήψεις, δεξιότητες και συμπεριφορές. Όλα τα παραπάνω, λοιπόν, τεκμηριώνουν τη δυσκολία κατά τη μέτρησή της (Zimmerman, 1995) Αξίζει να σημειωθεί ότι η ψυχολογική ενδυνάμωση, εάν και αναφέρεται στην ενδυνάμωση σε ατομικό επίπεδο ανάλυσης, δεν ταυτίζεται με αυτή, διότι επηρεάζεται και αλληλοεξαρτάται από τα άλλα επίπεδα (Christens, 2012; Zimmerman, 2000). Η πρώτη αποδέχεται την ιδέα του συνδυασμού ατόμου – περιβάλλοντος, δίχως να αγνοεί τις οικολογικές και πολιτισμικές επιρροές. Τουναντίον, οι ατομικά προσανατολισμένες αντιλήψεις της ενδυνάμωσης θεωρούνται

πιο περιοριστικές και την αντιμετωπίζουν ως ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας (Zimmerman, 1990).

Στις έρευνες επισημαίνεται η πολυδιάστατη δομή της ενδυνάμωσης με εκδηλώσεις και αντανάκλασεις στο άτομο, την ομάδα και την κοινότητα (Christens, 2012; Zimmerman, 1995). Μπορεί να αναλυθεί σε τρία στενά αλληλοσυνδεδεμένα επίπεδα, το ατομικό, το οργανωσιακό και το κοινοτικό (Zimmerman, 1995). Η ατομική ενδυνάμωση συνθέτει την αυτό-αποδοχή και αυτοπεποίθηση, την κοινωνική και πολιτική κατανόηση με την ικανότητα ανάληψης δυναμικού ρόλου στον έλεγχο των πηγών και των αποφάσεων (Zimmerman, 1995). Η οργανωσιακή επικεντρώνεται σε δομές που παράγουν ψυχολογική ενδυνάμωση για τα μέλη αλλά και σε πολιτικές που επιδρούν στο ευρύτερο ανήκον σύστημα (Peterson & Zimmerman, 2004). Ο ανταγωνισμός για πόρους, η δικτύωση με άλλες οργανώσεις και η επέκταση της επιρροής κατευθύνουν την αναγκαία αποδοτικότητα για την επίτευξη των στόχων (Zimmerman, 1995). Οι θεωρητικοί έχουν επιχειρήσει την περιγραφή ενός συνεκτικού νομολογικού δικτύου για την ενδυνάμωση σε οργανωτικό επίπεδο (Peterson & Zimmerman, 2004). Τέλος, η κοινοτική ενδυνάμωση αφορά την αλληλεπίδραση ατόμων και οργανώσεων για την ικανοποίηση των αντίστοιχων αναγκών τους (Aiyer, Zimmerman, Morrel-Samuels & Reischl, 2015). Μια ενδυναμωμένη κοινότητα εντείνει τις συλλογικές προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ανταποκρίνεται σε απειλές και διευκολύνει με ευκαιρίες τη συμμετοχή των πολιτών (Zimmerman, 2000). Οι Aiyer και συνεργάτες (2015) χρησιμοποίησαν αυτή την προοπτική ενδυνάμωσης για την κατανόηση της γειτονιάς και την προώθηση της ασφάλειας στους δρόμους της.

Η θεωρία ενδυνάμωσης (“Empowerment Theory”) του Zimmerman, που χαρακτηρίστηκε από τον ίδιο ως αίνιγμα, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην κοινοτική ψυχολογία. Είναι εστιασμένη στην προώθηση της δύναμης, των ικανοτήτων και της ευημερίας παρά στην αποκατάσταση της αδυναμίας, των ελλειμμάτων και του νοσήματος για ένα πλήθος κοινωνικών θεμάτων (Zimmerman, 2000). Θεωρείται ένας χρήσιμος οδηγός για τους ερευνητές στην ανάπτυξη και την αξιολόγηση κοινοτικών παρεμβάσεων (Cattaneo & Charman, 2010). Μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά με τη Θεωρία Αυτό-καθορισμού (Self-Determination Theory) των Deci και Ryan (1985) και τη Θεωρία Τριαδικής Αμοιβαιότητας (Theory of Triadic Reciprocal) του Bandura (1978) (Gullan, Power & Leff, 2013). Η θεωρία ενδυνάμωσης, όμως, ξεχωρίζει λόγω

της έμφασής της στην πληροφόρηση, τη γνώση και τη δεξιότητα (Gullan et al., 2013). Σύμφωνα με το τρισδιάστατο θεωρητικό μοντέλο, αυτή η εννοιολογική κατασκευή περιλαμβάνει το ενδοπροσωπικό, το διαπροσωπικό και το συμπεριφορικό πεδίο (Zimmerman, 1995). Η ταυτόχρονη παρουσία των τριών πεδίων είναι επιβεβλημένη για την επίτευξη ουσιαστικής ενδυνάμωσης (Speer & Peterson, 2000). Ενώνονται και σχηματίζουν την εικόνα ενός ατόμου που πιστεύει ότι έχει την ικανότητα να επηρεάζει ένα ορισμένο πλαίσιο, κατανοεί πως το σύστημα λειτουργεί σε αυτό και επιλέγει συμπεριφορές ώστε να το ελέγξει (Zimmerman, 1995). Ο Christens το 2012 παρουσίασε μια νέα προσέγγιση του υπάρχοντος νομολογικού δικτύου, προσθέτοντας το πεδίο των σχέσεων. Αυτό έχει ως αντικείμενο τις ψυχολογικές διαστάσεις των διαπροσωπικών συναλλαγών, οι οποίες υποστηρίζουν την αποτελεσματική χρήση της μετασχηματιστικής δύναμης (Christens, 2012).

Αναλυτικά, το ενδοπροσωπικό αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο σκέπτεται κάποιος για τον εαυτό του σχετικά με την ικανότητά του να ασκεί επιρροή και να επιτυγχάνει τους αυτό-καθοριζόμενους στόχους του. Εσωκλείει τις έννοιες του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, της αυτό-αποτελεσματικότητας, της αντιλαμβανόμενης ικανότητας, του κινήτρου για έλεγχο, και της επιβολής (Zimmerman, 1995). Ως προς τη διαπροσωπική συνιστώσα, εκτιμάται ο τρόπος με τον οποίο κάποιος προσλαμβάνει και σχετίζεται με το κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον και τους μηχανισμούς που κρύβονται πίσω από τη δύναμη. Δομικά χαρακτηριστικά της αποτελούν η κριτική σκέψη, η κατανόηση των αιτιωδών παραγόντων, η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η μεταφορά αυτών σε τομείς της ζωής, και η κινητοποίηση των διαθέσιμων πηγών (Zimmerman, 1995). Παρέχει μια κρίσιμης σημασίας γνωστική «γέφυρα» ανάμεσα στην ενδοπροσωπική και τη συμπεριφορική ενδυνάμωση (Eisman et al., 2016). Στο πεδίο της συμπεριφοράς εντάσσονται οι δράσεις και οι προσπάθειες που οδηγούν άμεσα στις επιθυμητές αλλαγές του περιβάλλοντος (Zimmerman et al., 2018). Περιλαμβάνει την ενεργή παρουσία στην κοινότητα, τη συμμετοχή σε οργανώσεις και δραστηριότητες, και συμπεριφορές αντιμετώπισης προβλημάτων ή προσαρμογής στις αλλαγές. Τέλος, το νεοπαγές πεδίο του Christens (2012) εκφράζεται μέσα από τη συλλογική ικανότητα, το συγκερασμό των κοινωνικών διακρίσεων, τη διευκόλυνση της ενδυνάμωσης των άλλων, την κινητοποίηση του δικτύου και την κληροδότηση της ενδυνάμωσης στους λιγότερο έμπειρους.



Πολλοί θεωρητικοί (Kieffer, 1984; Rappaport, 1984; Rissel, 1994; Zimmerman, 1995), έχουν διακρίνει ανάμεσα στη διαδικασία της ενδυνάμωσης (empowering process) και στο αποτέλεσμα (empowered outcome) αυτής. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο Zimmerman, η διαδικασία αντιστοιχεί σε περιπτώσεις κατά τις οποίες *«τα άτομα δημιουργούν ή τους προσφέρονται ευκαιρίες να ελέγξουν το πεπρωμένο τους και να επηρεάσουν τις αποφάσεις που επιδρούν στις ζωές τους»*. Ενδυναμώνει, λοιπόν, όταν τα βοηθά να αναπτύξουν δεξιότητες ώστε αυτόνομα να επιλύουν προβλήματα και να λαμβάνουν αποφάσεις (Zimmerman, 1995). Έχει παρατηρηθεί ότι πολλές φορές η αδυναμία, συνοδευόμενη από την εσωτερικευόμενη υποτίμηση και τις περιορισμένες πηγές, προηγείται της έναρξης της διαδικασίας της ενδυνάμωσης (Kieffer, 1984). Σε αυτήν καθοριστική σημασία καταλαμβάνουν οι προσπάθειες απόκτησης ελέγχου, η πρόσβαση σε πόρους και η κριτική επίγνωση των κοινωνικοπολιτικών δυνάμεων (Zimmerman, 1995). Από την άλλη, τα αποτελέσματα, όντας το προϊόν της συμμετοχής στις διαδικασίες, αντικατοπτρίζουν ποσοτικούς ή ποιοτικούς χειρισμούς μέτρησης της έκβασης, η οποία προέρχεται από παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ανάπτυξη της ενδυνάμωσης. Μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το αν αντανακλούν ή όχι έναν απώτερο στόχο του ατόμου, σε μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα, και επίσης σε υποκειμενικά και αντικειμενικά (Linhorst, 2005). Μάλιστα, τόσο οι διαδικασίες όσο και τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται κατά την παρουσίασή τους καθώς καμία νόρμα δεν μπορεί να αποτυπώσει πλήρως τον τρόπο με τον οποίο η ψυχολογική ενδυνάμωση εκδηλώνεται σε όλους τους πληθυσμούς ή τα περιβάλλοντα (Zimmerman, 2000).

## **1.2 Ενδυνάμωση στο χώρο της υγείας**

Σε επίπεδο υγείας, ο όρος «ενδυνάμωση» έχει κερδίσει ιδιαίτερη προβολή σαν ένας τρόπος απομάκρυνσης από τον αναχρονιστικό πατερναλιστικό μοντέλο και κατεύθυνσης προς τα πιο δίκαια και συλλογικά ιατρικά μοντέλα κατά την περίθαλψη (Anderson & Funnell, 2005; Barr et al., 2015; Bravo et al., 2015). Καταγράφεται, αρχικά, ως ο ακρογωνιαίος λίθος για την προαγωγή της υγείας, που εμπνέει τη διαμόρφωση υπηρεσιών και τη χάραξη πολιτικών. Παράλληλα, υιοθετείται ως ένα μέσο αύξησης της αυτονομίας και της συμμετοχής του ατόμου στη φροντίδα του (Garcimartin, Comin-Colet, Delgado-Hito, Badosa-Marce & Linas-Alonso, 2017). Ο

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), από το 1978 που δημοσιεύτηκε η Διακήρυξη της Alma Ata, ενέταξε την ενδυνάμωση στις κύριες στρατηγικές για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας (Adinolfi, Starace & Palumbo, 2016). Με το καταστατικό της Ottawa το 1986, όπου θεσμοθετήθηκε η πολιτική της Προαγωγής Υγείας, διατήρησε την ίδια γραμμή αντιμετώπιζοντάς την ως ωφέλιμο εργαλείο για την απομάκρυνση των εμποδίων και το μετασχηματισμό της δύναμης (Garcimartin et al., 2017; Wallerstein, 2006). Μάλιστα, ο Π.Ο.Υ. προχώρησε στο διαχωρισμό της έννοιας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο (Castro et al., 2016). Η ενδυνάμωση, λοιπόν, θεωρείται τόσο ένας σύνθετος στόχος όσο και μια διαδικασία διευκόλυνσης (Tengland, 2008).

Καθολικά, η ενδυνάμωση αναγνωρίζεται ως μια φιλοσοφία, η οποία έχει επιρροές στο άτομο, την κοινότητα και το σύστημα υγείας (Funnell, 2016). Μέσω αυτής ο ασθενής ανακαλύπτει και αναπτύσσει την έμφυτη ικανότητα του να είναι υπεύθυνος για τη δική του ζωή (Funnell & Anderson, 2003). Ο ρόλος του δεν περιορίζεται στην πλήρη αποδοχή των αποφάσεων των ιατρών και της θεραπευτικής διαδικασίας αλλά απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του στη φροντίδα (Castro et al., 2013). Προβάλλεται σαν μια εναλλακτική της συμμόρφωσης καθώς, κατόπιν επαρκούς ενημέρωσης, αυτός είναι ο πλέον αρμόδιος για τις επιλογές του και για τις συνέπειες αυτών (Aujoulat, Marcolongo, Bonadiman & Deccache, 2008). Μια προσπάθεια αποσαφήνισης του όρου πραγματοποιήθηκε από την Gibson (1991), η οποία εισήγαγε την κοινωνική φύση της διαδικασίας. Υποστήριξε ότι περικλείει τόσο το ατομικό καθήκον στη φροντίδα της υγείας όσο και θεσμικές, οργανωσιακές ή κοινωνικές δεσμεύσεις για παροχή της δυνατότητας στα άτομα να αναλάβουν την ευθύνη. Σε έρευνα τους οι Fumagalli, Radaelli, Lettieri, Bertele και Masella (2015) αναγνώρισαν τρεις ερμηνείες της ενδυνάμωσης ασθενούς, βάσει των οποίων γίνεται αντιληπτή ως «*αναδύομενη κατάσταση*», ως «*διαδικασία*» ή ως «*συμπεριφορά*». Η εξής διάκριση φανερώνει τη διαφορά ανάμεσα στην αντιληπτική κατανόηση της ενδυνάμωσης και τις παρατηρήσιμες εκδηλώσεις της. «*Κοινός τόπος*» πάντως των ορισμών αποτελεί η ικανότητα του ατόμου να αποκτά τον έλεγχο και να επιλέγει το δικό του «*μονοπάτι*» πάνω σε παραμέτρους που αφορούν την υγεία του (McAllister, Dunn, Payne, Davies & Todd, 2012).

Σύμφωνα με την ανάλυση των Aujoulat, d'Hoore και Deccache (2007), η ενδυνάμωση συνιστά μια πολύπλοκη εμπειρία προσωπικής αλλαγής, η οποία

κατευθύνεται από την αρχή της αυτοδιάθεσης και υποστηρίζεται από το ιατρικό προσωπικό. Συντίθεται από την ενδοπροσωπική και τη διαπροσωπική διάσταση, με αποτέλεσμα η ενδυνάμωση να γίνεται αντιληπτή από την οπτική είτε του ασθενή είτε της αλληλεπίδρασης ασθενή και επαγγελματία υγείας είτε ως δημιουργήμα και των δυο. Η πρώτη εμπεριέχει την αυτό-μεταμόρφωση του ασθενούς και η δύναμη προέρχεται από το εσωτερικό του. Η διαπροσωπική καλύπτει όλες τις διαδικασίες επικοινωνίας και μοιράσματος γνώσεων και αξιών, όπου η δύναμη μεταφέρεται από το ένα μέλος στο άλλο. Παρόλο που το αποτέλεσμα και στις δυο διαστάσεις αναμένεται να είναι το ίδιο, δηλαδή η απόκτηση δύναμης, αυτές διαφέρουν ως προς τη φύση τους (Aujoulat et al., 2007). Η προσωπική μεταμόρφωση του ατόμου συμβαίνει μέσω μιας διπλής διαδικασίας (Aujoulat, et al., 2008). Από τη μια πλευρά, «κρατιέται» από προηγούμενες αυτό-αναπαραστάσεις και ρόλους του και μαθαίνει να ελέγχει την ασθένεια και τη θεραπεία στοχεύοντας στη διαφοροποίηση του εαυτού του από όλα αυτά (“holding on”). Από την άλλη, δέχεται να αφήσει τον έλεγχο προκειμένου να αφομοιώσει την ασθένεια και τους περιορισμούς της σαν να είναι ένα τμήμα του συμφυλιωμένου του εαυτού (“letting go”). Ο διαχωρισμός ταυτοτήτων συνδέεται με τις προσπάθειες για απόκτηση ελέγχου και διατήρηση ή ανάκτηση μιας αίσθησης κυριαρχίας ενώ ο συμβιβασμός τους με την ανάγκη για συνοχή, η οποία αντιστοιχεί στην αναζήτηση νοήματος (Aujoulat, et al., 2008). Μάλιστα, οι Aujoulat, Young και Salmon (2012) σχολίασαν ότι η λήψη και η παράδοση του ελέγχου, όταν οι προκλήσεις γίνονται ανεξέλεγκτες, θα έπρεπε να εξετάζονται ως δυο αλληλένδετες πλευρές μιας δυναμικής διαδικασίας και όχι ως αντίθετες θέσεις μεταξύ ενδυνάμωσης και αποδυνάμωσης.

Ένας πρόσθετος ορισμός έχει αποδοθεί για την ενδυνάμωση από τους Small, Bower, Chew-Graham, Whalley και Protheroe (2013). Αυτός κάνει λόγο για «*μια ψυχολογική κατάσταση η οποία προκύπτει από την αποτελεσματική επικοινωνία στη φροντίδα υγείας και δρα ως ένας καθοριστικός παράγοντας επακόλουθης συμμετοχής και αυτό-διαχείρισης*». Μέσα από την επικοινωνία και την αμοιβαία ανταλλαγή πληροφοριών αυξάνονται ο αυτό-έλεγχος, η αυτό-αποτελεσματικότητα, οι ικανότητες ανταπόκρισης στη νόσο και στις αλλαγές που αυτή επιφέρει (Small et al., 2013). Η ισότητα στη σχέση του πελάτη με τον κλινικό και η θεώρηση του πρώτου ως γνώστη διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην ανωτέρω διαδικασία (Dowling, Murphy, Cooney & Casey, 2011). Επιπλέον, η ενδυνάμωση σε ορισμένες περιπτώσεις περιγράφεται ως

εξωτερική υποστήριξη, που παρέχεται με σκοπό την ενεργοποίηση του ατόμου, και άλλοτε ως συμπεριφορά χειραφέτησης, όπου ο ίδιος βοηθάει τον εαυτό του για τη βελτίωση της κατάστασής του (Snyder & Engström, 2016). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι συχνά δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές προπορεύονται της ενδυνάμωσης και εκδηλώνονται ως μη υγιείς, που μπορεί να μην αναγνωρίζονται από το άτομο αλλά το εισάγουν στο σύστημα υγείας. Έπειτα, απαραίτητα βήματα για την ανάπτυξή της είναι η ύπαρξη κινήτρου, η επιθυμία για την αλλαγή αυτών των συμπεριφορών και η απόδοση προσωπικής σημασίας στην αλλαγή (Ellis-Stoll & Popkess-Vawter, 1998).

Τα χαρακτηριστικά γνώρισμα της ενδυνάμωσης ασθενούς εμφανίζουν μια μικρή διαφοροποίηση μεταξύ των ερευνητών (Holmström & Röing, 2010). Ορισμένοι από αυτούς ενστερνίζονται τη δύναμη κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, την πρόσβαση σε τεκμηριωμένες πληροφορίες και πηγές, και το εύρος των διαθέσιμων επιλογών (Linhurst et al., 2002; WHO, 2010). Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Ellis-Stoll και Popkess-Vawter (1998) έγιναν αναφορές στην αμοιβαία συμμετοχή, την ενεργητική ακρόαση και την απόκτηση εξατομικευμένης γνώσης από τη δυάδα νοσηλεύτη – ασθενή. Ο Tengland (2008) τόνισε την έννοια της σχέσης δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορούν να ενδυναμωθούν μόνο εάν οι επαγγελματίες υγείας τους προσφέρουν αυτή την ευκαιρία. Ακόμα, βάσει των Holmström και Röing (2010), τα συστατικά της στοιχεία σχετίζονται με το νέο ρόλο των ασθενών και κλινικών, το μοίρασμα στις αποφάσεις, την αυτό-αποτελεσματικότητα και την αντιμετώπιση των δυσκολιών από τον ασθενή. Υπό το πρίσμα των Small και συνεργατών (2013), περιλαμβάνει την ταυτότητα, τη γνώση και κατανόηση, τον προσωπικό έλεγχο, την κοινή λήψη αποφάσεων και την εξυπηρέτηση των άλλων. Καταλήγοντας, σε μια ανάλυση των Cerezo και συνεργάτες (2016), οι πιο συχνά συναντημένες διαστάσεις της ενδυνάμωσης αφορούσαν τη συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων, την κατοχή ελέγχου και γνώσης, και τις δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων.

Μελετώντας την ενδυνάμωση ασθενούς, διαπιστώνεται ότι περιβάλλεται από «κοντινές» έννοιες, που συχνά χρησιμοποιούνται ως ισοδύναμες (Fumagalli et al., 2015; Funnell, 2016). Η ενδυνάμωση, η συμμετοχή και η επικέντρωση στον ασθενή, εάν και θεωρούνται συμπληρωματικές και αλληλεπικαλύπτονται, διαφοροποιούνται σε κάποια σημεία (Castro et al., 2016). Κοινό γνώρισμα αποτελεί η ισορροπία ανάμεσα στη δύναμη επαγγελματιών και ασθενών, η αλληλεπίδραση, η σχέση, η επικοινωνία, ο αμοιβαίος σεβασμός (Castro et al., 2016). Η συμμετοχή αναφέρεται ως

μια στρατηγική για την επίτευξη της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας, η οποία με τη σειρά της λειτουργεί ως προϋπόθεση για τη διευκόλυνση της ενδυνάμωσης (Barr et al., 2015; Castro et al., 2016). Ως προς τις κύριες διαφορές τους, η ενδυνάμωση εμφανίζεται να είναι ευρύτερη και να υποκρύπτει μεγαλύτερες απαιτήσεις από τους φροντιστές και το σύστημα υγείας (Holmström & Röing, 2010). Σύμφωνα με τους Fumagalli και συνεργάτες (2015), η συμμετοχή προηγείται δημιουργώντας ευκαιρίες ώστε να αποκατασταθεί η ισορροπία της δύναμης στη σχέση με τους επαγγελματίες υγείας. Συγκρινόμενη με την έννοια της επικέντρωσης στον ασθενή, τοποθετείται σε διαφορετικά επίπεδα (μικρο-, μεσο-, μακρο-) και οι συνέπειές της ξεπερνούν τα ιατρικά πλαίσια δεδομένου του πολιτικού της υποβάθρου (Bravo et al., 2015; Castro et al., 2016). Επίσης, ξεχωρίζει στην αίσθηση αυτονομίας και στο επίπεδο συμμετοχής, όπου το άτομο δύναται να συνεισφέρει στο σύστημα ως όλο και όχι μόνο στη δική του φροντίδα (Pulvirenti, McMillan & Lawn, 2011).

Στον αντίποδα, ο Powers (2003) διατύπωσε μια λιγότερη θετική οπτική της ενδυνάμωσης. Ισχυρίστηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας την χρησιμοποιούν ως μια παρέμβαση για την παραγωγή συμμόρφωσης στις εντολές, ως *«μια καταναγκαστική στρατηγική, η εφαρμογή της οποίας δικαιολογείται από τα αποτελέσματά της»*. Οι ασθενείς, κίολας, θεωρούνται ενδυναμωμένοι, μόνο όταν ακολουθούν τις σωστές αποφάσεις, όπως αυτές λαμβάνονται από τον πάροχο φροντίδας (Powers, 2003). Άλλωστε, υπάρχουν άτομα που δεν επιθυμούν να ασχοληθούν με τη διαχείριση της νόσου τους και επιλέγουν να υπακούουν τυφλά τους αυθεντίες επαγγελματίες (Dowling et al., 2011). Η προτίμηση για εμπλοκή μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την πορεία της ασθένειας και εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας, τα δημογραφικά δεδομένα και την κουλτούρα (Angelmar & Berman, 2007). Άλλοτε είναι αποφασιστικοί και δυναμικοί και άλλοτε, για παράδειγμα, σε περιπτώσεις πόνου ή υψηλών επιπέδων άγχους, είναι πιθανό να παραδίδουν την ευθύνη στους ειδικούς (O’Cathain et al., 2005). Για τους Fox, Ward και O’Rourke (2005), οι τελευταίοι αντιλαμβάνονται το βήμα προς τον ειδήμονα ασθενή ως απειλητικό καθώς ο κακός αλφαριθμητισμός και η υπερβολική αυτεπίγνωσή του δυσχεραίνουν τις συναντήσεις τους και άρα τη θεραπεία. Τα προαναφερόμενα αποδεικνύουν ότι η ενδυνάμωση δεν αποτελεί πάντοτε μια επιθυμητή διαδικασία ή έκβαση από μέρους και των δυο πλευρών.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει προσελκύσει η σχέση της ενδυνάμωσης με την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων (Funnell & Anderson, 2004; Funnell, 2016). Ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια σωματικά νοσήματα βιώνουν αλλαγές, συμπεριφορικές και ψυχοκοινωνικές, που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους (Aujoulat et al., 2007). Στις περιπτώσεις αυτές, το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας παρέχεται κατά βάση από τους ίδιους (Funnell, 2016). Είναι αναγκαίο, συνεπώς, να κατανοούν την κατάστασή τους, να εμπλέκονται στην επιλογή των μέσων θεραπείας τους, να βελτιώνουν το «στάτους» υγείας τους και να διατηρούν μια θετική εικόνα εαυτού (Galanakis, Tsofli & Darviri, 2016). Μάλιστα, η ενδυνάμωση έχει προταθεί ως κατάλληλη φιλοσοφική και εκπαιδευτική προσέγγιση για το διαβήτη (Anderson & Funnell, 2010). Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι αλλαγές στη συμπεριφορά αφορούν κυρίως τη ρουτίνα ενός διαβητικού ασθενή. Η προσέγγιση αυτή τον βοηθά να μάθει να ζει με τη νόσο και να επιλέγει επιτεύξιμους, με νόημα, στόχους, σχετικά με τη διατροφή, την απώλεια βάρους και τη σωματική άσκηση. Για τη μεγιστοποίηση της επιτυχίας, προέχει η εσωτερική παρακίνηση και η αύξηση της ελευθερίας/αυτονομίας του (Anderson & Funnell, 2010).

### **1.2.1 Ενδυνάμωση και Ψυχική Υγεία**

Ιστορικά, έχει φανεί ότι οι ψυχικά ασθενείς στερούνται «φωνής» (Corrigan, 2002; WHO, 2010). Η πολυετής ιδρυματοποίηση έχει οδηγήσει στην αποδυνάμωσή τους, με αποτέλεσμα η ανάκτηση της δύναμης και του ελέγχου να αποτελεί το κλειδί για τη θετική ψυχική υγεία, ανάρρωση και ευημερία (Sakellari, 2008; Woodall, Raine, South & Warwick-Booth, 2010). Έχοντας συνηθίσει σε μια σχέση εξάρτησης με τους επαγγελματίες και να ακολουθούν κατά κόρον τις ειλημμένες από αυτούς αποφάσεις, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τα προσωπικά τους ζητήματα και να κάνουν τις σωστές επιλογές βάσει της κατάστασής τους (Hess, Clapper, Hoekstra & Gibison, 2001; Linhorst, 2005). Η περιθωριοποίηση, οι διακρίσεις, η ασυνέπεια στη θεραπεία και η υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής συνιστούν την πραγματικότητα της καθημερινής τους ζωής (Aggarwal, 2016; Corrigan, 2002; Nelson, Lord & Ochocka, 2001). Η αποδυνάμωση διαχέεται στο κοινωνικό επίπεδο με την παρουσία του στιγματισμού, στις υπηρεσίες με την παροχή κακής ενημέρωσης ή αντιμετώπισης αλλά και στο ίδιο το άτομο με την εμφάνιση χαμηλής αυτοαξίας και αίσθησης

ταυτότητας (WHO, 2010). Στη «Διακήρυξη για την Ψυχική Υγεία στην Ευρώπη» (World Health Organization, 2005) και στο «Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία» (Regional Committee for Europe, 2013) του Π.Ο.Υ. αναγνωρίστηκε το αίτημα της ενδυνάμωσης για τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις οικογένειές τους.

Η έννοια της ενδυνάμωσης στη σφαίρα της ψυχικής υγείας γεννήθηκε τη δεκαετία του '80, ως μια εναλλακτική θέση στο ιατρικό μοντέλο που αντιμετωπίζει τα άτομα με ψυχικές δυσκολίες ως τους έχοντες προβλήματα και ελλείμματα (Kieffer 1984, Clark & Krupa 2002). Σύμφωνα με τους Zimmerman και Warschawsky (1998), διαδραματίζει έναν κεντρικό ρόλο στην ψυχιατρική αποκατάσταση. Άτομα που πάσχουν από μια ψυχική διαταραχή μπορούν να ενδυναμωθούν, εάν προσπαθήσουν να αυξήσουν το βαθμό ελέγχου όχι μόνο πάνω στη θεραπεία αλλά και στη ζωή τους γενικότερα (McLean, 1995). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συμμετοχή σε ομάδες αμοιβαίας βοήθειας, την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων ή την κριτική κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των υπηρεσιών σχετικά με τη διαχείριση της ασθένειας (Zimmerman, 1995). Ο Chamberlin (1997) την όρισε ως μια διαδικασία που διακρίνεται από ένα αριθμό χαρακτηριστικών, όπως τη δύναμη κατά τη λήψη αποφάσεων, την πρόσβαση σε πληροφορίες και πηγές, την ύπαρξη εύρους επιλογών, τη σιγουριά, την εκμάθηση κριτικής σκέψης. Το ενδυναμωμένο άτομο δεν σημαίνει απαραίτητα ότι εμφανίζει κάθε στοιχείο της λίστας. Παρά τη διαταραχή, βέβαια, έχει θετική αυτοεκτίμηση και δεν επιβαρύνεται έντονα από μια κοινότητα που το στιγματίζει (Corrigan, 2002), Για τους καταναλωτές της φροντίδας ψυχικής υγείας, η ενδυνάμωση υποδηλώνει ότι ο ασθενής στη θεραπεία αισθάνεται αποδεκτός ως άτομο παρά ως ένα αντικείμενο της ιατρικής παρέμβασης (Aggarwal, 2016; Chamberlin, 1997).

Οι Nelson και συνεργάτες (2001) παρουσίασαν τις διαδικασίες ενδυνάμωσης και αποδυνάμωσης που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν αντίστοιχα την ανάκτηση της ψυχικής υγείας. Με βάση αφηγήσεις ψυχιατρικών ασθενών, διέκριναν το προσωπικό κίνητρο, τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικών σχέσεων, τις οργανώσεις και κοινότητες που ανταποκρίνονται, την κοινωνική αλλαγή και κοινωνική δικαιοσύνη. Στις σοβαρές ψυχικές ασθένειες εάν και η συμπτωματολογία πιθανά παρακωλύει τη διαδικασία της ενδυνάμωσης, η παρουσία νοήματος στη ζωή του ατόμου και εύλογης ελπίδας για την αποκατάστασή του συντελούν στην εξέλιξή της (Finfgeld, 2004; Nelson et al., 2001;

Strack & Schulenberg, 2009). Στο σύγγραμμά του ο Linhorst (2005) περιέγραψε εννέα συνθήκες για την ενδυνάμωση των ψυχικά πασχόντων, από τις οποίες κάποιες είναι εσωτερικής φύσεως και άλλες απαντώνται στο κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον. Θεωρείται, αναμφίβολα, ένας κατάλληλος θεραπευτικός στόχος καθώς συνδέεται με την ενσωμάτωση στην κοινότητα και την πρόσβαση στην εργασία, την εκπαίδευση και σε άλλες χρήσιμες πηγές (Nelson et al., 2001). Αλλάζει, ακόμα, την εσωτερικευμένη αρνητική ταυτότητα του «ψυχικά ασθενούς», με το άτομο είτε να απορρίπτει την ετικέτα εντελώς είτε να την επανακαθορίζει ώστε να αποφέρει θετικές ιδιότητες (Chamberlin, 1997).

Η ενδυνάμωση και τα οφέλη της σε σχέση με την ψυχική υγεία των ενηλίκων έχουν μελετηθεί εκτενώς (Powers, 2003; WHO, 2010; Woodall et al., 2010) αλλά η έρευνα, όσον αφορά το νεανικό πληθυσμό, διαγράφεται ιδιαίτερα ελλιπής (Grealish et al., 2017). Νεαρά άτομα με ψυχικές διαταραχές που λαμβάνουν ιδρυματική φροντίδα και επανεπιδείκνται στην καθημερινότητά τους, χρειάζεται να ενδυναμωθούν ώστε η μετάβασή τους να είναι όσο το δυνατό πιο επιτυχημένη και διαρκής (Huscroft-D'Angelo, Trout, Lambert & Thompson, 2017). Σε προεφήβους που πληρούν τα κριτήρια για διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, η απόκτηση δύναμης λειτουργεί ως μέσο ενίσχυσης της αυτοαντίληψης και της αυτοπεποίθησης (Frame, 2003). Οι Grealish και συνεργάτες (2013) εξέτασαν τη σημασία που αποδίδεται στη διαδικασία της ενδυνάμωσης από νέους που έχουν διαγνωστεί με ψύχωση για την ανάρρωση και την ποιότητα ζωής τους. Ενδιαφέρον εύρημα της έρευνας τους αποτελεί το γεγονός ότι οι νεαροί ασθενείς εξισώνουν την ενδυνάμωση με το να τους ακούν, να τους καταλαβαίνουν και να τους εμπιστεύονται οι κλινικοί. Σύμφωνα με τις προσωπικές τους συνεντεύξεις, μπορούν πιο εύκολα να αναλάβουν δράση ώστε να αποκτήσουν έλεγχο πάνω στον εαυτό τους και να συνεργάζονται με το ιατρικό προσωπικό για την τροποποίηση της συμπεριφοράς τους.

### **1.3 Ενδυνάμωση και Νέοι**

Εάν και οι αναφορές στην ενδυνάμωση αφορούν κατά βάση τους ενήλικες, ολοένα γίνεται αντιληπτή η αυξημένη αποδοχή της ανάγκης να μελετηθεί η έννοια από την οπτική των νέων ατόμων (Grealish et al., 2017; Walker, Thorne, Powers & Gaonkar, 2010). Τα τελευταία χρόνια, θεωρείται ένα καίριας σημασίας στοιχείο για τις



υπηρεσίες και έχει συνδεθεί επιτυχώς με ποικίλες συνθήκες και καταστάσεις (Gullan et al., 2013). Η προσοχή των ερευνών έχει στραφεί στην ωφέλεια εκείνων που διατρέχουν υψηλή επικινδυνότητα και στην υποστήριξη της υγιούς ανάπτυξής τους (Martinez, Jiménez-Morales, Masó & Bernet, 2016). Η ενδυνάμωση των νέων περιλαμβάνει μια συλλογική, δημοκρατική και θετική κοινωνική διαδικασία, μέσω της οποίας ενθαρρύνεται η συνεισφορά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Cargo et al., 2003; Jennings, Parra-Medina, Hilfinger Messias & McLoughlin, 2006). Σε μια συστηματική έρευνα του 2016 παρουσιάστηκαν από τους Martinez και συνεργάτες τα κύρια χαρακτηριστικά της, τα οποία σχετίζονται με (α) την προσωπική ανάπτυξη και ευημερία, (β) τις διαπροσωπικές σχέσεις, (γ) την εκπαίδευση, (δ) την πολιτική, (ε) τη μεταμόρφωση και (στ) τη χειραφέτηση. Κατά καιρούς, βέβαια, έχουν αναδυθεί διαφορετικά μοντέλα και θεωρίες που αναφέρονται στην ενδυνάμωση και τους τρόπους με τους οποίους οι νέοι μπορούν να εμπλακούν στις διαδικασίες αυτές.

Οι Chinman και Linney (1998), διαβλέποντας την αναγκαιότητα εφαρμογής της ενδυνάμωσης στην κρίσιμη περίοδο της εφηβείας για μια θετική, κοινωνικά κατάλληλη ανάπτυξη, σχεδίασαν τον «Κύκλο Εφηβικής Ενδυνάμωσης» (Adolescent Empowerment Cycle, AEC). Τη βάση του συνέθεσαν οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες για τη διαμόρφωση ταυτότητας (Marcia, 1966; Ericson, 1968), το μοντέλο κοινωνικής ανάπτυξης (Hawkins et al., 1992), και η αίσθηση ανυπαρξίας ρόλων (Kurth-Schai, 1988; Nightengale & Wolverton, 1988). Αυτός περιγράφει διαδικασίες που τείνουν στη δημιουργία μιας σταθερής θετικής ταυτότητας, με την εναλλαγή διαφορετικών ρόλων αλλά και την παροχή ανατροφοδότησης από το περιβάλλον. Επικεντρώνεται στη συμμετοχή των εφήβων σε γεμάτες νόημα δραστηριότητες, στην εκμάθηση χρήσιμων δεξιοτήτων, την ενθάρρυνση και την αναγνώριση της συνδρομής τους. Η σύναψη δεσμού με θετικούς φορείς, αρχικά ωθούμενη από ευκαιρίες για συμμετοχή, θεωρείται ένα αναπόσπαστο κομμάτι του μοντέλου. Ο τρόπος μετακίνησης μέσα στο κύκλο και εν τέλει η ενδυνάμωση επηρεάζονται από τη φύση των δραστηριοτήτων στις οποίες οι έφηβοι λαμβάνουν μέρος (Chinman & Linney, 1998).

Πέραν του AEC, το «Πρόγραμμα Νεανικής Ανάπτυξης και Ενδυνάμωσης» (Youth Development and Empowerment Program Model, YD&E) συγκαταλέγεται στα κυρίαρχα μοντέλα ενδυνάμωσης. Με δημιουργούς τους Kim, Crutchfield, Williams και Hepler, ιδρύθηκε το 1998 στο πλαίσιο των νεανικών προγραμμάτων ενδυνάμωσης, με στόχο την πρόληψη της χρήσης ουσιών και άλλων προβληματικών

συμπεριφορών. Σε σύγκριση με το μοντέλο των Chinman και Linney, παρατηρούνται αρκετά κοινά στοιχεία στη δομή και τις διαδικασίες τους (Jennings et al., 2006). Η προσέγγιση αυτή αναλύει τη συμμετοχή σε έργα των κοινοτικών υπηρεσιών, γεγονός που προάγει την πρόσκτηση δεξιοτήτων ζωής, την αυτονομία και την ενδυνάμωση. Ενώνει την αυτό-ενδυνάμωση με την κοινοτική συμμετοχή αφού, μέσα από την εκπαίδευση της κοινότητας από τους ίδιους για κοινωνικά ζητήματα, αναμένεται να επιδείξουν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, να αναπτύξουν θετικούς δεσμούς και να προετοιμαστούν για τον κοινωνικό ακτιβισμό. Μάλιστα, στο YD&E τα νέα άτομα εμφανίζονται *«ως πλεονέκτημα και βοήθημα για την κοινότητα παρά ως κοινωνικά προβλήματα ή εμπόδια για την κοινότητα»* (Kim et al., 1998). Βέβαια, επιβάλλεται η ισχυρή υποστήριξη από τους ενήλικες, οι οποίοι, εάν και έχουν υψηλές προσδοκίες, εκτιμούν και ενισχύουν τις προσπάθειες και τα επιτεύγματά τους. Σε ζεύγη με τους νέους στις δραστηριότητες, φροντίζουν για την ανάπτυξη των ηγετικών ικανοτήτων και της υπευθυνότητάς τους (Kim et al., 1998).

Από την άλλη, το μοντέλο “Transactional Partnering” (TP) προήλθε από τα αποτελέσματα μιας ποσοτικής μελέτης για κοινοτικά προγράμματα προώθησης της υγείας που απευθύνονται σε υποβαθμισμένες περιοχές και αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Οι Cargo και συνεργάτες (2003) προέβαλαν την ενδυνάμωση ως μια διαδικασία συναλλακτικής σύμπραξης ανάμεσα σε νέους και παλαιότερα μέλη της κοινότητας. Υπέθεσαν ότι η έκθεσή τους σε προκλήσεις μέσα στο προστατευόμενο κλίμα μιας αυτό-καθορισμένης ατζέντας, η συμμετοχή και ο συλλογισμός που αυτή συνεπάγεται, οδηγούν στη μάθηση και την απόκτηση ενδυνάμωσης. Το μοντέλο TP «φωτίζει» ακόμα περισσότερο τη δημιουργία της κατάλληλης για την ενδυνάμωση ατμόσφαιρας στην οποία συμβάλλουν οι ενήλικες. Οι τελευταίοι βοηθούν μέσω της διευκόλυνσης, εκπαίδευσης, καθοδήγησης και απόδοσης εποικοδομητικής κριτικής (Cargo et al., 2003). Γνωρίζοντας οι νέοι ότι εμπνέουν εμπιστοσύνη και σεβασμό, ότι τους νοιάζονται και τους παρακινούν, αισθάνονται πιο άνετοι να επωμιστούν την ευθύνη και να ενεργήσουν. Σημειωτέον ότι η ατομική έκβαση της ενδυνάμωσης εντείνεται και πιο απώτερες μακροχρόνιες αλλαγές επιτυγχάνονται ως απόρροια της δραστήριας ένταξης στην κοινότητα.

Τέλος, το 2005 διαμορφώθηκε το μοντέλο «Εκπαίδευση στην Ενδυνάμωση» (Empowerment Education Model, EE) από τους Wallerstein, Sanchez-Merki και Velarde. Επηρεασμένο από την παιδαγωγική του Freire αλλά και τη θεωρία της

συμπεριφορικής αλλαγής, εστιάζει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και γνώσης, οι οποίες υποστηρίζουν τις προσπάθειες των νέων για δράση, και πιο συγκεκριμένα στην καλλιέργεια της ενσυναίσθησης και την κριτική ανάλυση των κοινωνικών δομών μέσα σε ασφαλείς συνθήκες. Γεφυρώνοντας την ατομική ενδυνάμωση και την κοινοτική οργανωτική, επιχειρείται η παράλληλη αύξηση της αποτελεσματικότητας σε επίπεδο ατομικό, συλλογικό και πολιτικό, και η εμφάνιση αυτό-προστατευτικών και κοινωνικά υπεύθυνων συμπεριφορών (Wallerstein et al., 2005). Με βάση το μοντέλο, υλοποιήθηκε ένα κοινοτικό πρόγραμμα που προέβλεπε την επαφή των νέων με νοσοκομειακούς ασθενείς ή τροφίμους φυλακών αναφορικά με τις υψηλού ρίσκου συμπεριφορές που είχαν εκδηλώσει. Η εξιστόρηση εμπειριών ζωής, η ακρόαση, η επακόλουθη συζήτηση κατεύθυναν την εξερεύνηση στρατηγικών για την υιοθέτηση πιο υγιών επιλογών. Για το ΕΕ, λοιπόν, η νεανική συμμετοχή στοχεύει σε *«μια συνεχή αλληλεπίδραση ανάμεσα στον κριτικό στοχασμό και τις δράσεις που τα άτομα λαμβάνουν ώστε να προωθήσουν την ατομική και κοινοτική αλλαγή»* (Wallerstein et al., 2005).

Κατόπιν της εξέτασης και ενοποίησης των άνωθεν τεσσάρων εννοιολογικών μοντέλων ενδυνάμωσης αλλά και των δεδομένων μιας συμμετοχικής ερευνητικής μελέτης, οι Jennings και συνεργάτες (2006) κατέληξαν στην «Κριτική Νεανική Ενδυνάμωση» (Critical Youth Empowerment, CYE). Διέκριναν σε έξι διαστάσεις τα απαιτούμενα συστατικά για την οικοδόμηση των διαδικασιών ενδυνάμωσης στους νέους. Σύμφωνα με τη θεωρία τους, η νεανική ενδυνάμωση συμβαίνει σε ένα σταθερό, φιλικό περιβάλλον, μέσα από την ουσιαστική συμμετοχή, το δίκαιο μοίρασμα δύναμης μεταξύ νέων και ενηλίκων, τον κριτικό συλλογισμό κατά τις διαπροσωπικές και κοινωνικοπολιτικές διαδικασίες, την εμπλοκή σε δράσεις με σκοπό την αλλαγή, και την ενταγμένη σε επίπεδο κοινότητας ατομική ενδυνάμωση (Jennings et al., 2006). Το CYE συνδυάζει την ατομική αλλαγή συμπεριφοράς με συλλογικές προσπάθειες για την επέλευση αλλαγής σε πολιτικές, δομές, διαδικασίες, κοινωνικές αξίες, νόρμες και εικόνες. Χρησιμοποιείται από τους ερευνητές ως ένα πλαίσιο αναφοράς για τη δημιουργία ευκαιριών νεανικής ενδυνάμωσης.

Όντας η ενδυνάμωση μια μη στατική διαδικασία, εντοπίζονται διάφορα μοντέλα νεανικής συμμετοχής στη βιβλιογραφία, που λαμβάνουν υπόψη τις εκάστοτε αποκλίσεις της (Morton & Montgomery, 2011). Αρχικά, η «κλίμακα συμμετοχής» (Ladder of Young's People Participation), που διατυπώθηκε από τον Roger Hart

(1992), απεικονίζει ένα συνεχές οχτώ επιπέδων στα οποία παιδιά και νέοι έχουν τη δυνατότητα να εμπλακούν. Τα πρώτα τρία επίπεδα του μοντέλου, η «χειραγώγηση», η «διακόσμηση» και η «συμβολική συμμετοχή», αντιπροσωπεύουν ουσιαστικά την έλλειψη συμμετοχής. Συμμετέχουν δηλαδή σε δραστηριότητες που διενεργούνται από ενήλικες, χωρίς, όμως, στην πραγματικότητα να ενσωματώνονται στη διαδικασία. Αντίθετα, τα υπόλοιπα συμβολίζουν διαφορετικούς βαθμούς συμμετοχής, οι οποίοι εμφανίζουν σταδιακή αύξηση. Η πραγματική συμμετοχή, που αντιμετωπίζεται ως ένα εξελισσόμενο γεγονός, ξεκινάει με την επαρκή ενημέρωση, την πλήρη κατανόηση των στόχων και της διαδικασίας, και την επίδειξη σεβασμού στις διαφορετικές απόψεις. Η διαθεσιμότητα εξαρτάται πλέον από τη βούληση των ίδιων να συμμετέχουν ή όχι σε κάθε δραστηριότητα. Το υψηλότερο σκαλοπάτι αντιστοιχεί στην επίτευξη της πλήρους ενδυνάμωσης και αποτελεί την πιο επιθυμητή μορφή (Wong et al., 2010). Στο τελευταίο στάδιο οι νεαροί ξεκινούν και εκτελούν προγράμματα προσκαλώντας τους ενήλικες να συμβάλουν στις αποφάσεις.

Εν συνέχεια, πέντε διακριτοί «βαθμοί συμμετοχής» (Degrees of participation) προτάθηκαν από τον Treseder (1997), ως μια αναθεώρηση των ανώτερων επιπέδων της «σκάλας συμμετοχής». Ασκώντας κριτική στην υπόθεση του Hart για την ύπαρξη ενός ιδανικού επιπέδου νεανικής συμμετοχής, την απέρριψε. Στο μοντέλο αυτό η γραμμική δομή αντικαθίσταται από μια μη ιεραρχική, κυκλική απεικόνιση. Οι βαθμοί χαρακτηρίζονται από ισοτιμία και πιο κατάλληλος θεωρείται όποιος ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των εμπλεκόμενων ανάλογα με την κατάσταση και τα καθήκοντα (Treseder, 1997). Αντίστοιχη οδό ακολούθησε ο Shier (2001), ο οποίος, βασιζόμενος μόνο στις βαθμίδες συμμετοχής του Hart, προσέφερε μια εναλλακτική κατηγοριοποίηση, τα «μονοπάτια συμμετοχής» (Pathways to Participation). Διέκρινε πέντε προοδευτικά στάδια, όπου για καθένα από αυτά εφαρμόζονται διαφορετικά επίπεδα δέσμευσης στη διαδικασία ενδυνάμωσης, τα ανοίγματα, οι ευκαιρίες και οι υποχρεώσεις. Δημιουργήθηκε μια σειρά από ερωτήματα που απευθύνονται σε ενήλικες, ως μέσο προσδιορισμού του τρέχοντος επιπέδου συμμετοχής ή αξιολόγησης του σχεδιασμού μιας δράσης. Με την υπογράμμιση της θέσης της ενήλικης δύναμης, δεν προβλέπεται η ανεξαρτησία των νέων κατά τη λήψη αποφάσεων (Shier, 2001).

Αναφορικά με την πρόσφατη τυπολογία των Wong, Zimmerman και Parker (2010), που έχει σχήμα πυραμίδας, αυτή ξεχωρίζει διότι έχει τις ρίζες της σε ένα θεωρητικό πλαίσιο ενδυνάμωσης. Το “TYPE (Typology of Youth Participation and

Empowerment) Pyramid” παρουσιάζει πέντε τύπους συμμετοχής, που εκφράζουν τους μεταβαλλόμενους βαθμούς ενδυνάμωσης και την προοπτική θετικής νεανικής ανάπτυξης. Αυτοί κυμαίνονται από το μέγιστο έλεγχο των ενηλίκων, όπου οι νέοι ως «*άδεια δοχεία*» δεν έχουν φωνή, έως και τη διατήρηση του απόλυτου ελέγχου από αυτούς. Τονίζοντας οι συγγραφείς το σημαίνοντα ρόλο των ενηλίκων στη διαδικασία της ενδυνάμωσης, στην κορυφή τοποθέτησαν τον πολύπλευρο τύπο, στον οποίο η νεολαία έχει ενεργητική συμμετοχή και μοιράζεται τον έλεγχο με τους ενήλικες. Οι τελευταίοι χρησιμεύουν ως πηγές διευκόλυνσης αφού τα νεαρά άτομα δυσκολεύονται να επωμιστούν όλο το βάρος της ενδυνάμωσης τόσο του εαυτού τους όσο και της κοινότητας (Wong et al., 2010). Τουναντίον, στον αυτόνομο τύπο οι νέοι αποκτούν πλήρη έλεγχο και οι μεγαλύτεροι παραμερίζονται, με αποτέλεσμα να παρατηρείται ένα είδος αναρχίας. Η απουσία σύνδεσης και καθοδήγησης από υποστηρικτικούς ενήλικες παρακωλύει τη θετική ανάπτυξη και οδηγεί σε περιορισμένη ενδυνάμωση. Σε ερευνητικές εργασίες, οργανωτικές προσεγγίσεις ή προγράμματα ενδέχεται να γίνει ανάμειξη των τύπων συμμετοχής (Wong et al., 2010).

### **1.3.1 Προγράμματα ενδυνάμωσης**

Δεδομένης της σημαντικότητας της ενδυνάμωσης και της διασύνδεσής της με την παροχή υπηρεσιών, έχουν αναπτυχθεί καινοτόμα προγράμματα και πολιτικές για την ενίσχυσή της. Ποικίλουν ως προς τη θεματική και τα περιβάλλοντα στα οποία υλοποιούνται, εάν και το ενδιαφέρον τοποθετείται κατά βάση στις ανάγκες της κοινότητας, όπως φαίνεται άλλωστε στα παραδείγματα που παρατίθενται παρακάτω. Στις βασικές προκλήσεις των υπευθύνων διακρίνεται η ανάμειξη των ευάλωτων ατόμων στις προσπάθειες αυτές (Mohajer & Earnest, 2009). Ο Wallerstein (2006) τόνισε ότι τα χαρακτηριστικά και η κατεύθυνση των βασισμένων στην ενδυνάμωση προγραμμάτων καθορίζονται από τους συμμετέχοντες και επομένως ο σκοπός τους μεταβάλλεται ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση. Ένα πρωταρχικής σημασίας στοιχείο για την ανθεκτικότητά τους συνιστά η επιλογή της διαδικασίας παρέμβασης (Zimmerman, 2000). Κατά τους Jennings και συνεργάτες (2006), χρειάζεται να παρέχουν ευκαιρίες για ανάπτυξη της ενδυνάμωσης ταυτόχρονα σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο. Επομένως, η ενσωμάτωση των τριών συστατικών του μοντέλου

ενδυνάμωσης του Zimmerman θα μπορούσε να είναι επωφελής για τη διαμόρφωση των προγραμμάτων και την προώθηση θετικών συμπεριφορών (Eisman et al., 2016).

Τα προγράμματα νεανικής ενδυνάμωσης (Youth Empowerment Programs, YEPs) αποτελούν παρεμβάσεις που προετοιμάζουν τα νέα άτομα για την ενηλικίωση βελτιώνοντας τις στάσεις, τις δυνατότητες και τις συμπεριφορές τους. Συγκεκριμένα, αποσκοπούν στην καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης, της αυτό-αποτελεσματικότητας και των κοινωνικών δεξιοτήτων καθώς και στην εξάσκηση αυτών σε πραγματικές συνθήκες (Zimmerman, 2000). Ασπάζονται την αρχή της συμπερίληψης των ίδιων των νέων στη δημοκρατική διαδικασία λήψης αποφάσεων κατά το σχεδιασμό, την οργάνωση και την εφαρμογή των προγραμμάτων (Morton & Montgomery, 2013). Απαιτείται, βέβαια, η πρόσβαση σε ενήλικες ή νέους με μεγαλύτερη εμπειρία, οι οποίοι είτε διαμοιράζονται τις υποχρεώσεις με τους συμμετέχοντες είτε δρουν ως διευκολυντές (facilitators). Αυτά τα πρόσωπα-κλειδιά αναλαμβάνουν το συντονισμό υποστηρίζοντας και διευκολύνοντας τη συμμετοχή (Morton & Montgomery, 2011). Η σχέση νέων και ενηλίκων οργανώνεται σε μια πιο οριζόντια δομή, με τις δυο πλευρές να συνεισφέρουν καθοριστικά στους στόχους της συνεργασίας (Wong et al., 2010).

Οι ενδιαφερόμενοι αποκτούν ένα δραστήριο ρόλο σε ασφαλείς, θετικές και δομημένες διαπροσωπικές δραστηριότητες, οι οποίες δεν περιορίζονται σε ένα μόνο πρόβλημα αλλά καλύπτουν διαφορετικές πτυχές της κοινωνικό-συναισθηματικής λειτουργικότητας (Morton & Montgomery, 2013). Επιπρόσθετα, οι παρεμβάσεις χτίζονται πάνω στην αλληλεπίδραση με συνομηλίκους και κατά συνέπεια μια ατομική καθοδηγητική σχέση που δεν προσφέρει δυνατότητες ομαδικής συνεργασίας, δεν ικανοποιεί τις απαιτήσεις των προγραμμάτων. Χαρακτηριστικά, τα YEPs λαμβάνουν τη μορφή συμμετοχής σε νεανικά συμβούλια, κέντρα νεότητας, συμβουλευτικές επιτροπές, ομάδες συνηγορίας και κοινωνικής εργασίας, δράσεις διαμεσολάβησης συνομηλίκων και σε διοικητικές θέσεις (Morton & Montgomery, 2011). Παρόλο που συνήθως φιλοξενούνται σε χώρους σχολείων ή της κοινότητας, η πλειοψηφία τους ξεφεύγει από τα πλαίσια της τυπικής εκπαίδευσης (Morton & Montgomery, 2013). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η τακτική συμμετοχή σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων τα διακρίνει από παρεμφερή εξωσχολικά προγράμματα που δεν θεμελιώνονται στην ενδυνάμωση (Morton & Montgomery, 2011).

Οι Mohajer και Earnest (2009) ανέπτυξαν, με επιρροές από το έργο του Freire, ένα μοντέλο προγραμμάτων νεανικής ενδυνάμωσης, τα οποία χρησιμοποιούνται ειδικά σε νεαρά άτομα υψηλού κινδύνου. Σαν μια πρώτη κεντρική ιδέα, όλοι οι συμπραττόμενοι ενός προγράμματος θα πρέπει να συμφωνήσουν και να καταγράψουν τους στόχους. Μάλιστα, η προσθήκη ενός στοιχείου κοινοτικής δράσης εξασφαλίζει τη βιωσιμότητά του. Πρότειναν, ακόμα, το περιεχόμενο να εγκολπώνεται την τοπική κουλτούρα, τις πεποιθήσεις και τις αξίες νέων και ενηλίκων. Με αυτό τον τρόπο, συντελείται η κατανόηση της ταυτότητας και του ρόλου μέσα στην ευρύτερη κοινότητα. Σχηματίζοντας ομάδες/ κύκλους που φέρνουν ένα αίσθημα ισότητας, αναπτύσσεται η κριτική συνείδηση. Εκτός αυτών, ο Ungerleider (2012) επισήμανε τη χρήση του διαλόγου κατά τη δημιουργία των προγραμμάτων ενδυνάμωσης. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να θέτουν επί τάπητος κοινωνικά προβλήματα, να συζητούν μεταξύ τους και να αναλύουν κρίσιμα θέματα που τους απασχολούν. Για τους νεαρούς μελλοντικούς ηγέτες, ο διάλογος δίνει χώρο στο να ακουστούν, να εκφράσουν τις απόψεις και τις ανησυχίες τους, να αποκτήσουν αίσθημα ευθύνης, να οραματιστούν την κοινωνική αλλαγή (Mohajer & Earnest, 2009; Ungerleider, 2012).

Ενδεικτικά, ένα πρόγραμμα ενδυνάμωσης διαμορφώθηκε από το Τμήμα Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Μίσιγκαν, στο περιεχόμενο του οποίου είναι ενσωματωμένα η θετική ανάπτυξη, η θεωρία ενδυνάμωσης και το οικολογικό μοντέλο (Franzen, Morrel-Samuels, Reischl & Zimmerman, 2009; Zimmerman, Stewart, Morrel-Samuels, Franzen & Reischl, 2011). Το “Youth Empowerment Solutions” (YES) απευθύνεται σε μαθητές γυμνασίου μετά τη λήξη των διδακτικών ωρών ή την περίοδο του καλοκαιριού (Reischl et al., 2011). Από το πιλοτικό πρόγραμμα “YES for Peaceful Communities”, έχει εξειδικευτεί στην πρόληψη της νεανικής βίας και στη βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Reischl et al., 2011; Zimmerman et al., 2011). Προσφέρεται ένας ενεργός κύκλος μαθημάτων, οργανωμένων σε έξι ενότητες, που βοηθά τους νέους να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και κριτική σκέψη σχετικά με την κοινότητα και να συνεργάζονται με τους ενήλικες για την ανάληψη δράσης. Στους σκοπούς συγκαταλέγονται η ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων (ενδοπροσωπικό), η σύνδεση με την κοινότητα (διαπροσωπικό) και η συμμετοχή με καθοδήγηση σε έργα που επιφέρουν θετικές κοινοτικές αλλαγές (συμπεριφορικό) (Zimmerman et al., 2018). Παρέχει ευκαιρίες για διαγενεακές συμπράξεις και εμπεριέχει δραστηριότητες που προωθούν την πολιτισμική ταυτότητα

(Franzen et al., 2009; Zimmerman et al., 2018). Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην προετοιμασία και εκπαίδευση των ενηλίκων της γειτονιάς να εργάζονται από κοινού με τους νέους για την εξέλιξη της κοινότητάς τους (Zimmerman et al., 2011).

Το έργο “Youth Empowerment Strategies Project” (YES!), επιχορηγούμενο από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, έχει συνταχθεί βάσει των αρχών της ατομικής και κοινοτικής ενδυνάμωσης (Wilson, Minkler, Dasho, Wallerstein & Martin, 2008). Στα πλαίσια της θετικής νεανικής ανάπτυξης για μια ικανοποιητική ζωή, στοχεύει σε παιδιά που φοιτούν στις τάξεις του δημοτικού και του γυμνασίου και που διαμένουν σε αστικές, μη προνομιούχες γειτονιές. Με την πρωτοβουλία αυτή, επιδιώκεται η μείωση ριψοκίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών, όπως της χρήσης οινοπνευματωδών, καπνού και εξαρτησιογόνων ουσιών (Wilson et al., 2006). Η ταυτοποίηση και ενίσχυση των ικανοτήτων και δυνατοτήτων και συγχρόνως η ανάδειξη των νέων ως λύτες προβλημάτων και κριτικά σκεπτόμενους συνιστούν τα δομικά στοιχεία του προγράμματος. Με την έναρξη του YES! δρομολογείται ο σχηματισμός της ομάδας και έπειτα επιχειρείται η καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος και η διαμόρφωση των άγραφων κανόνων που θα ισχύσουν στην αλληλεπίδραση των μελών. Στον πυρήνα των δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα μετά το σχολείο, βρίσκεται η μέθοδος “photovoice”. Οι συμμετέχοντες εφοδιάζονται με φωτογραφικές μηχανές και, αφού εκπαιδευτούν στη χρήση της, αποτυπώνουν σε φωτογραφίες όσα συμβαίνουν στην κοινότητα (Wilson et al., 2007). Η τεχνική αυτή δίνει το έναυσμα για προσωπικό γράψιμο και σε βάθος συζητήσεις με την ομάδα, οδηγώντας σε συλλογική δράση, σχετικά με θέματα κοινού ενδιαφέροντος τόσο για το σχολείο όσο και τη γειτονιά (Wilson et al., 2008).

Ως προς τον τομέα της ψυχικής υγείας, δεν λείπουν τα ειδικά προγράμματα, εάν και πιο περιορισμένα σε αριθμό, που αυξάνουν τη νεανική ενδυνάμωση και αυτό-αποτελεσματικότητα. Δυο πολλά υποσχόμενες παρεμβάσεις, το “Achieve My Plan” (AMP) και το “My Life”, έχουν αναπτυχθεί στα πλαίσια μελετών του Πολιτειακού Πανεπιστημίου του Πόρτλαντ (Walker, Geenen, Thorne & Powers, 2009). Υποστηρίζουν νέους που αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχικά προβλήματα να έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη δημιουργία και τη διεξαγωγή πλάνου αναφορικά με τη θεραπεία, την εκπαίδευση και γενικότερα το μέλλον τους (Gowen & Walker, 2009). Η πρώτη συστάθηκε από τους ερευνητές, σε συνεργασία με ένα συμβουλευτικό σώμα αποτελούμενο από νεαρούς ασθενείς, φροντιστές και παρόχους υπηρεσιών. Είναι



σχεδιασμένη με τρόπο που αποφέρει ουσιαστική επίδραση τόσο σε επίπεδο ατομικό όσο και υπηρεσιών, στους εργαζόμενους των οποίων διατίθεται ειδική εκπαίδευση. Αυξάνοντας τη νεανική συμμετοχή και ενδυνάμωση, το AMP έχει συντελέσει στη βελτίωση μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης, της “Wraparound”, για τη διαχείριση της φροντίδας παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές (Walker, Seibel & Jackson, 2017). Η διαδικασία στηρίζεται στις ομαδικές «AMP συναντήσεις» όπου οι νέοι συντονίζουν τη συνάντηση, μοιράζονται το πλάνο τους και συζητούν. Προηγούνται, όμως, οι ατομικές συνεδρίες με έναν ορισθέν «AMP προπονητή», που τους βοηθά στις οργανωμένες δραστηριότητες. Πριν την πρώτη ομαδική συνάντηση, τελούνται τρία προπαρασκευαστικά μαθήματα, κατά τα οποία τους κατευθύνει να αναζητήσουν στόχους, να συντάξουν το προσχέδιο του πλάνου, να θέσουν το πρόγραμμά τους και να προετοιμαστούν για κάθε τμήμα της συνάντησης (Walker et al., 2009).

Σχετικά με το πρόγραμμα “My Life”, αυτό επικεντρώθηκε σε νέους με ειδικές ανάγκες που μεγαλώνουν σε ανάδοχη οικογένεια και βιώνουν σημαντικές δυσκολίες στην ψυχική υγεία (Powers & Geenen, 2007). Κεντρικό σημείο του αποτελεί η ανάπτυξη από κάθε νέο άτομο ενός εξατομικευμένου σχεδίου δράσης και η παρουσίασή του σε μια συνάντηση με τους σημαντικούς άλλους. Οι συμμετέχοντες λαμβάνουν 50 ώρες προσωπική καθοδήγηση, η οποία αφορά τη χρήση δεξιοτήτων αυτοδιάθεσης ώστε να επιτυγχάνουν τους στόχους μετάβασης που θέτουν. Ταυτόχρονα, παρακολουθούν συμβουλευτικά εργαστήρια με νεαρούς ενήλικες που είχαν αντίστοιχες εμπειρίες αλλά πλέον εργάζονται ή σπουδάζουν. Μαζί με τους καθοδηγητές, επιζητούν τη συνεργασία με τους ανάδοχους γονείς, το προσωπικό ειδικής αγωγής καθώς και τους κοινωνικούς λειτουργούς από την πρόνοια (Walker et al., 2009). Παράλληλα, εδραιώνουν σχέσεις με ενήλικες συμμάχους για την παροχή πρόσθετης στήριξης. Το “My Life”, διάρκειας περίπου 12 μηνών, περιλαμβάνει μια διαδικασία εννέα βημάτων (Powers & Geenen, 2007). Όπως φαίνεται σε μετρήσεις παρακολούθησης νέων μετά την παρέμβαση, προκύπτουν θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής τους καθώς πορεύονται προς την ενηλικίωση (Walker et al., 2009).

#### **1.4 Στρατηγικές ενδυνάμωσης**

Οι ενέργειες προώθησης της ενδυνάμωσης επικεντρώνονται κατά βάση σε δυο σημεία, στη διαχείριση της νόσου και στις σχέσεις με τους παρόχους υγειονομικής

περίθαλψης (Aujoulat et al., 2007). Τυπικά, η ενδυνάμωση ενός ατόμου μπορεί να επιτευχθεί αφενός μέσα από τα αποτελέσματα των αποφάσεων που λαμβάνει και αφετέρου μέσα από τη συμμετοχή του στη διαδικασία λήψης αυτόνομων αποφάσεων (Anderson & Funnell, 2010; Linhorst et al., 2002). Μάλιστα, λαμβάνοντας υπόψη το εξελισσόμενο χαρακτήρα της, καθοδηγεί κάθε επαφή του ειδικού με τους ασθενείς σε κάθε στάδιο των δυσκολιών τους και απαιτεί χρόνο (Dowling et al., 2011; Funnell & Anderson, 2003). Υπάρχουν τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους επαγγελματίες ενώ άλλες, εξειδικευμένες στο σύστημα, εφαρμόζονται από πρακτικές που προωθούν την ενδυνάμωση και την αυτό-διαχείριση (Funnell & Anderson, 2004). Οι περισσότερες παρεμβάσεις πραγματοποιούνται πρόσωπο με πρόσωπο ή σε ομαδικές συναντήσεις με την αρωγή ενός οργανωτή (Aujoulat et al., 2007; Samoocha, Bruinvels, Elbers, Anema & van de Beek, 2010). Θα πρέπει, βέβαια, να είναι ευπροσάρμοστες, ώστε να υποστηρίζουν συνολικά τις πολύπλοκες ψυχολογικές διαδικασίες που ενισχύουν την ενδυνάμωση (Aujoulat et al., 2012).

Καταρχάς, η έλλειψη ιατρικής γνώσης και η απώλεια ελέγχου εξηγούν τα αισθήματα αδυναμίας και ανασφάλειας που βιώνουν οι ασθενείς (Aujoulat et al., 2007). Με τη διάχυση σαφών και εξατομικευμένων πληροφοριών, οι επαγγελματίες υγείας δύναται να μειώσουν την αποδυνάμωση (Grealish, Tai, Hunter & Morrison, 2013). Οι Aujoulat και συνεργάτες (2008) επισήμαναν τη συν-δημιουργία της γνώσης και όχι απλώς τη μετάδοσή της ενώ οι Small και συνεργάτες (2013) τη χρησιμότητα της αμφίπλευρης ανταλλαγής πληροφοριών. Η εκτεταμένη ενημέρωση των χρηστών υπηρεσιών επηρεάζει θετικά την αλληλεπίδραση με τους ειδικούς, οικοδομεί μια συνεργατική σχέση και ενισχύει την αυτό-αποτελεσματικότητά τους (Small et al., 2013). Τους δίνει τη δυνατότητα να σκεφτούν κριτικά και να ζυγίζουν τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη που απορρέουν από τις επιλογές και τις πράξεις τους (WHO, 2010). Επιπρόσθετα, οι ειδικοί εκπαιδεύουν και ενισχύουν ικανότητες και δεξιότητες, προτιμώντας δραστηριότητες που στηρίζονται στην πειραματική μάθηση, την αυτό-παρατήρηση και τη διαπραγμάτευση (Aggarwal, 2016; Aujoulat et al., 2007). Άλλωστε, η ενδυνάμωση είναι εφικτή μόνο όταν *«τα άτομα έχουν επαρκείς γνώσεις ώστε να λάβουν λογικές αποφάσεις, επαρκή έλεγχο και πηγές ώστε να εφαρμόζουν τις αποφάσεις τους, και επαρκή εμπειρία ώστε να εκτιμούν την αποτελεσματικότητα των αποφάσεων τους»* (Funnell et al., 1991). Κατά τη λήψη της απόφασης, εξίσου σημαντική θεωρείται η προσφορά ενός εύρους θεραπευτικών επιλογών και η

εξερεύνησή τους από τον ασθενή εωσότου καταλήξει σε αυτή που ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες, επιθυμίες και καταστάσεις (WHO, 2010).

Συνεχίζοντας με τους επαγγελματίες υγείας, η διαμόρφωση ενός άκριτου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για προσωπικό στοχασμό και μοίρασμα, αποτελεί το κλειδί για την καλλιέργεια της ενδυνάμωσης (Aggarwal, 2016; Anderson & Funnell, 2010; Chiauzzi et al., 2016). Οι Aujoulat και συνεργάτες (2007) πρότειναν την υιοθέτηση μιας εστιασμένης στον ασθενή στάσης κατά την παροχή υπηρεσιών, όπου έχουν γνώση των συναισθημάτων, των ανησυχιών, των προτεραιοτήτων και των προτιμήσεων των πελατών τους. Διατηρώντας το ρόλο του ειδικού και συγχρόνως υποστηρίζοντας τη συνεργατική διαδικασία, προάγουν και σέβονται την αυτονομία του ασθενούς (Aggarwal, 2016; Johnson, 2011). Η ενδυνάμωση βασίζεται στην ανάγκη του να νοιώσει κάποιος ψυχολογικά ασφαλής και συνδεδεμένος, και να αναπτύξει μια αίσθηση νοήματος και συνέπειας (Aujoulat et al., 2008; Aujoulat et al., 2012). Επομένως, η χρήση ατομο-κεντρικών μεθόδων επικοινωνίας, η επίδειξη ενσυναίσθησης καθώς και η αφιέρωση χρόνου πριν και μετά τα ιατρικά ραντεβού συνεισφέρουν στο σκοπό αυτό (Rohrer, Wilshusen, Adamson & Merry, 2008). Στις τεχνικές εξέχουσα θέση κατέχει η παρακινητική συνέντευξη για την ενθάρρυνση των ασθενών να εκδηλώνουν ενδιαφέρον για την κατάστασή τους, να εσωτερικεύουν ρεαλιστικούς στόχους και να εμπλέκονται στη θεραπεία (Anderson, 2007; McCarley, 2009). Θέτοντας μια σειρά προσεκτικά σχεδιασμένων ερωτήσεων, επιστρατεύοντας το διάλογο, τη στοχαστική/ ανακλαστική ακρόαση, την επιβεβαίωση και συνοπτική παρουσίαση των παρεχόμενων πληροφοριών, οι κλινικοί αποβλέπουν στη σύναψη θεραπευτικής συμμαχίας, τη μείωση της αντίστασης και την εκμαίευση κινήτρων για την αλλαγή (McCarley, 2009).

Η ουσιαστική συμμετοχή του ασθενούς στο θεραπευτικό προγραμματισμό και σχεδιασμό διακρίνεται ως ένας από τους κυριότερους τρόπους ενδυνάμωσης (Linhorst et al., 2002; Tambuyzer & van Audenhove, 2015). Η από κοινού λήψη απόφασης για τη θεραπεία ή η συνεισφορά στην επιλογή αυτής δίνει στο άτομο τον έλεγχο ή τουλάχιστον «φωνή» σε μια διαδικασία που τον αφορά (Anderson & Funnell, 2010; Bravo et al., 2015). Η ενδυνάμωση αναγνωρίζει την ειδημοσύνη τόσο της ιατρικής ομάδας όσο και του ασθενούς στην ανάπτυξη ενός πλάνου φροντίδας. Παρατηρείται ιδιαίτερη δέσμευση και υποστήριξη σε στόχους και δραστηριότητες που καθορίζονται από τον ίδιο, ευθυγραμμίζονται καλύτερα με τις αξίες και τον

τρόπο ζωής του και για τους οποίους κατέχει ισχυρό κίνητρο (Funnell & Anderson, 2003). Ένας ασθενής ενδυναμώνεται όχι μόνο μέσα από τον ενεργητικό ρόλο που αναλαμβάνει αλλά και από την αίσθηση της προσωπικής συμβολής. Φαίνεται ότι μεταξύ της αντιλαμβανόμενης συμμετοχής και της ενδυνάμωσης μεσολαβεί η υψηλή ικανοποίηση που νιώθει από την ανάμειξή του στη φροντίδα (Tambuyzer & Van Audenhove, 2015). Όπως, λοιπόν, σχολίασαν οι Castro και συνεργάτες (2016), χωρίς τη συμμετοχή, η οποία διεγείρεται από την αυτό-αποτελεσματικότητα και την αυτό-διάθεση (Palumbo, 2017), είναι απίθανη η επίτευξη της ενδυνάμωσης. Βέβαια, στις βασικές της προϋποθέσεις ανήκουν η ελάχιστη δυνατή ψυχιατρική σταθερότητα σε συνδυασμό με αναγκαίες δεξιότητες, όπως επίσης και μια οργανωτική κουλτούρα που υπαγορεύει τη συμμετοχή (Dowling et al., 2011; Linhorst, et al., 2002).

Παράλληλα, η ενδυνάμωση του ασθενούς αποτελεί μια προσωπική διαδικασία την οποία ο καθένας αποπερατώνει αυτόνομα (Castro et al., 2016; Holmström & Röing, 2010). Εξάλλου, σύμφωνα με τον Wallerstein (2006), δεν μπορεί να δοθεί αλλά επέρχεται μέσα από τις προσπάθειες του ίδιου. Τα άτομα μπορούν να ενδυναμωθούν με δική τους πρωτοβουλία είτε παρακολουθώντας εκπαιδευτικά προγράμματα είτε αναζητώντας συστηματικά πληροφόρηση από διάφορες πηγές είτε συμμετέχοντας σε δράσεις (Holmström & Röing, 2010). Έχουν σχεδιαστεί διάφορα διαρθρωμένα προγράμματα, στη βάση των οποίων αναδεικνύεται η φιλοσοφία της ενδυνάμωσης (McAllister et al., 2012). Συνήθως δεν εξειδικεύονται σε μια ασθένεια ή θεραπεία αλλά αναγνωρίζουν τη σημασία της απόκτησης και ισχυροποίησης των ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων σε ασθενείς (Aujoulat et al., 2007). Δεν πρέπει να παραλειφθούν οι ομάδες αυτό-βοήθειας και τα προγράμματα εκμάθησης στην αυτό-διαχείριση χρόνιων παθήσεων, στα οποία το άτομο εκπαιδεύεται να θέτει και να επανεκτιμά στόχους και να παραμένει δραστήριο μέλος της κοινωνίας και εργασιακά ενεργό (Foster, Taylor, Eldridge, Ramsay & Griffiths, 2007). Στην κοινότητα υπάρχουν, ακόμα, διαθέσιμες οργανώσεις αλληλοϋποστήριξης, που εξυπηρετούν θεραπευτικούς, εκπαιδευτικούς και υπερασπιστικούς σκοπούς (Holmström & Röing, 2010). Η παρουσία των άλλων ασθενών με παρόμοια βιώματα αυξάνει τη δύναμη και η αφήγηση των προσωπικών τους ιστοριών ορίζεται σαν ένας τρόπος επικοινωνίας και έκφρασης (WHO, 2010).

Το διαδίκτυο και η ανάδυση των νέων μέσων κοινωνικής δικτύωσης έχουν λειτουργήσει τα τελευταία χρόνια ως αποτελεσματικά εργαλεία στη διαδικασία της

ενδυνάμωσης (Samoocha et al., 2010). Βοηθούν στην αλληλεπίδραση ασθενών και ειδικών και ενισχύουν το συνεχές της φροντίδας πέρα από τις δια ζώσης συναντήσεις (Calvillo, Roman & Roa, 2013). Μέσω των ιστοσελίδων και των διαδραστικών πυλών συμβουλευτικής, είναι ταχεία και εύκολη η πρόσβαση σε ενημερωμένο, κατανοητό και προσαρμοσμένο υλικό σχετικά με την υγεία, αλλά και σε υπηρεσίες (Kuijpers, Groen, Aaronson & van Harten, 2013). Από την άλλη, τα ιστολόγια, τα φόρουμ και τα κοινωνικά δίκτυα μεταφέρουν τις ομάδες υποστήριξης από την πραγματική ζωή στον ηλεκτρονικό κόσμο (Calvillo et al., 2013; Lamas et al., 2017). Συμμετέχοντας σε διαδικτυακές κοινότητες, οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι έχουν τη δυνατότητα να ανταλλάξουν χρήσιμες πληροφορίες, να βρουν την αναγνώριση και κατανόηση που τόσο έχουν ανάγκη, να λάβουν ηθική συμπαράσταση, να μοιραστούν προσωπικές τους εμπειρίες και να χαλαρώσουν (van Uden-Kraan et al., 2008; Aardoom, Dingemans, Boogaard & van Furth, 2014). Στην προκειμένη περίπτωση δρουν ως πάροχοι στοιχείων και συμβουλών μέσα σε ένα παγκόσμιο πλαίσιο επικοινωνίας με ομοιοπαθείς που ομιλούν τη δική τους «γλώσσα» (Calvillo et al., 2013). Λόγου χάρι, η πλατφόρμα “PatientsLikeMe”, ιδρυθείσα το 2004, παρέχει «κοινότητες» για 14 διαφορετικές ασθένειες και ως ένα ενημερωτικό δελτίο επιτρέπει στα μέλη της τη μετάδοση προσωπικών και ιατρικών δεδομένων (Brubaker, Lustig & Hayes, 2010).

Επιπλέον, η ευρεία χρήση στην καθημερινότητα των «έξυπνων» κινητών τηλεφώνων ανοίγει το δρόμο στην ενδυνάμωση (Govender, Bowen, German, Bulaj & Bruggers, 2015). Με τις ποικίλες εφαρμογές που προσφέρουν, επιτρέπουν την αύξηση της γνώσης, την παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων, την αυτό-διαχείριση, την πρόληψη και την προώθηση υγιών συνηθειών (Kuijpers, et al., 2013). Άλλωστε η τηλεϊατρική και οι ασύγχρονοι ηλεκτρονικοί τρόποι επικοινωνίας προσφέρουν ευκαιρίες για την αύξηση της επαφής και της συνεργασίας (D’Alessandro & Dosa, 2001; Johnson, 2011). Στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες ξεχωρίζουν τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, τα οποία χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά της ιατρικής θεραπείας (Govender et al., 2015). Αναβαθμίζοντας την εκπαίδευση στην ασθένεια και την αυτό-διαχείριση των συμπτωμάτων, διευκολύνουν την αλλαγή συμπεριφορών που αφορούν την υγεία, και τη βίωση θετικών συναισθημάτων (Bruggers et al., 2018). Εμπεριέχουν εκπαιδευτικά μηνύματα, ευφάνταστες και ενδιαφέρουσες ιστορίες, έμμεσες «εμπειρίες» ταύτισης, διαδραστικές δραστηριότητες (Baranowski, Buday,

Thompson & Baranowski, 2008). Για παράδειγμα, το “Empower Stars!” αποτελεί ένα πρωτότυπο βιντεοπαιχνίδι – εφαρμογή, που συνδυάζει τη σωματική άσκηση και την προσωπική ενδυνάμωση για παιδιά, ηλικίας 7 έως 14 ετών, που νοσούν από καρκίνο (Bruggers et al., 2018). Στο περιεχόμενό του σύμβολα οπτικοποιούνται για τη μάχη ενάντια στην ασθένεια και στην πλοκή εντάσσεται ο ρόλος ενός υπερήρωα που υπερνικά τις ποικίλες προκλήσεις (Bruggers et al., 2018).

### **1.5 Έκβαση ενδυνάμωσης**

Τα πολλαπλά οφέλη της ενδυνάμωσης είναι εμφανή τόσο σε προσωπικό όσο και κοινωνικό επίπεδο (Finfgeld, 2004). Σε γενικές γραμμές, αυξάνεται η ικανότητα ελέγχου, η λήψη ενήμερων αποφάσεων, η συνεργασία, η συμμετοχή, η υιοθέτηση θετικών στάσεων. Τα άτομα τείνουν να εμφανίζουν μια καλή εικόνα στην υγεία τους, να αντεπεξέρχονται σε δύσκολες καταστάσεις με τη βοήθεια στρατηγικών καθώς και να καλλιεργούν τον αναγκαίο τρόπο ζωής για την επέλευση της ευημερίας (Walker, Greenen, Thorne & Powers, 2009). Μακροπρόθεσμα, η ενδυνάμωση επιφέρει μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής (McAllister et al., 2015). Κατ’ επέκταση, πολίτες που ενδυναμώνονται, αποκτούν μια ισχυρότερη αίσθηση του ανήκειν στην κοινότητα και μια συνδεσιμότητα με τα δίκτυα κοινωνικής βοήθειας, όπως επίσης επιλέγουν τη συλλογική δράση (WHO, 2010). Βέβαια, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί και ενδοπροσωπικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και έχουν αντίκτυπο στην ανάπτυξη ή διατήρηση της ενδυνάμωσης (Johnson, 2011). Χαρακτηριστικά, η έκβαση μπορεί να εξαρτηθεί από τον τύπο και τη σοβαρότητα της ασθένειας, την εστία ελέγχου στην υγεία, την προσωπικότητα και την ηλικία του ατόμου, τις δεξιότητες επικοινωνίας, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, την πρόσβαση σε υπηρεσίες (Chiauzzi et al., 2016; McAllister et al., 2012; Menon, 2002).

Αναλυτικότερα, η αυτό-αποτελεσματικότητα, η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση αναγνωρίζονται ως οι βασικές επιδιώξεις της ψυχοκοινωνικής αλλαγής στα πλαίσια της ενδυνάμωσης του ασθενούς (Wallerstein, 2006). Σχηματίζεται ένας ολοκληρωμένος εαυτός που μαθαίνει να αναγνωρίζει την εσωτερική του δύναμη, τις ικανότητες και τους στόχους του (Castro et al., 2016; Dowling et al., 2011). Τα ενδυναμωμένα άτομα αναπτύσσουν πρωτοβουλίες, γίνονται αυτόνομα, υπεύθυνα και αποφασιστικά (Aujoulat et al., 2008). Παρά την ύπαρξη κοινωνικού στίγματος, είναι

αισθητές η διαμόρφωση μιας θετικής αυτό-εικόνας, η αισιοδοξία για το μέλλον και η πίστη ότι έχουν τη δύναμη να φέρουν την κοινωνική αλλαγή (Corrigan, Faber, Rashid & Leary, 1999; Sakellari, 2008). Μια επιτυχημένη προσπάθεια ενδυνάμωσης οδηγεί σε απόκτηση μεγαλύτερου ελέγχου στο νου, τις αποφάσεις και τη συμπεριφορά (McAllister, Dunn, Payne, Davies & Todd, 2012). Η γνώση αυξάνεται και αναγκαίες δεξιότητες αναπτύσσονται, σαν αυτές της αναγνώρισης και επίλυσης δυσκολιών, της στοχοθέτησης, της αυτορρύθμισης του άγχους, της κατάρτισης ενός σχεδίου δράσης (Aujoulat et al., 2007). Σύμφωνα με τον Corrigan (2002), ενδυναμωμένοι ψυχικά ασθενείς είναι πιο πιθανό να επιδιώκουν μια ευκαιρία για την ανεξάρτητη διαβίωσή τους επιθυμώντας να εργαστούν.

Από πιο καθοριστικά αποτελέσματά της αναγνωρίζεται η επίτευξη της αυτό-διαχείρισης από το άτομο (Aujoulat et al., 2008; Funnell & Anderson, 2004; Small et al., 2011). Καθίσταται ικανός να διαχειρίζεται τα συμπτώματα, τη θεραπεία, τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και τις άρρηκτα δεμένες με την ασθένεια αλλαγές που συμβαίνουν στην καθημερινότητα. Κατανοεί καλύτερα την ασθένεια, την κατάστασή του και το σύστημα υγείας γνωρίζοντας τις θεραπευτικές επιλογές, τις διαθέσιμες πηγές και τα ισχύοντα δικαιώματα για τους καταναλωτές των υπηρεσιών (Johnson, 2011). Επιπρόσθετα, μαθαίνει να την αποδέχεται και προσαρμόζεται πιο εύκολα στις νέες συνθήκες (Cargo et al., 2016). Η επαφή με τους επαγγελματίες υγείας ή τους άλλους νοσούντες συντελεί στην ανάπτυξη μιας νέας οπτικής, όπου η ασθένεια αναπλαισιώνεται και επανερμηνεύεται (McAllister et al., 2015). Διακρίνεται μια ανεκτικότητα προς την αβέβαιη φύση της καθώς και μια ισορροπία μεταξύ των συναισθημάτων και της λογικής κατά τη συμμετοχή και λήψη αποφάσεων (Johnson, 2011). Πέρα από την κάλυψη των προσωπικών του αναγκών, επιδεικνύει ευαισθησία σε ομοιοπαθείς και μια προθυμία να τους προσφέρει βοήθεια (Small et al., 2013).

Μέσω της διαδικασίας της ενδυνάμωσης, τα άτομα είναι ακόμα σε θέση να αντιλαμβάνονται καλύτερα τις ανάγκες τους και ακολούθως να βελτιώνουν την πρόγνωση της ασθένειας (Grealish et al., 2013). Αυξημένα επίπεδα ενδυνάμωσης έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση λιγότερων συμπτωμάτων (Corrigan et al., 1999; Corrigan, 2002). Μια μετά-ανάλυση των Nordén, Malm και Norlander (2012), αποτελούμενη από 17 μελέτες, έδειξε ότι ασθενείς με ψυχιατρική διάγνωση, που βαθμολογούνταν υψηλά στην ενδυνάμωση, παρουσίαζαν σημαντικές βελτιώσεις στη συμπτωματολογία, τη λειτουργικότητα και την ευημερία. Η άντληση μεγαλύτερης

ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα αποδίδεται στην ενεργή εμπλοκή του πάσχοντος κατά τη δημιουργία του θεραπευτικού πλάνου, που σχετίζεται άμεσα με την απόκτηση δύναμης (Tambuyzer & van Audenhove, 2015). Έχοντας ενισχυθεί και διευρυνθεί οι δεξιότητες αντιμετώπισης προβλημάτων, η χρήση των υπηρεσιών πραγματοποιείται με πιο αποτελεσματικό και ορθό τρόπο (Corrigan, 2002). Μάλιστα, υπάρχουν στοιχεία ότι η μειωμένη ανάγκη υποστήριξης του ασθενούς και εξάρτησής του από τις υπηρεσίες, λόγω της ενδυνάμωσης, ενδέχεται να ευνοήσει τη σχέση κόστους – απόδοσης του συστήματος υγείας με την εξοικονόμηση πόρων (Adinolfi et al., 2016; Wallerstein, 2006).

Επιπρόσθετα, η ενδυνάμωση έχει σημαντικό αντίκτυπο στις σχέσεις μεταξύ των ιατρών και των ασθενών, οι οποίες διαμορφώνονται πέρα από το βιοϊατρικό πρότυπο του παρελθόντος. Οι παραδοσιακοί ρόλοι επαναπροσδιορίζονται, με τους τελευταίους να θέτουν τους δικούς τους όρους στο μεγαλύτερο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και να αποκτούν ανεξαρτησία (Anderson & Funnell, 2003; Small et al, 2013). Οι δυο πλευρές συνεργάζονται στενά ως ισότιμοι εταίροι, ανταλλάσσοντας απόψεις, καθώς επεξεργάζονται τις διάφορες επιλογές, με σκοπό να συμφωνήσουν στις διαχειριστικές αποφάσεις (Aujoulat et al., 2007). Υποστηρίζεται η άποψη ότι η συγκέντρωση πληροφοριών και η ανάπτυξη γνώσεων επί των ιατρικών ζητημάτων συμβάλλουν στην τήρηση της θεραπείας, που έχει υπεύθυνα συνεπιλέξει, καθώς και στην αναγνώριση της σημασίας παραμονής στη μετά-παρακολούθηση (Prigge, Dietz, Homburg, Hoyer & Burton, 2015). Είναι γεγονός ότι, μέσα από την εφαρμογή ενδυναμωτικών τρόπων επικοινωνίας από τους επαγγελματίες φροντιστές υγείας, οι ασθενείς τους εμπιστεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό και δεσμεύονται στο πρόσωπό τους (Ouschan, Sweeney & Johnson, 2006). Αντίστοιχα, σε έρευνα των van Uden-Kraan και συνεργατών (2008), όπου εξετάστηκε η έκβαση της ενδυνάμωσης από τη συμμετοχή σε διαδικτυακές υποστηρικτικές ομάδες, ανακαλύφθηκε καλύτερη ενημέρωση των μελών και επίδειξη εμπιστοσύνης στη σχέση με τον ειδικό, στη θεραπεία αλλά και στις συναλλαγές με το κοινωνικό περιβάλλον.

Αναφορικά με τα νέα άτομα, διαφαίνεται ότι γενικότερα η ενδυνάμωση εξυπηρετεί ένα ρόλο προστατευτικό κατά τη διάρκεια των μεταβατικών περιόδων που διανύουν (Huscroft-D'Angelo, Trout, Lambert & Thompson, 2017). Η συμμετοχή σε οργανωμένες δραστηριότητες, όπως προτάσσεται στη διαδικασία ενδυνάμωσης, επηρεάζει την εκδήλωση παράτολμων συμπεριφορών, την παραβατικότητα και την



απομόνωση (Wallerstein, 2006). Σύμφωνα με τους Walker και συνεργάτες (2009), νέοι που στερούνται ενδυνάμωσης, τείνουν να αδιαφορούν για τα σχολικά τους μαθήματα με συνέπεια τις κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις και αποτυχίες. Σε έρευνα που διεξήγαγαν οι Eisman και συνεργάτες (2016) για την έκβαση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση με την επιθετικότητα και θετική με την προ-κοινωνική συμπεριφορά. Όμοια ευρήματα κατέγραψαν και οι Zimmerman και συνεργάτες (2018) κατά την αξιολόγηση της συμμετοχής μαθητών γυμνασίου σε ένα κοινοτικό πρόγραμμα ενδυνάμωσης. Όσοι είχαν παρακολουθήσει συστηματικά την παρέμβαση, κατέδειξαν υψηλή κοινωνική συμπεριφορά και μειωμένη αντικοινωνική. Επίσης, σε ψυχωτικούς εφήβους η ενδυνάμωση οδηγεί στην αντίληψη της αιτίας των προβλημάτων τους, στη λήψη δράσης με στόχο τον έλεγχο της ζωής τους και τη διαχείριση της ασθένειας και ακολούθως στην ανάπτυξη μιας αίσθησης αισιοδοξίας και εμπιστοσύνης (Grealish, 2014).

Μολοταύτα, δεν αποκλείεται η μη εμφάνιση των αναμενόμενων θετικών αποτελεσμάτων. Οι προσπάθειες ενδυνάμωσης μπορεί να προκαλέσουν αναστάτωση και ματαίωση εξαιτίας του στίγματος, γραφειοκρατικών επιπλοκών, έλλειψης χρόνου από πλευράς των επαγγελματιών υγείας, βραδείας λήψης αποφάσεων ή ανεπιτυχών προσπαθειών για την εξασφάλιση της δύναμης (Finfgeld, 2004). Η σοβαρότητα της ψυχικής ασθένειας και η μη συμμόρφωση είναι δυνατόν να εμποδίσουν τη διαδικασία ενδυνάμωσης (Linhorst, Hamilton, Young & Eckert, 2002). Η εξασθένηση των γνωστικών ικανοτήτων, οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και η έλλειψη κινήτρου καθιστούν το άτομο αδύναμο για συμμετοχή (Tilley, Pollock & Tait, 1999). Ένα θέμα προβληματισμού αφορά, επίσης, όχι το πως ο «ανίσχυρος» προσπαθεί να λάβει δύναμη αλλά και το πως ο «ισχυρός» απελευθερώνει δύναμη (Gibson, 1991; McAllister et al., 2012). Οι ειδικοί υιοθετούν συνήθως μια πατερναλιστική στάση, με το φόβο της ανεπάρκειας του ασθενή και με την πεποίθηση ότι προστατεύουν έτσι το συμφέρον του. Περιορίζουν, λοιπόν, την παροχή πληροφοριών και τον αριθμό ή την ποιότητα των αποφάσεων που μπορεί να λάβει αυτός και η οικογένειά του (Aggerwal, 2016; WHO, 2010). Δείχνουν μια απροθυμία για ακρόαση και κριτική και είναι διστακτικοί στην απώλεια της δύναμης κατά τη μετάδοση της γνώσης (Calvillo et al., 2013; Linhorst et al., 2002).

## 1.6 Κλίμακες εκτίμησης ενδυνάμωσης

Η επιτυχία των παρεμβάσεων προαγωγής της ενδυνάμωσης εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα ενός αποτελεσματικού οργάνου μέτρησης της έννοιας (Small et al., 2013). Εξαιτίας του ασαφούς ορισμού της, δεν υπάρχει ένα παγκόσμια αποδεκτό μέτρο ενδυνάμωσης (Barr et al., 2015; McAllister et al., 2012). Ο Zimmerman (1995) είχε υποδείξει τη μη αναγκαιότητα δημιουργίας του καθώς η ενδυνάμωση αποτελεί μια δυναμική διαδικασία που αλλάζει κατά περίπτωση. Έχει δημοσιευτεί, βέβαια, ένας αριθμός εργαλείων για την αξιολόγησή της, άλλα γενικά και άλλα εξειδικευμένα στην ψυχική υγεία, σε κάποιο σωματικό νόσημα, σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό και περιβάλλον (Barr et al., 2015; Cyril, Smith & Renzaho, 2016). Επίσης, εντοπίζονται ερωτηματολόγια που σκιαγραφούν πλευρές της ενδυνάμωσης ή σχετικές έννοιες, όπως αυτές της αυτό-αποτελεσματικότητας, της αυτό-διαχείρισης, του ελέγχου, της ενεργοποίησης (Bravo et al., 2015; Castro et al., 2016). Όλα τα εργαλεία διαφέρουν ως προς τη δομή και το περιεχόμενό τους ανάλογα με το θεωρητικό πλαίσιο που έχει χρησιμοποιηθεί κατά την κατασκευή τους (McAllister et al., 2012). Καίριο ρόλο συχνά καταλαμβάνουν και οι συνεντεύξεις με τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας (Small et al., 2013). Στην πλειονότητά τους μετράται η ατομική ενδυνάμωση είτε ως μια διαδικασία είτε ως αποτέλεσμα των προγραμμάτων υγείας ενώ οι τομείς της κοινοτικής και της οργανωσιακής ενδυνάμωσης δεν έχουν ιδιαίτερα εξεταστεί (Bakker & van Brakel, 2015; Cyril et al., 2016). Παραδείγματα έγκυρων κλιμάκων που χρησιμοποιούνται ευρέως, είναι το “Empowerment Scale” (Rogers et al., 1997) για την ψυχική υγεία, το “Patient Empowerment Scale” (Bulsara et al., 2006) για τον καρκίνο, το “Diabetes Empowerment Scale” (Anderson et al., 2000) για το διαβήτη.

Η πρώτη πρωτοβουλία καταγραφής των ερωτηματολογίων ενδυνάμωσης που σχετίζονται με την υγεία, έλαβε χώρα το 2009 από τους Herbert, Gagnon, Rennick και O’Loughlin. Από τα 50 ερωτηματολόγια που έλεγξαν, μόνο ένα εμφάνισε καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία ενώ τέσσερα μέτριες ιδιότητες. Οι Bakker και van Brakel (2012) στη συστηματική τους μελέτη αναζήτησαν τις διαθέσιμες κλίμακες για άτομα με αναπηρίες που είναι κατάλληλες για χορήγηση στις αναπτυσσόμενες χώρες. Κατέγραψαν 17 εργαλεία, όλα προερχόμενα, όμως, από την Ευρώπη ή τη Βόρεια Αμερική. Στην ανασκόπηση των Cyril και συνεργατών (2015), έγινε αναφορά σε 20 κλίμακες, από τις οποίες οχτώ ακολουθούσαν τα απαιτούμενα βήματα για την ανάπτυξη των ερωτημάτων τους. Τόσο οι Herbert και συνεργάτες (2009) όσο και οι

Cyрил και συνεργάτες (2015), είχαν συμπεριλάβει στις αναλύσεις ερωτηματολόγια για μη ασθενείς, δηλαδή για φροντιστές και την οικογένεια. Το 2015 μια ακόμα έρευνα διεξήχθη από τους Barr και συνεργάτες, όπου αξιολογήθηκαν 19 κλίμακες μέτρησης διάφορων τύπων ασθενειών αλλά και γενικής ενδυνάμωσης. Σε αυτές ξεχώρισαν μια σειρά από διακριτές εννοιολογικές κατασκευές της, οι οποίες ταξινομήθηκαν στις καταστάσεις, εμπειρίες και ικανότητες του ασθενή, στις δράσεις και συμπεριφορές του ασθενή, στην αυτό-διάθεση του ασθενή μέσα από τη σχέση του με το σύστημα υγείας, και στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων του ασθενή.

Αναφορικά με τον τομέα της ψυχικής υγείας, το πρώτο ερωτηματολόγιο ενδυνάμωσης που αναπτύχθηκε, είναι η «Κλίμακα Ενδυνάμωσης της Οικογένειας» (Family Empowerment Scale, FES) των Koren, DeChillo και Friesen (1992). Εκτιμά το επίπεδο ενδυνάμωσης σε φροντιστές παιδιών με συναισθηματικές διαταραχές, περισσότερο ως μια ευμετάβλητη στο χρόνο κατάσταση, παρά ως μια διαδικασία (Koren et al., 1992). Ο σκελετός του πλαισιώνεται σε δυο διαστάσεις, στο επίπεδο ενδυνάμωσης και στον τρόπο έκφρασής αυτής. Στις τρεις αλληλοσυνδεδεμένες υποκλίμακες που περιλαμβάνει, αντανακλάται η έννοια στην οικογένεια (ρόλος και ευθύνες του γονέα στο σπίτι σε καθημερινή βάση), στο σύστημα υπηρεσιών (συνεργασία του γονέα με τις τοπικές υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας για να λάβει την απαιτούμενη φροντίδα το παιδί του) και στην ευρύτερη κοινότητα και το πολιτικό περιβάλλον (ικανότητα συνηγορίας εκ μέρους του παιδιού του με στόχο τη γενικότερη βελτίωση των υπηρεσιών). Σχετικά με τη δεύτερη διάσταση, σε κάθε επίπεδο η ενδυνάμωση μπορεί να λάβει μορφή στάσεων (πως ένας γονιός αισθάνεται και τι πιστεύει), γνώσεων (τι ένας γονιός γνωρίζει και ενδεχομένως μπορεί να πράξει) και συμπεριφορών (πως ένας γονιός στην πραγματικότητα ενεργεί). Αντίστοιχα, για γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες διαμορφώθηκε το 2000 από τους Akey, Marquis και Ross η «Κλίμακα Ψυχολογικής Ενδυνάμωσης» (Psychological Empowerment Scale, PES). Στο εργαλείο αυτό η ενδυνάμωση επικεντρώνεται στο γονικό ρόλο του ατόμου και εξετάζονται οικογενειακές στάσεις, οργανωτικές δεξιότητες, σχέσεις με άλλους γονείς, συμμετοχή σε επίσημες και ανεπίσημες δραστηριότητες.

Αργότερα, η έρευνα των Rogers, Chamberlin, Ellison και Crean (1997) οδήγησε στη δημιουργία της «Κλίμακας Ενδυνάμωσης» (Empowerment Scale, ES). Συμπληρώνεται από ενήλικες που λαμβάνουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε διάφορα θεραπευτικά περιβάλλοντα. Κύριο μέλημά τους υπήρξε η έκφραση με λειτουργικούς

όρους και η μέτρηση των υποκειμενικών αισθημάτων ενδυνάμωσης. Συνεργάστηκαν, λοιπόν, με τα μέλη προγραμμάτων αυτοβοήθειας και βασίστηκαν στις εμπειρίες τους ώστε να καταλήξουν στα αναγκαία συστατικά της ενδυνάμωσης. Το ES περιλαμβάνει τόσο τη διαπροσωπική όσο και την κοινωνική προοπτική και το περιεχόμενό του αντιστοιχεί σε πέντε παράγοντες, που αφορούν την αυτό-αποτελεσματικότητα και αυτοεκτίμηση, τη δύναμη-αδυναμία, τον κοινοτικό ακτιβισμό, τον εύλογο θυμό καθώς και την αισιοδοξία και τον έλεγχο σχετικά με το μέλλον. Σε μια εκδοχή των Corrigan και συνεργατών (1999), οι παράγοντες μεταβλήθηκαν και χωρίστηκαν σε δυο ανώτερους, τον αυτό-προσανατολισμό και τον κοινοτικό προσανατολισμό. Τελειοποιήθηκε από τους Rogers, Ralph και Salzer το 2010, όπου μέσω της ανάλυσης παραγόντων και της αφαίρεσης τριών ερωτημάτων ενισχύθηκε η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Cyril et al., 2016). Σύμφωνα με τη μελέτη των Bakker και van Brakel (2012), κατατάχθηκε ως το πιο συχνά μεταφρασμένο, σταθμισμένο και χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο, που έχει βαθμολογηθεί θετικά για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες.

Η «Κλίμακα Προσωπικής Ενδυνάμωσης» (Personal Empowerment Scale, PES) σχεδιάστηκε από τους Segal, Silverman και Temkin (1995) για να αξιολογεί την προσωπική ενδυνάμωση πελατών σε υπηρεσίες αυτοβοήθειας που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές δυσκολίες. Οι ερωτήσεις δεν αντικατοπτρίζουν κοινωνικοπολιτικές έννοιες αλλά το επίπεδο κατοχής ελέγχου σε βασικούς τομείς της ζωής και την αντιλαμβανόμενη επιλογή σε εμπειρίες. Αναφέρονται ενδεικτικά στη στέγη, το εισόδημα, την παροχή υπηρεσιών και την ατομική ικανότητα ελαχιστοποίησης των ανεπιθύμητων συμβάντων. Επίσης, πέραν της προσωπικής διάστασης, επεσήμαναν την ύπαρξη της οργανωσιακά και έξω-οργανωσιακά προερχόμενης ενδυνάμωσης των ασθενών παρουσιάζοντας τις κλίμακες “Organizational Empowerment Scale” και “Extra-Organizational Scale” στην ίδια έρευνα. Η πρώτη εστιάζει στο βαθμό που οι χρήστες υπηρεσιών μπορούν να επηρεάσουν τις οργανωσιακές δομές με τις οποίες έρχονται σε επαφή ενώ η δεύτερη μελετά το βαθμό συμμετοχής στην πολιτική διαδικασία, σε αποφάσεις και δράσεις της ευρύτερης κοινότητας. Βάσει των Segal και συνεργατών (1995), οι διαστάσεις οδηγούν σε διαφορετικούς τομείς λειτουργικής έκβασης και ως ενωτικός τους κρίκος θεωρείται η αυτό-αποτελεσματικότητα.

Όσον αφορά το νεανικό πληθυσμό, εντοπίζονται ελάχιστα ερωτηματολόγια ενδυνάμωσης που έχουν στόχο αυτή την ηλικιακή ομάδα. Στο “Developmental Asset

Framework” (DAF) κατονομάστηκαν και ομαδοποιήθηκαν 40 καθοριστικοί για την ανάπτυξή τους παράγοντες σε κατηγορίες (Leffert et al., 1998). Η ενδυνάμωση διακρίνεται ως ένα από τα τέσσερα εξωτερικά αποκτήματα, τα οποία αντιστοιχούν στις θετικές εμπειρίες και ευκαιρίες, επακόλουθα της αλληλεπίδρασής τους με τους ενήλικες. Η εκτίμηση των νέων από την κοινότητα, η ανάληψη χρήσιμων ρόλων και η παροχή υπηρεσιών από αυτούς, καθώς και το αίσθημα ασφάλειας στην κοινότητα απεικονίζουν τα αποκτήματά της. Υπολογίζεται, λοιπόν, ότι η έννοια συνδράμει στη σύνδεση των νεαρών με την κοινότητα και τα συστήματα κοινωνικοποίησης. Άλλη μια κλίμακα έχει δοθεί από την ομάδα των Paxton, Valois και Drane (2005), ονόματι “Brief Perceived Opportunity for Empowerment Scale” (BPOES), που αρχικώς προοριζόταν για τους μαθητές γυμνασίου. Πρόκειται για μια ελαφρώς τροποποιημένη εκδοχή της παλαιότερης κλίμακας των Reininger και συνεργατών (2003) και περιλαμβάνει μόνο πέντε ερωτήματα. Οι ερευνητές επιθυμούσαν τη διαμόρφωση ενός ψυχομετρικού εργαλείου με σύντομη έκταση, ενδεικνυόμενο για τη μέτρηση της αντιλαμβανόμενης νεανικής ενδυνάμωσης, όπως αυτή προκύπτει από τις παρεμβάσεις του σχολείου και της κοινότητας.

Την ανάγκη ενός ερωτηματολογίου που θα απευθύνεται αποκλειστικά σε νέους ψυχικά ασθενείς, ικανοποιεί η «Κλίμακα Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» (Youth Efficacy/ Empowerment Scale-Mental Health, YES-MH). Κατασκευάστηκε το 2007 από τους Walker και Powers στο Πανεπιστήμιο του Πόρτλαντ με σκοπό τον υπολογισμό των αντιλήψεων των ίδιων των νέων ως προς την αυτό-αποτελεσματικότητα και την ενδυνάμωσή τους. Αποτελεί στην ουσία μια προσαρμογή του προαναφερόμενου ερωτηματολογίου για την ενδυνάμωση της οικογένειας των Koren και συνεργατών (1992). Η κλίμακα εξετάζει τα ακόλουθα επίπεδα: (α) τη διαχείριση της ψυχικής κατάστασης από τα νέα άτομα (self), (β) την επιλογή, σε συνεργασία με τους ειδικούς, των υπηρεσιών και των μέσων υποστήριξης που εναρμονίζονται με τους στόχους και τις αξίες τους, και την αξιοποίηση αυτών με το καλύτερο δυνατό τρόπο (services) και (γ) τη χρήση της εμπειρίας και της υπάρχουσας γνώσης τους ώστε να ωφελήσουν τους συνομηλίκους τους και να βελτιώσουν το σύστημα υγείας (system). Οι δημιουργοί της επεδίωξαν να εντάξουν στη στάθμιση κλινικό δείγμα, τουτέστιν τους νέους που έχουν κάποια σύνδεση με τα συστήματα φροντίδας. Αυτοί αντιπροσωπεύουν τους άμεσα ενδιαφερόμενους, που ενδέχεται να συμβάλουν στις προσπάθειες ανανέωσης των υπηρεσιών.

## 1.7 Σημασία και σκοπός της έρευνας

Λαμβάνοντας υπόψη τη σημαντικότητα της ενδυνάμωσης στη ζωή του νέου και τη διασύνδεσή της με το χώρο της υγείας, προέκυψε η ιδέα της ανάδειξης ενός έμπιστου εργαλείου το οποίο θα ανταποκρίνεται στην ελληνική πραγματικότητα. Αναζητώντας στη βιβλιογραφία ένα εργαλείο για τη μέτρηση της ενδυνάμωσης σε άτομα που εμφανίζουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές, προτάθηκε η «Κλίμακα Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» λόγω των δυνατών σημείων που συγκεντρώνει. Αποτελεί τη μοναδική κλίμακα που έχει ειδικά κατασκευαστεί για νεαρές ηλικίες και επιτρέπει την εκτίμηση της έννοιας σύμφωνα με την άποψη του ασθενούς και χρήστη των υπηρεσιών. Ο απαιτούμενος ελάχιστος χρόνος κατά την εφαρμογή, η ευκολία στη βαθμολόγηση, η πρακτικότητα στη χορήγηση και το μηδαμινό κόστος την καθιστούν κατάλληλη για χρήση σε κλινική και ερευνητική εργασία. Όπως έχει φανεί σε ευρήματα προγενέστερων μελετών, διαθέτει πολλά υποσχόμενους ψυχομετρικούς δείκτες (Hunschoft-D' Angelo, Trout, Lambert & Thompson, 2017; Walker, Thorne, Powers & Gaonkar, 2010).

Η παρούσα συγχρονική μελέτη αποσκοπεί στη μετάφραση, διαπολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων - Ψυχική Υγεία» (Youth Efficacy/ Empowerment Scale – Mental Health, YES-MH). Το ενδιαφέρον εστιάστηκε αρχικά στο ψυχομετρικό έλεγχο της μεταφρασμένης εκδοχής στον ελληνικό κλινικό πληθυσμό, ηλικίας 12 έως 17 ετών. Ειδικότερα, εξετάστηκαν η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, η συντρέχουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου και παράλληλα η παραγοντική δομή του. Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι αφορούσαν τον εντοπισμό διαφορών στα επίπεδα ενδυνάμωσης ανάλογα με δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως το φύλο και την ηλικία του ερωτώμενου, το γονικό μορφωτικό επίπεδο και την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 2.1 Πληθυσμός έρευνας

Στην εμπειρική έρευνα έλαβαν μέρος 150 έφηβοι (66 αγόρια και 84 κορίτσια), ηλικίας 12 με 17 ετών, που προσήλθαν στην Παιδοψυχιατρική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία». Ειδικότερα, το δείγμα αντλήθηκε από τη Μονάδα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας, τα τακτικά απογευματινά εξωτερικά ιατρεία που λειτουργούν κατόπιν προγραμματισμένων συναντήσεων δυο φορές την εβδομάδα, τη Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική που εξυπηρετεί τις κλινικές διαφόρων ειδικοτήτων και το Κέντρο Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Εφήβων (Κ.Ε.Ψ.Υ.Ε.), ένα πλαίσιο κοινοτικής παιδοψυχιατρικής εκτός του Νοσοκομείου. Παράλληλα, συλλέχθηκαν δεδομένα από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία». Για την επίτευξη του κατάλληλου μεγέθους του δείγματος, επιχειρήθηκε η συνεργασία με δυο ψυχολόγους – ψυχοθεραπευτές που δραστηριοποιούνται ιδιωτικά, και η αξιοποίηση των περιστατικών τους για τους σκοπούς της μελέτης.

Η επιλογή των συμμετεχόντων στηρίχτηκε στη μέθοδο της δειγματοληψίας ευχέρειας, όπου το δείγμα συγκροτείται με βάση την εύκολη πρόσβαση και άμεση διαθεσιμότητα. Κριτήρια εισαγωγής αποτέλεσαν η ηλικία, η ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα, η ύπαρξη διάγνωσης και η λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το ηλικιακό εύρος 12 - 17 ετών κρίθηκε ως το καταλληλότερο για τη διερεύνηση της ενδυνάμωσης καθώς τόσο σε αναπτυξιακό όσο και γνωστικό επίπεδο είναι πλέον πιο ικανοί να εμπλακούν στο σύστημα φροντίδας και να κρίνουν τον εαυτό τους αλλά και τις πηγές υποστήριξης που λαμβάνουν. Διακρίνονται συνήθως από ικανοποιητικά επίπεδα αντιληπτικής ικανότητας και συνεργασίας με τους ειδικούς. Ο πληθυσμός - στόχος της έρευνας περιελάμβανε υποκείμενα με ψυχικές δυσκολίες και μαθησιακά προβλήματα. Αποκλείστηκαν από το δείγμα όσοι παρουσίαζαν νοητική ανεπάρκεια/ ανωριμότητα, νευροαναπτυξιακό έλλειμμα ή σοβαρή οργανική διαταραχή διότι αυτό θα δυσχέραινε τη συμμετοχή τους.

## 2.2 Εργαλεία μέτρησης

### *Ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων*

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο δομημένο με 13 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Για το σχηματισμό τους αναζητήθηκαν οι αντίστοιχες της έρευνας των Walker και συνεργατών (2010). Κάποιες προσαρμογές, βέβαια, στις ιδιαιτερότητες του παρόντος πληθυσμού θεωρήθηκαν απαραίτητες. Οι ερωτήσεις αφορούν ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, την ηλικία, τη χώρα γέννησης, τον τόπο κατοικίας, τις συνθήκες διαμονής (τρέχουσα και παρελθούσα περίοδο), το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, την εργασιακή και οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν, επίσης, να απαντήσουν σχετικά με την ύπαρξη ψυχικών/ συναισθηματικών δυσκολιών, τη διάγνωση που τους έχει δοθεί (αναφέροντας το όνομα της διαταραχής) και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση αυτής.

### *Κλίμακα Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία*

Η κλίμακα των Walker και Powers (2007) είναι σχεδιασμένη να εκτιμά την αίσθηση ενδυνάμωσης και αποτελεσματικότητας νέων σε σχέση με την ψυχική τους κατάσταση και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Συγκεκριμένα, η θεματική του εστιάζει στο πώς χειρίζονται τα συναισθήματά τους και την ψυχική υγεία τους, πώς χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες και την υποστήριξη και πώς εμπλέκονται στην αλλαγή των πολιτικών ή τη βελτίωση των υπηρεσιών. Συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ερωτώμενο και ολοκληρώνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Έχει χρησιμοποιηθεί με μορφή συνέντευξης και σε μικρότερα παιδιά ηλικίας 9 ετών (Simmons, 2012).

Η κατάρτιση του εν λόγω ερωτηματολογίου έγκειται στην προσαρμογή του “Family Empowerment Scale” (FES) (Koren, DeChillo & Friesen, 1992), που εκτιμά την ενδυνάμωση φροντιστών παιδιών με σοβαρές συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές. Συναντάται και στα δύο παρόμοια δομή και ταξινόμηση σε επίπεδο ατομικό, υπηρεσιών και κοινότητας. Δεδομένου ότι η νέα κλίμακα προοριζόταν να απαντηθεί άμεσα από τους νέους που ήταν χρόνιοι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, οι κατασκευαστές στράφηκαν στην ανατροφοδότηση από αυτούς για τον σχηματισμό των ερωτημάτων. Προτιμήθηκε η κλίμακα FES έναντι άλλων εργαλείων που μετρούν την ενδυνάμωση επειδή συμβαδίζει με το αναδυόμενο όραμα για συμμετοχή των



νέων στην αναδιαμόρφωση του συστήματος φροντίδας και για αύξηση της αυτοδιάθεσής τους (Walker et al, 2010).

Κατά την αρχική στάθμιση της κλίμακας, τον πληθυσμό-στόχο συνέθεσαν νέοι ηλικίας 14 έως 21 ετών (n=185) με σημαντικά προβλήματα ψυχικής υγείας, προερχόμενοι από διαφορετικά περιβάλλοντα. Σε ένα ποσοστό υπήρχε ιστορικό ή/και πιθανότητα απομάκρυνσης από την εστία και φιλοξενίας σε δομές αποκατάστασης. Τα κριτήρια ένταξης πληρούσαν όσοι είχαν δεχτεί ένα βασισμένο στην ομάδα σχεδιασμό για τη φροντίδα των δυσκολιών τον τελευταίο χρόνο (Walker et al., 2010). Στην έρευνα έλαβαν μέρος και οι φροντιστές τους (n=60), οι οποίοι ρωτήθηκαν για τη συμμετοχή των νέων στον προγραμματισμό αλλά και για τη χρησιμότητα/εφικτότητα αυτού του στόχου. Σύμφωνα με τις στατιστικές αναλύσεις, η «Κλίμακα Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» επέδειξε καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και ιδιαίτερα επαρκή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test – retest). Η συσχέτισή της με τις μετρήσεις άλλων ερωτηματολογίων έφερε τα προσδοκώμενα αποτελέσματα αναφορικά με την εγκυρότητα (Walker et al, 2010).

Εκτός μεμονωμένων περιπτώσεων, δεν έχουν διενεργηθεί ακόμα μελέτες μετάφρασης και στάθμισής της σε άλλες χώρες. Παρατηρείται, συνεπώς, η απουσία νορμών και ο μη προσδιορισμός των οριακών σημείων διαχωρισμού (cut-off score) (Simmons, 2012). Οι Huscroft-D'Angelo και συνεργάτες (2017) έχουν εξετάσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου σε δείγμα νέων που είχαν μόλις αναχωρήσει από εσωτερικής παραμονής θεραπευτικά κέντρα και εισέρχονταν στη φάση επανένταξης. Προ των πυλών βρίσκεται η δημοσίευση μιας προσπάθειας στάθμισής του από τους Sakellari, Athanasopoulou, Kokkonen, Sourander και Leino-Klipi, που έλαβε χώρα σε σχολικές μονάδες της Φιλανδίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει συμπεριληφθεί στα εργαλεία μιας βρετανικής έρευνας για τη δημιουργία μιας «έξυπνης» εφαρμογής για το κινητό τηλέφωνο όπου βοηθά τους νέους να λαμβάνουν από κοινού με τους κλινικούς τις θεραπευτικές αποφάσεις (Chapman et al., 2017).

Η «Κλίμακα Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» περιέχει 23 λήμματα, τα οποία χωρίζονται σε τρεις διακριτές υποκατηγορίες, (α) για τον εαυτό (7 ερωτήσεις), (β) για τις υπηρεσίες (8 ερωτήσεις) και (γ) για το σύστημα (8 ερωτήσεις). Αναλυτικά, τα στοιχεία (items) της πρώτης υποκατηγορίας

αντανεκλούν την αυτοπεποίθηση και αισιοδοξία του ατόμου ως προς τη διαχείριση της κατάστασής του. Στο επίκεντρο της δεύτερης βρίσκεται η εμπιστοσύνη και η ικανότητα συνεργασίας του με το προσωπικό των υπηρεσιών ώστε να επιλέγει και να αξιοποιεί με τον καλύτερο τρόπο τα μέσα υποστήριξης. Η τρίτη θίγει τη δυνατότητα του να βοηθά τους ειδικούς στη βελτιστοποίηση του συστήματος και παράλληλα τους άλλους νέους στην κατανόηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπάρχουν δυο ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου που αφορούν την αξιολόγηση του εργαλείου από τον ερωτώμενο. Η ερώτηση ανάπτυξης «Σχόλια/ Προτάσεις» επιτρέπει την έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων σχετικά με το περιεχόμενο της κλίμακας, την καταγραφή παρατηρήσεων ή ακόμα την ανάπτυξη ιδεών για το θέμα.

Οι δυνατές απαντήσεις αποδίδονται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert: “πάντα ή σχεδόν πάντα”, “τις περισσότερες φορές”, “μερικές φορές”, “σπάνια”, “ποτέ ή σχεδόν ποτέ”. Μεταξύ 6 και 30 καθορίστηκε το εύρος βαθμών για την υποκλίμακα «εαυτός» ενώ μεταξύ 7 και 35 για τις υποκλίμακες «υπηρεσίες» και «σύστημα». Με την πρόσθεση των τιμών των ερωτήσεων παρέχεται ένα συνολικό σκορ, το οποίο κυμαίνεται από 20 έως 100, όπως επίσης και ένα αποτέλεσμα για καθεμία από τις τρεις διαστάσεις ξεχωριστά (Walker & Powers, 2007). Υψηλό επίπεδο ενδυνάμωσης συνεπάγεται συγκέντρωση μεγάλης βαθμολογίας. Τρία στοιχεία (4, 11, 19), τα οποία συμμετέχουν στην κλίμακα αντεστραμμένα, δεν συνυπολογίζονται στην εξαγωγή του σκορ αλλά έχουν έναν επικουρικό ρόλο. Λειτουργούν σαν δηλώσεις ελέγχου καθώς το «αντίθετο» εννοιολογικό τους περιεχόμενο επιτρέπει όχι μόνο την εξέταση του τρόπου απόκρισης (Simmons, 2012) του βαθμολογούμενου αλλά και τον περιορισμό της θετικής μεροληψίας.

### ***Μετάφραση και προσαρμογή της υπό στάθμιση κλίμακας***

Για τη χρήση και στάθμιση της κλίμακας είχε προηγηθεί η επικοινωνία με τους δημιουργούς της και η απόκτηση της σχετικής έγγραφης έγκρισης. Ακολούθησε η διαδικασία δίγλωσσης μετάφρασής της προς δυο κατευθύνσεις, όπως ορίζει η διεθνώς επικρατούσα μεθοδολογία (Sousa & Rojjanasrirat, 2010; World Health Organization; Wild et al., 2005). Δυο έμπειροι ανεξάρτητοι μεταφραστές, με μητρική γλώσσα την ελληνική, μετέφρασαν το πρωτότυπο κείμενο από την αγγλική (forward translation). Μια ολιγομελής ομάδα ειδικών εξέτασε σχολαστικά το βαθμό

διαφοροποίησης των δυο αποδόσεων, τις εναρμόνισε και ομοφώνησε σε μια εκδοχή (reconciliation). Στο δεύτερο στάδιο έγινε αντίστροφη μετάφραση από ένα δίγλωσσο άτομο με άριστη γνώση της αγγλικής, το οποίο δεν είχε εικόνα του πρωτότυπου ερωτηματολογίου (backward translation). Η ελληνική έκδοση προέκυψε έπειτα από τη σύγκριση των μεταφράσεων ως προς τη γλωσσική τους ισορροπία, την σύνθεσή τους και την ενσωμάτωση παρατηρήσεων για μικρές τροποποιήσεις.

Ταυτόχρονα, απαιτήθηκε και η πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) του κειμένου και όχι μόνο η πιστή, λέξη προς λέξη μετάφρασή του (Sidani, Guruge, Miranda, Ford-Gilboe & Varcoe, 2010). Μεταφέροντας τους όρους με ακρίβεια και ευστοχία στη διαφορετική κουλτούρα της γλώσσας – στόχου διασφαλίζεται η ισοδυναμία σε επίπεδο σημασιολογικό, εννοιολογικό και ιδιωτισμών (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000). Πραγματοποιήθηκε, λοιπόν, μια μικρή πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου όπου εθελοντές έφηβοι προερχόμενοι από το γενικό πληθυσμό συμπλήρωσαν την ελληνική έκδοση. Με βάση τη διαδικασία της γνωστικής ανασκόπησης (cognitive debriefing), οι ερωτώμενοι ενθαρρύνθηκαν να επισημάνουν πιθανές ασάφειες στη φρασεολογία και παραλείψεις της μετάφρασης αλλά και να προχωρήσουν στην παρουσίαση εναλλακτικών προτάσεων. Αυτή η προκαταρκτική εκτίμηση αποσκοπούσε στην εξακρίβωση της πλήρους κατανόησης των ερωτήσεων και στην αναδιατύπωσή τους ώστε να συνταχθεί η τελική μορφή. Στη δοκιμή του εργαλείου δόθηκε έμφαση αφενός στην καταλληλότητα των λέξεων και ορθότητα του περιεχομένου και αφετέρου στη διάταξη και αρτιότητα εμφάνισης.

### ***Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών***

Η κλίμακα “Strengths and Difficulties Questionnaire” (SDQ-Hel) αποτελεί ένα συνοπτικό και πρακτικό εργαλείο για την έγκαιρη ανίχνευση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε παιδιά και εφήβους (Goodman, 1997; Goodman, 1999). Απευθύνεται σε ηλικίες από 11 έως 17 ετών και μελετά την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα τόσο σε γενικό όσο και σε κλινικό πληθυσμό. Είναι διαθέσιμο σε περισσότερες από 80 γλώσσες (<http://www.sdqinfo.com>) και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως ως μέρος της κλινικής εκτίμησης, για την αξιολόγηση της έκβασης της θεραπείας, για ερευνητικούς και επιδημιολογικούς σκοπούς (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000; Stone, Otten, Engels, Vermulst & Janssens, 2010). Η ελεύθερη προσβασιμότητα στο διαδίκτυο, η σύζευξη θετικών και

αρνητικών γνωρισμάτων και τα στοιχεία από διαφορετικούς πληροφοριοδότες εξηγούν τη διαδεδομένη του εφαρμογή (Gaete et al. 2018).

Εκτός από τη μορφή αυτό-αναφοράς που χορηγήθηκε στην παρούσα έρευνα, το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ακόμα από γονείς και εκπαιδευτικούς παιδιών και εφήβων, ηλικίας 4 έως 16 ετών. Υπάρχουν τρεις εκδοχές του «Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών», η σύντομη, η εκτεταμένη και αυτή της μετά-παρακολούθησης (follow-up). Στην εκτεταμένη εκδοχή εξετάζεται η υποκειμενική επίδραση των δυσκολιών και αναλυτικότερα η χρονιότητα των προβλημάτων, η δυσφορία που οφείλεται στην παρουσία τους, η δυσλειτουργία στην καθημερινότητα και η επιβάρυνση του περιβάλλοντος (Goodman, 2001). Οι πέντε επιπρόσθετες ερωτήσεις προσφέρουν άμεσα σημαντικές πληροφορίες σε κλινικούς και ερευνητές (Goodman, 1999). Στη follow-up εκδοχή, που δίνεται μετά από μια παρέμβαση για την απεικόνιση της αλλαγής, το χρονικό πλαίσιο αξιολόγησης αναφέρεται στον προηγούμενο μήνα. Υπογραμμίζεται ότι στη μελέτη επιλέχθηκε η εκτεταμένη μορφή του ερωτηματολογίου. Ακόμα, έχει δημιουργηθεί μια έκδοση για μικρότερα παιδιά, ηλικίας 3 – 4 ετών, η οποία απαντάται από ενήλικες (Croft, Stride, Maughan & Rowe, 2015)

Περιλαμβάνει 25 θετικά και αρνητικά ερωτήματα, τα οποία διερευνούν (α) προβλήματα διαγωγής, (β) υπερκινητικότητα/ απροσεξία, (γ) συναισθηματικά συμπτώματα, (δ) προβλήματα με συνομηλίκους και (ε) θετική κοινωνική συμπεριφορά. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν σχετικά με τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά που αντιλαμβάνονται τους τελευταίους έξι μήνες. Σε καθεμία από τις παραπάνω πέντε υποκλίμακες αντιστοιχούν πέντε δηλώσεις/προτάσεις (items). Η επιλογή αυτών βασίστηκε αφενός «σε κύριες νοσολογικές κατηγορίες, αναγνωρισμένες από σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών, όπως το *DSM-IV (1994)*» και αφετέρου σε διερευνητικές παραγοντικές αναλύσεις (EFA) (Goodman, 2001; Goodman, Lambing & Ploubidis, 2010). Η εκδοχή που προορίζεται για γονείς/ δασκάλους παιδιών προσχολικής ηλικίας, ελαφρώς τροποποιείται με την αντικατάσταση κάποιων στοιχείων (Croft et al., 2015).

Ο Goodman (1997), κατά την κατασκευή, προσάρμοσε το ερωτηματολόγιο του Rutter αναβαθμίζοντας το περιεχόμενο και εντάσσοντας τις προσωπικές δυνατότητες στο νέο εργαλείο (Muris, Meesters & van den Berg, 2003). Οι Dickey

και Blumberg (2004) πρότειναν ότι σε δείγμα χαμηλού κινδύνου και στο γενικό πληθυσμό δύναται να εφαρμοστεί μια εναλλακτική δομή του «Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών» με τρεις μεταβλητές. Αυτό σημαίνει ότι οι υποκλιμάκες των συναισθηματικών δυσκολιών και των προβλημάτων στις σχέσεις με τους συνομηλίκους δύναται να ομαδοποιηθούν ως εσωτερικευμένα προβλήματα και αυτές των προβλημάτων διαγωγής και της υπερδραστηριότητας/ διάσπασης προσοχής ως εξωτερικευμένα. Υποστηρίχτηκε, όμως, η χρήση του μοντέλου πέντε παραγόντων όταν η χορήγηση στοχεύει στην ανάδυση διαταραχών (Goodman et al., 2010; He, Burstein, Schmitz & Merikangas, 2013).

Η μέτρηση γίνεται σε κλίμακα τριών σημείων: “δεν ισχύει”, “ισχύει κάπως”, “ισχύει σίγουρα”. Στις θετικές δηλώσεις/προτάσεις που έχουν αντίθετη κατεύθυνση κωδικοποίησης, η απάντηση “δεν ισχύει” λαμβάνει 2 βαθμούς ενώ η “ισχύει σίγουρα” 0 βαθμούς (Goodman, et al., 2010). Το ερωτηματολόγιο οδηγεί σε μια συνολική βαθμολογία που προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων πρώτων υποκλιμάκων και κυμαίνεται από 0 έως 40. Στην τελική εκτίμηση για το δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών αποκλείεται η διάσταση της προ-κοινωνικής συμπεριφοράς (Goodman, 2001) δεδομένου ότι η απουσία της εννοιολογικά διαφέρει από την παρουσία των ψυχικών δυσκολιών (Goodman, 1997). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο υπολογισμός του σκορ για την υποκειμενική αξιολόγηση των δυσκολιών πραγματοποιείται ξεχωριστά (He et al., 2013). Υψηλή βαθμολογία δηλώνει υψηλή συχνότητα εμφάνισης του χαρακτηριστικού που μετράται (Goodman, 2001).

Με βάση τις καθορισμένες από τη στάθμιση νόρμες, είναι εφικτή η διάκριση του παθολογικού από το οριακό και φυσιολογικό επίπεδο (Goodman & Goodman, 2009; Kremer et al., 2015; Stone et al., 2015). Οι Goodman, Refrew και Mullick το 2000 δημιούργησαν ένα αυτοματοποιημένο αλγόριθμο που προβλέπει το ψυχιατρικό περιστατικό με βάση τα σκορ των συμπτωμάτων και της υποκειμενικής επίδρασης που καταγράφουν οι τρεις πηγές πληροφόρησης. Διαπιστώθηκε ερευνητικά μια αξιοσημείωτη συμφωνία ανάμεσα στην πρόβλεψη της κλίμακας και την κλινική διάγνωση σε πάσχον δείγμα (Goodman et al., 2000b). Η πρόγνωση αφορά τρεις ομάδες διαταραχών, τις αγχώδεις – καταθλιπτικές, τις εναντιωματικές – διαγωγής και τις υπερκινητικότητας – έλλειψης προσοχής, όπου η παρουσία της καθεμίας ταξινομείται στο “απίθανο”, “πιθανό/ ενδεχόμενο” και “πιθανό/ δυνατό” (Goodman et al., 2000). Η ακρίβεια στην ανίχνευση εξαρτάται από το είδος της ψυχικής

διαταραχής και από τον ερωτώμενο (Johnson, Hollis, Marlow, Simms & Wolke, 2014). Σύμφωνα με τον Goodman (2001), βέβαια, η μέγιστη προβλεπτική αξία του εργαλείου ως προς τις εκτιμήσεις επιτυγχάνεται με τις παράλληλες φόρμες αναφοράς.

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες έχουν εξεταστεί σε ποικίλες μελέτες παγκοσμίως στον κλινικό πληθυσμό και την κοινότητα (Gaete et al. 2018; Kremer et al., 2015; Marzocchi et al., 2004; Woerner et al., 2004; Yao et al., 2009) Παρά την ύπαρξη ορισμένων περιορισμών, χαρακτηρίζονται ως ικανοποιητικές (Goodman, 2001; Muris et al., 2003; Stone et al., 2010; Stone et al., 2015). Η κλίμακα εμφανίζει σχετικά καλή σταθερότητα (Goodman, 2001) και έχει επιβεβαιωθεί η συντρέχουσα εγκυρότητα μέσα από τη συσχέτιση με καθιερωμένες κλίμακες μέτρησης της γενικής ψυχοπαθολογίας, όπως του Rutter και του συστήματος Achenbach (Goodman, 1997; Goodman & Scott, 1999). Παρέχονται δείκτες αξιοπιστίας για κάθε πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο και για κάθε υποκλίμακα (Kremer et al., 2015; Stone et al., 2010). Κάποιες από αυτές, τα προβλήματα στη συμπεριφορά και στις σχέσεις με ομηλικούς, σημειώνουν συχνά πιο χαμηλές τιμές του Cronbach  $\alpha$  (Muris et al., 2003; Yao et al., 2009). Ο περιορισμένος αριθμός ερωτήσεων, η ετερογένεια στο περιεχόμενό τους και η θετική διατύπωση ενδέχεται να αποτελούν μια εξήγηση (Muris et al., 2003). Κατά τις συγκρίσεις βαθμολογιών γονέων και εκπαιδευτικών, τα αποτελέσματα δείχνουν αποδεκτή αξιοπιστία, η οποία, όμως, φαίνεται να είναι πιο ισχυρή στους τελευταίους (Stone et al., 2010).

### ***Κλίμακα Ψυχικής Ευεξίας Warwick-Edinburgh***

Η «Κλίμακα Ψυχικής Ευεξίας Warwick-Edinburgh» (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS) αναπτύχθηκε από τις ερευνητικές ομάδες των πανεπιστημίων Γουόρικ και Εδιμβούργου (Tennant et al., 2007). Χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Σκωτίας με σκοπό να αξιολογήσουν και να προωθήσουν την ψυχική ευεξία στο γενικό πληθυσμό. Ο σχεδιασμός του εδράζεται μεταξύ άλλων στην προσαρμογή της “Affectometer 2”, κλίμακας των Νεοζηλανδών Kammann και Flett (1983), η οποία χαρακτηρίζεται από ευνοϊκές ψυχομετρικές ιδιότητες αλλά και σημαντικούς περιορισμούς (Tennant et al., 2007; Smith et al., 2017). Θεωρείται ένα εργαλείο εύχρηστο και κατάλληλο για ηλικίες από 13 ετών και άνω αλλά και για δείγματα διαφορετικών χαρακτηριστικών, όπως υγιή, κλινικά ή μειονότητες (Clarke et al., 2011; Smith, Alves, Knapstad, Haug & Aarø, 2017;

Taggart et al., 2013). Ως πλεονέκτημα αναγνωρίζεται το γεγονός ότι όλες οι προτάσεις/ δηλώσεις είναι μικρές και εύκολα κατανοητές από το χρήστη.

Επιπρόσθετα, η κλίμακα έχει καταστεί ονομαστή στους κόλπους χάραξης πολιτικών και οργάνωσης μελετών εξαιτίας της συμβολής της στην εκτίμηση προγραμμάτων και υπηρεσιών (Stewart-Brown, 2015; Taggart, Stewart-Brown & Parkinson, 2015). Μελέτες παρατήρησης έχουν καταγράψει την ευαισθησία της «Κλίμακας Ψυχικής Ευεξίας Warwick-Edinburgh» στις αλλαγές, που απορρέουν από παρεμβάσεις, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο (Maheswaran, Weich, Powell & Stewart-Brown, 2012; Trousselard et al., 2016). Στην ουσία, ανταποκρίνεται σε μια σειρά από πρωτοβουλίες που επιδιώκουν να ενισχύσουν την ψυχική ευζωία και ενθαρρύνουν την εμπλοκή σε δραστηριότητες. Γίνεται αναφορά στα προγράμματα ενίσχυσης του γονικού ρόλου, στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία μέσω διαδικτύου, στις εναλλακτικές και συμπληρωματικές ιατρικές μεθόδους, στα προγράμματα αλλαγής τρόπου ζωής (Maheswaran et al., 2012; Stewart-Brown, 2015). Μολονότι δεν έχει το ρόλο ενός κλινικού οργάνου μέσω του οποίου διακρίνεται η ψυχική ασθένεια, πολύ χαμηλά σκορ μπορεί να είναι ενδεικτικά της ανάγκης για υποστήριξη (Taggart et al., 2015).

Αποτελείται από 14 θετικά διατυπωμένες θέσεις που καλύπτουν τόσο σκέψεις όσο και συναισθήματα αναφορικά με την υποκειμενική ευημερία και την ψυχική κατάσταση του ατόμου στο διάστημα των δυο τελευταίων εβδομάδων. Οι θέσεις αυτές αφορούν ευδαιμονικά (αυτονομία, θετικές διαπροσωπικές σχέσεις, αίσθηση σκοπού στη ζωή, προσωπική ανάπτυξη) και ηδονικά (ευτυχία, ικανοποίηση, αισιοδοξία) στοιχεία της ευημερίας (Clarke et al., 2011; Santos et al., 2014). Αποβλέπει στη μέτρηση της ψυχικής ευεξίας αυτής καθεαυτής και όχι των καθοριστικών της παραγόντων (Taggart et al., 2015). Διατίθεται ακόμα μια συντετμημένη εκδοχή με επτά μόνο στοιχεία, η κλίμακα “Short-WEMWBS”, η οποία επικεντρώνεται κυρίως στην ευδαιμονική οπτική (Ringdal, Bradley Eilertsen, Bjørnsen, Espnes, Moksnes, 2018). Σε αντίθεση με την εκτεταμένη, αυτό ικανοποιεί τα αυστηρά κριτήρια του μοντέλου μέτρησης του RASCH και παράγει λιγότερα σφάλματα (Stewart-Brown et al., 2009).

Κάθε πρόταση αξιολογείται με κλίμακα τύπου Likert που εκτείνεται από το 1 έως το 5 (από “ποτέ” έως “διαρκώς”) με την υψηλότερη τιμή να υποδεικνύει

μεγαλύτερες προσδοκίες ψυχικής ευεξίας και το αντίστροφο. Η πρόσθεση των βαθμολογιών στα επιμέρους θέματα προσφέρει το συνολικό σκορ της κλίμακας (Stewart-Brown & Janmohamed, 2008). Ο ελάχιστος δυνατός βαθμός που μπορεί να συγκεντρώσει ο ερωτώμενος είναι 14 και ο μέγιστος 70. Στο σκοράρισμα της σύντομης μορφής της κλίμακας, όπου κυμαίνεται μεταξύ 7 και 35 και δεν πρέπει να λείπει καμία από τις επτά απαντήσεις, ακολουθείται μια σχετικά πιο περίπλοκη διαδικασία. Η ανεπεξέργαστη βαθμολογία υπολογίζεται συνολικά και αλλάζει μέσα από ένα πίνακα μετατροπής σε μετρική (κλίμακα ίσων διαστημάτων), η οποία χρησιμεύει για παραμετρικές αναλύσεις (Stewart-Brown et al., 2009).

Το εργαλείο αρχικά ελέγχτηκε σε ηλικίες 16 – 74 ετών, μαθητές στο Ηνωμένο Βασίλειο και ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό ενήλικο δείγμα στη Σκωτία (Tennant et al., 2007). Έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί σε πολλές γλώσσες και πολιτισμικά πρότυπα, συμπεριλαμβανομένων της ισπανικής (Castellvi et al., 2014; López et al., 2013), της ιταλικής (Gremigni & Stewart-Brown, 2011), της γαλλικής (Trousselard et al., 2016), της νορβηγικής (Ringdal et al., 2018; Smith et al. 2017), της κινέζικης (Ng et al., 2014) και της πορτογαλικής - βραζιλιάνικης (Santos et al, 2014). Στις σταθμίσεις που έχουν διεξαχθεί σε γενικό και κλινικό πληθυσμό, έχουν βρεθεί καλά επίπεδα εγκυρότητας περιεχομένου, φαινομενικής εγκυρότητας, εσωτερικής συνοχής και σταθερότητας επαναληπτικών μετρήσεων (Clarke et al., 2011; McKay & Andretta, 2017; Tennant et al., 2007).

### **2.3 Διαδικασία συλλογής**

Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν από την ερευνήτρια στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου «Η Αγία Σοφία» κατά τους μήνες Νοέμβριο 2018 – Απρίλιο 2019. Στην καλύτερη διασύνδεση μαζί τους συνέβαλε μια τυπική γνωριμία με τη συνδρομή των επαγγελματιών υγείας. Ακόμα, η άμεση ενημέρωση από το επιστημονικό προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων αναφορικά με τη μελέτη διευκόλυνε σημαντικά την έναρξη της διαδικασίας. Οι επισκέψεις στη Μονάδα Εσωτερικής Νοσηλείας και στις κλινικές της Διασυνδετικής έγιναν σε πρωινές ώρες στο θάλαμο των νοσηλευόμενων ύστερα από ενημέρωση για τις νέες εισαγωγές και τα εξιτήρια. Αντίστοιχα, η συγκέντρωση των δεδομένων στο Κ.Ε.Ψ.Υ.Ε. και στο Κ.Ψ.Υ πραγματοποιήθηκε εβδομαδιαίως εν



αναμονή των ραντεβού. Ως προς την εύρεση του δείγματος υπήρξε προσυνεννόηση με τους παιδοψυχιάτρους.

Οι οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτήσεων περιγράφονταν αναλυτικά στο έντυπο και προσφέρονταν περεταίρω επεξηγήσεις, εάν χρειαζόταν, πάντα από την ερευνήτρια. Στο τέλος οι συμμετέχοντες παρέδιδαν επί τόπου τα ερωτηματολόγια σε έναν κλειστό φάκελο που τους είχε διανεμηθεί. Μολονότι ο χρόνος συμπλήρωσης διέφερε ανάλογα με τους ρυθμούς του εξεταζόμενου, η μέση διάρκεια απάντησης κάθε κλίμακας δεν υπερέβη τα πέντε λεπτά. Σε ελάχιστες περιπτώσεις παρατηρήθηκε απροθυμία για συνεργασία επικαλούμενοι κατά βάση τον περιορισμένο χρόνο που είχαν στη διάθεσή τους. Γενικότερα, η πλειονότητα των εφήβων ανταποκρίθηκε με ευκολία, εξαιρουμένων όσων αντιμετώπιζαν μαθησιακές δυσκολίες, για παράδειγμα αναγνωστικής ευχέρειας, ή άνηκαν στο αυτιστικό φάσμα. Σε αυτούς παρασχέθηκε πρόσθετη προφορική βοήθεια εωσότου εξοικειώθηκαν με τα ερωτήματα και τις κλίμακες διαβαθμισμένων απαντήσεων.

#### **2.4 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας**

Για την προστασία των δικαιωμάτων και των συμφερόντων των υποκειμένων τηρήθηκαν όλες οι προβλεπόμενες αρχές δεοντολογίας. Το πρωταρχικό βήμα αφορούσε την εξασφάλιση της συναίνεσης αφενός των προαναφερόμενων υπηρεσιών στις οποίες υλοποιήθηκε η μελέτη και αφετέρου των δυνητικών συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, διενεργήθηκαν όλες οι απαιτούμενες ενέργειες με στόχο τη λήψη της έγκρισης από το Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Επίσης, η πρόταση υποβλήθηκε προς την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία μεριμνά για τη συμμόρφωση των ερευνητικών δραστηριοτήτων με τα ισχύοντα επιστημονικά πρότυπα και για τη διευθέτηση θεμάτων ηθικού προβληματισμού. Αφού κατατέθηκε ένα λεπτομερές ερευνητικό πρωτόκολλο, γνωμοδότησαν θετικά για τη διεξαγωγή, με αποτέλεσμα τη δυνατότητα πρόσβασης στις κλινικές και τμήματα του Νοσοκομείου «Η Αγία Σοφία».

Πριν την έναρξη της διαδικασίας, δόθηκε το ειδικό έντυπο ενυπόγραφης συγκατάθεσης (βλ. παράρτημα), όπου γίνεται σαφής και σύντομη αναφορά στη φύση,

το σκοπό και τη σπουδαιότητα της έρευνας. Τόσο οι υποψήφιοι ερωτώμενοι ανήλικοι όσο και οι γονείς/ κηδεμόνες τους πληροφορήθηκαν με τρόπο κατανοητό για την ανωνυμία, την εθελοντική συμμετοχή, την αναμενόμενη διάρκεια και τη δυνατότητα άρνησης ή απόσυρσης, ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια. Η ιδιωτικότητα διαφυλάχθηκε με τη διατήρηση της φόρμας συναίνεσης, η οποία τους ταυτοποιεί, χωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα και με την απόδοση ενός μοναδικού κωδικού ανά ερωτώμενο (αύξων αριθμός). Μάλιστα, η αποφυγή σημείωσης του ονόματός τους στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και η διαβεβαίωση της μη γνωστοποίησης αυτών σε φροντιστές και ιατρικό προσωπικό εδραίωσαν το κλίμα ασφάλειας. Εγγυήθηκε, βέβαια, η συλλογή και η αξιοποίηση των στοιχείων αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς λόγους, διευκρινίζοντας παράλληλα την πιθανή δημοσίευση των ευρημάτων. Τέλος, επισημάνθηκε ότι οι απαντήσεις δεν έχουν αξιολογικό χαρακτήρα, δηλαδή δεν υπάρχουν ορθές και λανθασμένες, προκειμένου να επιτευχθεί όσο το δυνατόν πιο υποκειμενική και ακριβής εκτίμηση. Τους ζητήθηκε να δηλώσουν με ειλικρίνεια τις αποκρίσεις εκείνες που θεωρούσαν ότι αντιστοιχούν καλύτερα στην κατάσταση τους.

## 2.5 Ανάλυση δεδομένων

Μετά τη συγκέντρωση των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ακολούθησε η καταχώρηση αυτών και η κωδικοποίηση των απαντήσεων στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Η επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού λογισμικού προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - έκδοση 22.0). Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για να παρουσιάσει συνοπτικά τα δεδομένα και το προφίλ του δείγματος απεικονίζοντάς τα σε μορφή πινάκων και γραφημάτων. Οι μέσες τιμές (*mean*), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=*SD*) και οι διάμεσοι (*median*) υπολογίστηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές ενώ οι απόλυτες (*N*) και οι σχετικές συχνότητες (%) για τις κατηγορικές. Ως αξιοπιστία (*reliability*) ενός ερευνητικού εργαλείου ορίζεται ο βαθμός στον οποίο τα παραγόμενα αποτελέσματά του διέπονται από ακρίβεια και σταθερότητα σε επανειλημμένες μετρήσεις (DeVellis, 2003). Η αξιοπιστία της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» αποδείχθηκε με την εκτίμηση του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας/συνοχής alpha του Cronbach. Ο δείκτης αυτός φανερώνει την ομοιογένεια μιας κλίμακας αλλά και των επιμέρους

διαστάσεων της. Βάσει της ψυχομετρικής θεωρίας, συνιστάται ως ελάχιστη αποδεκτή τιμή το 0,70. Όσο πιο υψηλός, δηλαδή πλησιέστερος στο 1, είναι ο alpha, τόσο αυξάνεται η αξιοπιστία και εκμηδενίζεται η εμφάνιση τυχαίου σφάλματος μέτρησης.

Ένα ερωτηματολόγιο, βέβαια, δεν αρκεί να αποδειχθεί αξιόπιστο καθώς χρειάζεται να διακατέχεται και από ένα επίπεδο εγκυρότητας (validity). Πρέπει να σημειωθεί ότι η ύπαρξη αξιοπιστίας δεν συνεπάγεται απαραίτητα και την ύπαρξη εγκυρότητας. Η τελευταία έγκειται στο κατά πόσο ένα ερευνητικό εργαλείο μετρά πραγματικά αυτό για το οποίο επικαλείται ότι έχει κατασκευαστεί, και διακρίνεται σε διάφορους τύπους, περιεχομένου, φαινομενική, εννοιολογικής κατασκευής, κριτηρίου (DeVellis, 2003). Στην τρέχουσα έρευνα επιλέχθηκε η εξέταση της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής, η οποία αναφέρεται στο εάν το εργαλείο αντιπροσωπεύει όντως τις ιδέες του θεωρητικού πλαισίου που σχεδιάστηκε να μετρήσει. Προκειμένου να αξιολογηθεί η παράμετρος αυτή, έγινε σύγκριση της υπό στάθμιση κλίμακας με καθιερωμένα ερωτηματολόγια, που φέρουν τεκμηριωμένη εγκυρότητα αλλά και αποτυπώνουν συναφείς έννοιες. Έτσι, αναζητώντας το συντελεστή συσχέτισης του Pearson ( $r$ ), προσδιορίστηκε η συγκλίνουσα εγκυρότητα. Σχετικά με τη διερεύνηση της δομής της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία», εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης κύριων συνιστωσών. Αυτή κρίθηκε απαραίτητη για λόγους επιβεβαίωσης της πρότασης των δημιουργών του εργαλείου περί ομαδοποίησης των λημμάτων (items) σε τρεις κύριους παράγοντες.

Παράλληλα, με τη χρήση επαγωγικής στατιστικής εξακριβώθηκε η παρουσία ή όχι στατιστικώς σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της ενδυνάμωσης και των άλλων μεταβλητών. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο γραμμικός συντελεστής του Pearson ( $r$ ) ή του Spearman ( $\rho$ ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια σε εύρος μεταξύ 0,31 και 0,5 και υψηλή για τιμές άνω του 0,5. Προηγήθηκε ο έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων τόσο με το τεστ Kolmogorov-Smirnov όσο και διαγραμματικά με τα ιστογράμματα, αποσκοπώντας στη διαπίστωση εάν ακολουθούν ή όχι κανονική κατανομή και στη μετέπειτα επιλογή παραμετρικών ή μη παραμετρικών δοκιμασιών. Η ανίχνευση των διαφορών στις ποσοτικές μεταβλητές ανάμεσα σε δυο ομάδες επιτεύχθηκε με τον έλεγχο ανεξάρτητων δειγμάτων Student's t-test. Για όλες τις αναλύσεις τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας τέθηκαν στο 0,05 ( $p < 0,05$ ) και είναι αμφίπλευρα.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

#### Περιγραφικά στατιστικά

Το δείγμα της παρούσας έρευνας διαμορφώθηκε από 150 υποκείμενα, έφηβοι αγόρια και κορίτσια. Αναφορικά με την ηλικιακή τους σύνθεση, κυμαινόταν από 12 έως 17 ετών με μέση ηλικία τα 14,2 έτη ( $SD=1,6$  έτη). Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν εξαιρετικά υψηλό αγγίζοντας το 100% (150 διανεμημένα ερωτηματολόγια). Στους πίνακες 1.1 και 1.2 παρουσιάζονται, με τη μορφή της απόλυτης και σχετικής συχνότητας, τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Πίνακας 1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

		N	%
Φύλο	Αγόρι	66	44,0
	Κορίτσι	84	56,0
Τόπος κατοικίας	Αθήνα	136	90,7
	Επαρχία	14	9,3
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		14,2 (1,6)	
Συνθήκες διαμονής	μόνος/η	2	1,3
	Γονείς	109	72,7
	ένας γονιός	29	19,3
	Συγγενείς	3	2,0
	ανάδοχη οικογένεια	1	0,7
	ομαδική διαβίωση	0	0,0
	Φιλοξενία	2	1,3
	άλλη επιλογή	4	2,7
Συνθήκες διαμονής στο παρελθόν	μόνος/η	12	8,2
	Γονείς	124	84,4
	ένας γονιός	9	6,1
	Συγγενείς	41	27,9
	ανάδοχη οικογένεια	0	0,0
	ομαδική διαβίωση	3	2,0
	Φιλοξενία	14	9,5
	άλλη επιλογή	3	2,0

Παρατηρούμε ότι το 56,0% των εφήβων ήταν κορίτσια και το 44,0% αγόρια. Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία κατοικούσε στην Αθήνα, με το ποσοστό να ανέρχεται στο

90,7%, και το 72,7% διέμενε με τους δυο γονείς του. Μάλιστα, ποσοστό 19,3% προερχόταν από μονογονεϊκή οικογένεια ενώ μόλις το 0,7% από ανάδοχη. Όσον αφορά τις παρελθούσες συνθήκες διαμονής, το 27,9% είχε βρεθεί να φιλοξενηθεί από συγγενείς.

*Πίνακας 1.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος*

<b>Τόπος γέννησης</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Άγιοι Ανάργυροι	1	0,7
Αθήνα	106	70,7
Άλιμος	1	0,7
Άμφισσα	1	0,7
Άργος	2	1,3
Ασπρόπυργος	2	1,3
Βάρκιζα	1	0,7
Ελλάδα	9	6,0
Ελλάδα/ Κίνα	1	0,7
Θεσσαλονίκη	1	0,7
Μαρούσι	15	10,0
Πειραιάς	1	0,7
Πετρούπολη	1	0,7
Πόλη	1	0,7
Ρόδος	1	0,7
Ρουμανία	1	0,7
Τρίπολη	1	0,7
Χαϊδάρι	1	0,7
Χολαργός	1	0,7

Επισκόπηση του ανωτέρω πίνακα δείχνει ότι 70,7% των ερωτώμενων έχει γεννηθεί στην Αθήνα.

Στη συνέχεια, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το επάγγελμα των γονέων καθώς και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας των συμμετεχόντων δίνονται στον πίνακα 2. Το 34,9% είχε πατέρα απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ και στο 54,4% η μητέρα είχε ολοκληρώσει σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Βέβαια, μια υπολογίσιμη μερίδα των εφήβων δεν γνώριζε να απαντήσει σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (19,5%) και της μητέρας (18,1%). Επίσης, στο 84,7% του πληθυσμού ο πατέρας ήταν εργαζόμενος

ενώ στο 64,0% η μητέρα. Τέλος, ποσοστό 41,9% δήλωσε ότι είχε σχετικά καλή οικονομική κατάσταση και το 30,4% ότι ανήκε σε νοικοκυριό μεσαίας τάξης.

Πίνακας 2. Κοινωνικά χαρακτηριστικά δείγματος

		N	%
<b>Εκπαίδευση πατέρα</b>	Δημοτικό	11	7,4
	Γυμνάσιο	11	7,4
	Λύκειο	46	30,9
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	52	34,9
	Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ	29	19,5
<b>Εκπαίδευση μητέρας</b>	Δημοτικό	4	2,7
	Γυμνάσιο	10	6,7
	Λύκειο	27	18,1
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	81	54,4
	Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ	27	18,1
<b>Εργασία πατέρα</b>	Όχι	16	10,7
	Ναι	127	84,7
	Δεν ξέρω	0	0,0
	Δεν έχω πατέρα/Δεν έχω επαφή μαζί του	7	4,7
<b>Εργασία μητέρας</b>	Όχι	51	34,0
	Ναι	96	64,0
	Δεν ξέρω	2	1,3
	Δεν έχω μητέρα/ Δεν έχω επαφή μαζί της	1	0,7
<b>Οικονομική κατάσταση</b>	Πολύ καλή	22	14,9
	Σχετικά καλή	62	41,9
	Στο μέσο όρο	45	30,4
	Όχι και τόσο καλή	14	9,5
	Καθόλου καλή	5	3,4

Οι ακόλουθοι πίνακες περιέχουν στοιχεία που αφορούν στη φαρμακευτική αγωγή, την υπηρεσία υποστήριξης και τη διάγνωση των ερωτώμενων.

Πίνακας 3.1 Κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

		N	%
<b>Φαρμακευτική αγωγή</b>	Όχι	112	74,7
	Ναι	38	25,3

<b>Υπηρεσία υποστήριξης</b>	Ενδονοσοκομειακή Νοσηλεία	37	24,7
	Απογευματινά Νοσοκομείου	85	56,7
	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	19	12,7
	Ιδιωτικό ιατρείο	4	2,7
	Μονάδα εφήβων	5	3,3

Το 25,3% των εφήβων έχει λάβει φαρμακευτική αγωγή για θέματα ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, αναφορικά με την πηγή παροχής υπηρεσιών υγείας, το 56,7% είχε απευθυνθεί στα απογευματινά ιατρεία του Νοσοκομείου «Η Αγία Σοφία» και το 24,7% ήταν νοσηλευόμενοι ασθενείς.

Πίνακας 3.2 Κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Διάγνωση</b>	Όχι	84	56,8
	Ναι	64	43,2
	Άγχος/ψυχοσωματικά	1	0,7
	Αγχώδης διαταραχή	5	3,3
	Απόπειρα αυτοκτονίας	2	1,4
	Asperger	3	2,1
	Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά & στοιχεία Asperger	1	0,7
	Δυσκολία συγκέντρωσης	1	0,7
	Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	10	6,6
	Λήψη Χαπιών	1	0,7
	Μανιακό επεισόδιο & ψυχωτικά συμπτώματα	1	0,7
	Συναισθηματική διαταραχή	7	4,6
	Σύνδρομο Williams & ψυχοκοινωνικές δυσκολίες	1	0,7
	Ψυχοκοινωνικές δυσκολίες	5	3,4
	Αυτισμός	3	2,0
	ΔΕΠΥ	3	2,0
	ΔΕΠΥ & δυσλεξία	1	0,7
	Διάσπαση προσοχής	2	1,3
	Διαταραχή συναισθήματος & συμπεριφοράς	1	0,7
	Διπολική διαταραχή	1	0,7
Δυσαριθμησία	1	0,7	
Δυσλεξία	6	4,0	
Κατάθλιψη	17	11,3	

Κατάθλιψη/άγχος	1	0,7
Κατάθλιψη/Μεικτή Αγχώδης	1	0,7
Μαθησιακές δυσκολίες	27	18,0
Μετατραυματική διαταραχή	1	0,7
Μη καθορισμένη διαταραχή διάθεσης	1	0,7
Νευρική ανορεξία	5	3,3
Τριχοτιλλομανία	1	0,7
Υπερκινητικότητα	1	0,7
Φοβίες	1	0,7
Ψυχαναγκασμός	1	0,7
Ψύχωση	1	0,7

Το 43,2% των εφήβων παραδέχθηκε ότι είχε διαγνωσθεί με κάποια διαταραχή. Συχνότερες διαγνώσεις αποτέλεσαν η κατάθλιψη και οι μαθησιακές δυσκολίες. Ας σημειωθεί ότι λόγω του μη αποκλεισμού διαταραχών καταγράφηκαν μικρά ποσοστά σε κάθε διαγνωστική ομάδα.

Η βαθμολογία στην «Κλίμακα Ψυχικής Ευεξίας Warwick-Edinburgh» (WEMWBS) φαίνεται στον πίνακα 4. Μπορεί να πάρει τιμές από 14 έως 70 μονάδες, με τις υψηλότερες να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ευεξία. Το σκορ των εφήβων είχε εύρος από 14 έως 69 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 50,44 μονάδες ( $SD=11,10$  μονάδες).

Πίνακας 4. Βαθμολογίες δείγματος στην κλίμακα WEMWBS

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
<b>Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale</b>	14,00	69,00	50,44	11,10

Ομοίως, οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του «Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών» (SDQ) περιγράφονται στον πίνακα 5. Υψηλότερες τιμές σημαίνουν μεγαλύτερη ένταση στα αντίστοιχα με τις υποκλίμακες συμπτώματα και δυσκολίες. Εξαιρέση αποτελεί η διάσταση «Προ-κοινωνική συμπεριφορά» όπου το μεγαλύτερο σκορ φανερώνει πιο θετική κοινωνική συμπεριφορά.

Πίνακας 5. Βαθμολογίες δείγματος στο ερωτηματολόγιο SDQ

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
<b>Συναισθηματικά συμπτώματα</b>	0,00	10,00	3,96	2,97



Προβλήματα διαγωγής	0,00	8,00	2,70	1,83
Υπερκινητικότητα/Απροσεξία	0,00	10,00	4,03	2,32
Προβλήματα με συνομηλίκους	0,00	10,00	2,62	2,52
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	0,00	10,00	7,36	2,32
Συνολικές δυσκολίες	1,00	35,00	13,40	7,05

Η βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματικά συμπτώματα» κυμαινόταν από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3,96 μονάδες ( $SD=2,97$  μονάδες), στη διάσταση «Προβλήματα διαγωγής» από 0 έως 8 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 2,70 μονάδες ( $SD=1,83$  μονάδες) και στη διάσταση «Υπερκινητικότητα/ Διάσπαση προσοχής» από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 4,03 μονάδες ( $SD=2,32$  μονάδες). Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα με τους συνομηλίκους» κυμαινόταν από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 2,62 μονάδες ( $SD=2,52$  μονάδες) και στη διάσταση «Προ-κοινωνική συμπεριφορά» από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 7,36 μονάδες ( $SD=2,32$  μονάδες). Τέλος, η συνολική βαθμολογία κυμαινόταν από 1 έως 35 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 13,40 μονάδες ( $SD=7,05$  μονάδες).

Στον εξής πίνακα διακρίνονται εκτενώς οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε καθεμία από τις 23 προτάσεις της «Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία».

Πίνακας 6. Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών απαντήσεων στα ερωτήματα της κλίμακας YES-MH

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Αρκετές στιγμές	Πάντα
Ερώτηση		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1	Επικεντρώνομαι στα καλά πράγματα της ζωής, όχι μόνο στα προβλήματα	7 (4,7)	11 (7,3)	50 (33,3)	63 (42)	19 (12,7)
2	Κάνω αλλαγές στη ζωή μου ώστε να ζω επιτυχώς με τα συναισθηματικά ζητήματα και τα ζητήματα ψυχικής υγείας	15 (10,1)	23 (15,4)	45 (30,2)	46 (30,9)	20 (13,4)
3	Νιώθω ότι μπορώ να κάνω βήματα προς το μέλλον που επιθυμώ	9 (6)	10 (6,7)	33 (22)	49 (32,7)	49 (32,7)
4	Ανησυχώ ότι οι δυσκολίες σχετικά με την ψυχική υγεία μου ή τα συναισθήματά μου με κρατούν από το να έχω μία καλή ζωή	49 (32,7)	31 (20,7)	37 (24,7)	21 (14)	12 (8)
5	Γνωρίζω πώς να φροντίζω την ψυχική ή συναισθηματική υγεία μου	9 (6)	14 (9,4)	47 (31,5)	38 (25,5)	41 (27,5)
6	Όταν προκύπτει ένα πρόβλημα με την ψυχική υγεία μου ή τα συναισθήματά μου, τα χειρίζομαι πολύ καλά	14 (9,3)	22 (14,7)	38 (25,3)	46 (30,7)	30 (20)
7	Νιώθω ότι η ζωή μου είναι υπό έλεγχο	15 (10)	14 (9,3)	32 (21,3)	48 (32)	41 (27,3)
8	Όταν μία υπηρεσία ή ένα υποστηρικτικό πλαίσιο δεν λειτουργεί για εμένα, λαμβάνω πρωτοβουλία ώστε να αλλάξει	22 (14,8)	26 (17,4)	36 (24,2)	39 (26,2)	26 (17,4)
9	Λέω στα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες και υποστήριξη τι σκέφτομαι σχετικά με τις υπηρεσίες μου λαμβάνω από αυτά	25 (16,9)	23 (15,5)	35 (23,6)	38 (25,7)	27 (18,2)
10	Πιστεύω ότι οι υπηρεσίες και η υποστήριξη μπορούν να με βοηθήσουν να επιτύχω τους στόχους μου	13 (8,7)	10 (6,7)	31 (20,7)	57 (38)	39 (26)

11	Φορτίζομαι όταν πρέπει να πάρω μία απόφαση σχετικά με τις υπηρεσίες ή την υποστήριξη που λαμβάνω	14 (9,4)	33 (22,1)	49 (32,9)	35 (23,5)	18 (12,1)
12	Η γνώμη μου είναι το ίδιο σημαντική με τη γνώμη των ατόμων που παρέχουν τις υπηρεσίες στο να αποφασιστεί τι υπηρεσίες και υποστήριξη χρειάζομαι	19 (12,9)	15 (10,2)	40 (27,2)	47 (32)	26 (17,7)
13	Γνωρίζω τι ενέργειες πρέπει να κάνω όταν νομίζω ότι λαμβάνω κακές υπηρεσίες ή υποστήριξη	17 (11,5)	22 (14,9)	33 (22,3)	41 (27,7)	35 (23,6)
14	Κατανοώ πως οι υπηρεσίες και η υποστήριξη θα έπρεπε να με βοηθήσουν	3 (2)	10 (6,7)	24 (16,1)	56 (37,6)	56 (37,6)
15	Συnergάζομαι με τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες ώστε να προσαρμοστούν οι υπηρεσίες ή η υποστήριξη για να ταιριάζουν στις ανάγκες μου	8 (5,4)	9 (6)	26 (17,4)	45 (30,2)	61 (40,9)
16	Νιώθω ότι μπορώ να βοηθήσω να βελτιωθούν οι υπηρεσίες και η υποστήριξη για τα νέα άτομα με συναισθηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες ψυχικής υγείας	31 (20,9)	21 (14,2)	35 (23,6)	39 (26,4)	22 (14,9)
17	Έχω ιδέες για το πως να βελτιωθούν οι υπηρεσίες και η υποστήριξη για τα νέα άτομα με συναισθηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες ψυχικής υγείας	36 (24,2)	34 (22,8)	36 (24,2)	27 (18,1)	16 (10,7)
18	Γνωρίζω τα νομικά δικαιώματα που έχουν τα νέα άτομα με δυσκολίες ψυχικής υγείας	52 (34,7)	26 (17,3)	31 (20,7)	31 (20,7)	10 (6,7)
19	Νιώθω ότι το να προσπαθείς να αλλάξεις τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και υποστήριξης είναι χάσιμο χρόνου	63 (42,6)	33 (22,3)	32 (21,6)	11 (7,4)	9 (6,1)
20	Παίρνω την ευκαιρία να πω τη γνώμη μου και να εκπαιδεύσω άλλα άτομα σχετικά με το πως είναι να έχεις συναισθηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες ψυχικής υγείας	26 (17,6)	29 (19,6)	42 (28,4)	32 (21,6)	19 (12,8)
21	Νιώθω ότι μπορώ να χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου και τις εμπειρίες μου ώστε να βοηθήσω άλλα νέα άτομα με συναισθηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες ψυχικής υγείας	17 (11,4)	21 (14,1)	44 (29,5)	35 (23,5)	32 (21,5)
22	Λέω στα άτομα που δουλεύουν σε υπηρεσίες και σχολεία πως μπορούν να βελτιωθούν οι υπηρεσίες για τα νέα άτομα	65 (43,9)	29 (19,6)	28 (18,9)	17 (11,5)	9 (6,1)
23	Βοηθώ άλλα νέα άτομα να μάθουν για τις υπηρεσίες και την υποστήριξη που μπορεί να τα βοηθήσει	34 (22,7)	27 (18)	37 (24,7)	31 (20,7)	21 (14)

Η αξιολόγηση της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 7. Κατανομή των απαντήσεων του δείγματος με βάση την άποψή του για την κλίμακα

Ήταν το ερωτηματολόγιο αυτό:	N	%
Δύσκολο να συμπληρωθεί	11	7,4
Δύσκολο να κατανοηθεί	23	15,4
Πολύ μεγάλο	27	18,1
Καλό όπως είναι	88	59,1

Το 59,1% των εφήβων χαρακτήρισε το ερωτηματολόγιο καλό όπως είναι, το 18,1% πολύ μεγάλο, το 15,4% δυσνόητο ενώ το υπόλοιπο 7,4% δύσκολο στη συμπλήρωση. Στην ανοιχτή ερώτηση, όπου ζητούνται σχόλια για την κλίμακα, μόλις 14 από τους 150 συμμετέχοντες ανταποκρίθηκαν. Επικράτησε στους περισσότερους ως απάντηση η άποψη ότι το ερωτηματολόγιο, μολονότι ενδιαφέρον, περιείχε προτάσεις τις οποίες δυσκολεύονταν να καταλάβουν.

### **Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας**

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση διενεργήθηκε και κατέδειξε την ομαδοποίηση των ερωτήσεων της κλίμακας σε τρεις παράγοντες, που αντιστοιχούν στον «Εαυτό», το «Σύστημα» και τις «Υπηρεσίες». Αυτή πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο κύριων συνιστωσών (Principal Component) και μετά από “Direct Oblimin” περιστροφή των αξόνων. Σχετικά με τη σκοπιμότητά της, παρέχει ένα πλαίσιο ερμηνείας της μεταβλητότητας μεταξύ των αρχικών μεταβλητών της κλίμακας, επιτρέποντας τη σύνοψή τους και τον καθορισμό των βασικότερων διαστάσεων που την απαρτίζουν. Υπογραμμίζεται ότι οι ερωτήσεις 4, 11 και 19 δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών, η χρήση τους έγκειται στον έλεγχο του εάν οι συμμετέχοντες βασίζουν τις απαντήσεις τους στο περιεχόμενο των προτάσεων. Τα αποτελέσματα, τα οποία απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα, επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα του εργαλείου ως προς τη δομή (construct validity).

Πίνακας 8. Ανάλυση παραγόντων της κλίμακας YES-MH

Ερώτηση	Παράγοντας		
	Σύστημα	Εαυτός	Υπηρεσίες
1		<b>0,73</b>	
2		<b>0,55</b>	0,42
3		<b>0,74</b>	
5		<b>0,66</b>	
6		<b>0,81</b>	
7		<b>0,79</b>	
8	0,49	0,52	<b>0,48</b>
9			<b>0,56</b>
10			<b>0,68</b>
12			<b>0,53</b>
13		0,54	<b>0,46</b>
14			<b>0,76</b>
15			<b>0,74</b>
16	<b>0,80</b>		<b>0,42</b>
17	<b>0,77</b>		
18	<b>0,50</b>		0,53
20	<b>0,80</b>		
21	<b>0,77</b>		
22	<b>0,75</b>		
23	<b>0,67</b>		
<b>% μεταβλητότητας που εξηγείται:</b>	30,7	14,1	7,1

Ο παράγοντας «Σύστημα» ερμήνευσε το 30,7% της μεταβλητότητας, ο παράγοντας «Εαυτός» το 14,1% και ο παράγοντας «Υπηρεσίες» το 7,1% της μεταβλητότητας. Η συνολική διακύμανση που εξηγείται από τους τρεις παράγοντες είναι 51,9%. Οι φορτώσεις (loading), που δόθηκαν, ήταν της τάξεως του 0,42 μέχρι 0,81. Υπήρχαν τέσσερις ερωτήσεις που είχαν και δευτερεύουσες φορτώσεις αλλά δεν εντοπίστηκε καμία με φόρτωση κάτω του ελάχιστου επιπέδου (0,40). Προηγουμένως, το κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) αποτέλεσε το μέτρο διάγνωσης για την υλοποίηση παραγοντικής ανάλυσης. Όντας η τιμή του στο 0,83, άνω του αποδεκτού ορίου (0,50), φάνηκε ότι υπήρχε επάρκεια του δείγματος. Παράλληλα, ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett απεφάνθη εξίσου την καταλληλότητα της εφαρμογής ανάλυσης κύριων συνιστωσών στα υπό μελέτη δεδομένα καθώς υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων της κλίμακας ( $p<0.001$ ).

Κατόπιν αθροίστηκαν οι ερωτήσεις του κάθε παράγοντα και έτσι εξήχθησαν οι βαθμολογίες που παρουσιάζονται στον πίνακα 9. Υψηλότερες τιμές παραπέμπουν σε περισσότερη ενδυνάμωση. Η βαθμολογία ενδυνάμωσης για τον εαυτό δύναται να λάβει τιμές από 6 έως 30 ενώ για τις υπηρεσίες και για το σύστημα από 7 έως 35. Ακόμα, υπολογίστηκε και η συνολική βαθμολογία ενδυνάμωσης, η οποία μπορεί να κυμανθεί από 20 έως 100 μονάδες.

Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία παραγόντων και δείκτες συνάφειας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Cronbach's a
Ενδυνάμωση για τον εαυτό	6,00	30,00	21,05	5,07	0,82
Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες	7,00	35,00	24,52	5,41	0,75
Ενδυνάμωση για το σύστημα	7,00	34,00	19,48	6,76	0,86
Συνολική ενδυνάμωση	20,00	96,00	64,98	13,63	0,88

Η βαθμολογία ενδυνάμωσης για **τον εαυτό** κυμαινόταν από 6 έως 30 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 21,05 μονάδες ( $SD=5,07$  μονάδες). Δύο έφηβοι (1,3%) είχαν την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και δύο (1,3%) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία.

Η βαθμολογία ενδυνάμωσης για **τις υπηρεσίες** κυμαινόταν από 7 έως 35 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 24,52 μονάδες ( $SD=5,41$  μονάδες). Δύο έφηβοι (1,3%) είχαν την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και τέσσερις (2,7%) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία.

Η βαθμολογία ενδυνάμωσης για **το σύστημα** κυμαινόταν από 7 έως 34 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 19,48 μονάδες ( $SD=6,76$  μονάδες). Επτά έφηβοι (6,1%) είχαν την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία ενώ κανείς δεν είχε τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία.

Η **συνολική** βαθμολογία κυμαινόταν από 20 έως 96 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 64,98 μονάδες ( $SD=13,63$  μονάδες). Μόνο ένας έφηβος (0,7%) είχε την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία ενώ κανείς δεν είχε τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία.

Η αξιοπιστία της μεταφρασμένης εκδοχής της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» αξιολογήθηκε μέσω υπολογισμού του δείκτη alpha τόσο για ολόκληρη την κλίμακα όσο και για καθένα παράγοντά της ξεχωριστά. Διαπιστώθηκε ότι οι τρεις διαστάσεις του εργαλείου είχαν ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια (internal consistency), δεδομένου ότι οι τιμές καταγράφηκαν υψηλότερες από τη συνιστώμενη οριακή τιμή ( $a=0,82$  για τον «Εαυτό»,  $a=0,75$  για τις «Υπηρεσίες»,  $a=0,86$  για το «Σύστημα»). Αυτό καταδεικνύει την ομοιογένεια των παραγόντων σε συνάρτηση με την κατασκευή που μετρούν.

*Ο γενικός συντελεστής αξιοπιστίας  $a$  του Cronbach, που βρέθηκε να ισούται με 0,88, ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,70), οπότε υπήρχε αποδεκτή αξιοπιστία.*

Στους πίνακες 10.1, 10.2 και 10.3 που ακολουθούν, αναγράφονται οι συντελεστές αξιοπιστίας όπως αυτοί θα προέκυπταν εάν αποσυρόταν μία-μία ερώτηση από τους τρεις κύριους παράγοντες καθώς και οι συσχετίσεις θεμάτων – κλίμακας. Η ανάλυση αυτή αποσκοπεί στην εξέταση της πιθανότητας αύξησης του δείκτη alpha.

*Πίνακας 10.1 Ανάλυση αξιοπιστίας για τον παράγοντα «Ενδυνάμωση για τον εαυτό»*

Ερώτηση	Διορθωμένες συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας	Cronbach's $a$ αν αφαιρεθεί η ερώτηση
1	0,65	0,79
2	0,43	0,82
3	0,60	0,79
5	0,54	0,81
6	0,68	0,77
7	0,66	0,78

Πίνακας 10.2 Ανάλυση αξιοπιστίας για τον παράγοντα «Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες»

Ερώτηση	Διορθωμένες συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας	Cronbach's α αν αφαιρεθεί η ερώτηση
8	0,55	0,70
9	0,40	0,73
10	0,36	0,74
12	0,43	0,72
13	0,46	0,72
14	0,57	0,70
15	0,50	0,71

Πίνακας 10.3 Ανάλυση αξιοπιστίας για τον παράγοντα «Ενδυνάμωση για το σύστημα»

Ερώτηση	Διορθωμένες συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας	Cronbach's α αν αφαιρεθεί η ερώτηση
16	0,71	0,83
17	0,69	0,83
18	0,47	0,86
20	0,67	0,83
21	0,68	0,83
22	0,60	0,84
23	0,58	0,85

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι εφόσον ο συντελεστής αξιοπιστίας και για τους τρεις παράγοντες είτε παραμένει ίδιος είτε ελαττώνεται με την αφαίρεση ερωτήσεων, δεν υπάρχει λόγος να αφαιρεθεί κάποια από αυτές.

Επίσης, η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής εκτιμήθηκε από τον προσδιορισμό των συντελεστών συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) ανάμεσα στους επιμέρους παράγοντες και το σύνολο της κλίμακας (πίνακας 11).

Πίνακας 11. Συσχέτιση παραγόντων και συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας YES-MH

		Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες	Ενδυνάμωση για το σύστημα	Συνολική ενδυνάμωση
Ενδυνάμωση για τον εαυτό	R	0,53	0,22	0,69
	P	<0,001	0,006	<0,001
Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες	R	1,00	0,55	0,87
	P		<0,001	<0,001
Ενδυνάμωση για το σύστημα	R		1,00	0,80
	P			<0,001

Βλέπουμε ότι υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των παραγόντων της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία». Κατά συνέπεια, αύξηση στην ενδυνάμωση ενός τομέα σχετίζεται με αύξηση της ενδυνάμωσης και στους υπόλοιπους τομείς. Προέκυψαν, μάλιστα, υψηλές συσχετίσεις, εκτός ανάμεσα στους παράγοντες «Εαυτός» και «Σύστημα» ( $r=0,22$ ).

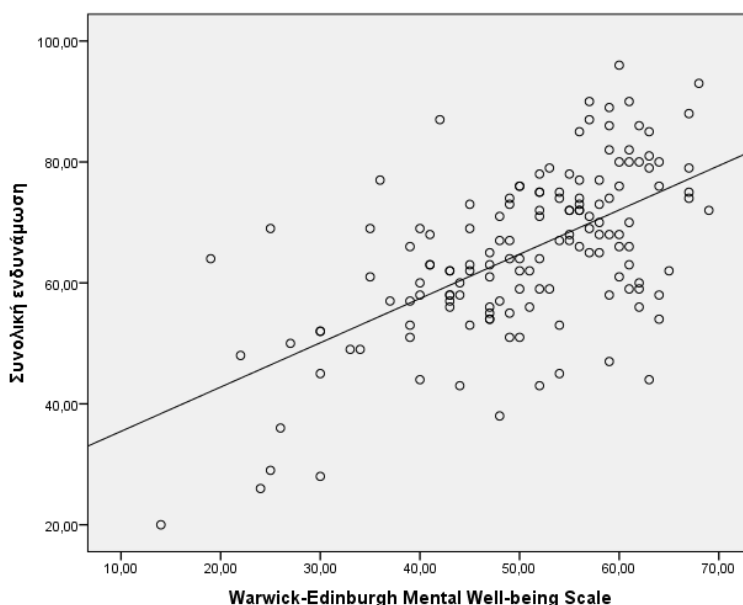
Ως προς τον έλεγχο της συγκλίνουσας εγκυρότητας, έγινε συσχέτιση της κλίμακας με τις βαθμολογίες των άλλων δυο σχετικών ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν ταυτόχρονα στο δείγμα. Αναλυτικότερα, στον πίνακα 12 παρατίθενται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ενδυνάμωσης και της κλίμακας εκτίμησης της ψυχικής ευεξίας.

Πίνακας 12. Συσχέτιση των παραγόντων του YES-ME με την κλίμακα WEMWBS

		Ενδυνάμωση για τον εαυτό	Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες	Ενδυνάμωση για το σύστημα	Συνολική ενδυνάμωση
Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale	R	0,81	0,47	0,22	0,60
	P	<0,001	<0,001	0,007	<0,001

Η συσχέτιση ανάμεσα στους παράγοντες της υπό στάθμισης κλίμακας και την «Κλίμακα Ψυχικής Ευεξίας Warwick-Edinburgh» ήταν θετική και στατιστικώς σημαντική. Συνεπώς, περισσότερη ψυχική ευεξία σχετίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα ενδυνάμωσης, ειδικά όσον αφορά το ίδιο το άτομο.

Στο γράφημα που ακολουθεί, δίνεται η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας ενδυνάμωσης με την κλίμακα ψυχικής ευεξίας.



Γράφημα 1. Στικτόγραμμα συσχέτισης συνολικής βαθμολογίας μεταξύ κλιμάκων WEMWBS και YES-MH

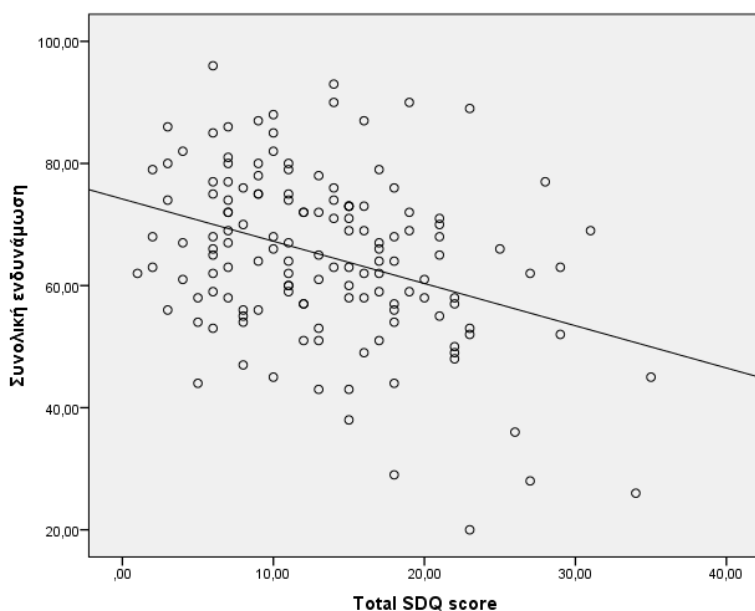
Αντίστοιχα, στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας ενδυνάμωσης και των διαστάσεων του «Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών».

Πίνακας 13. Συσχέτιση των παραγόντων του YES-MH με το SDQ

		Ενδυνάμωση για τον εαυτό	Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες	Ενδυνάμωση για το σύστημα	Συνολική ενδυνάμωση
Συναισθηματικά συμπτώματα	R	-0,67	-0,27	0,04	-0,33
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	0,611	<b>&lt;0,001</b>
Προβλήματα διαγωγής	R	-0,15	-0,05	0,02	-0,06
	P	0,075	0,567	0,789	0,458
Υπερκινητικότητα/ Απροσεξία	R	-0,26	-0,15	-0,04	-0,18
	P	<b>0,001</b>	0,076	0,592	<b>0,032</b>
Προβλήματα με συνομηλίκους	R	-0,53	-0,33	-0,11	-0,38
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,176	<b>&lt;0,001</b>
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	R	0,23	0,32	0,32	0,38
	P	<b>0,005</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Συνολικές δυσκολίες	R	-0,59	-0,29	-0,04	-0,36
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,667	<b>&lt;0,001</b>

Σημειώθηκαν σημαντικού βαθμού αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της υπό στάθμιση κλίμακας και των διαστάσεων του «Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών». Οπότε περισσότερες δυσκολίες σχετίζονται με ύπαρξη χαμηλότερης ενδυνάμωσης. Βέβαια, στην υποκλίμακα «Προβλήματα διαγωγής» δεν ανιχνεύτηκε παρουσία συσχέτισης με κάποιοι παράγοντα.

Στο γράφημα που ακολουθεί, δίνεται η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας ενδυνάμωσης με αυτή στο «Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών».



Γράφημα 2. Στικτόγραμμα συσχέτισης συνολικής βαθμολογίας μεταξύ κλιμάκων SDQ και YES-MH



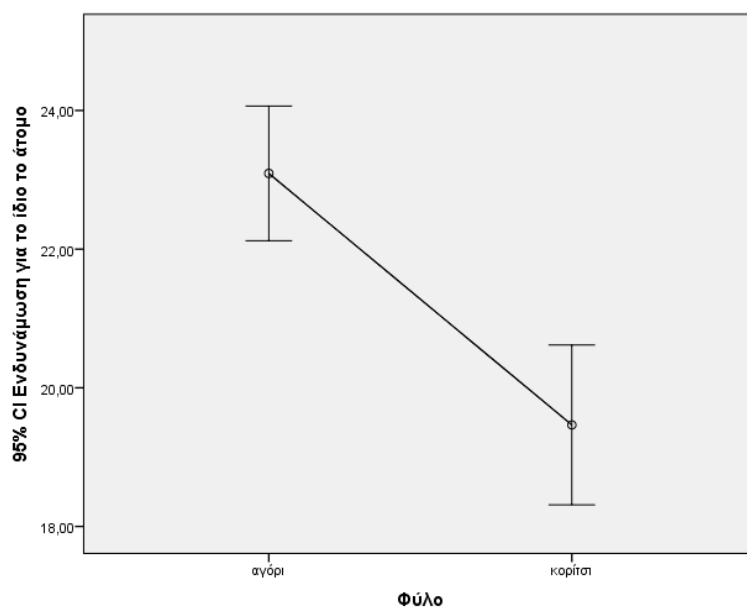
### Επίδραση δημογραφικών στοιχείων στην ενδυνάμωση

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των ερωτώμενων στους παράγοντες της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» ανάλογα με το φύλο. Σύμφωνα με τα ευρήματα, τα αγόρια στη διάσταση «Ενδυνάμωση για τον εαυτό» συγκέντρωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ( $\mu.τ.=23,09$ ) σε σύγκριση με τα κορίτσια ( $\mu.τ.=19,46$ ).

Πίνακας 14. Διαφορές μέσων όρων με βάση το φύλο στην κλίμακα YES-MH

	Φύλο				P Student's t-test
	Αγόρι		Κορίτσι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Ενδυνάμωση για τον εαυτό	23,09	3,92	19,46	5,31	<0,001
Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες	24,60	5,46	24,45	5,41	0,868
Ενδυνάμωση για το σύστημα	18,62	6,97	20,12	6,57	0,184
Συνολική ενδυνάμωση	66,26	13,23	64,04	13,92	0,332

Στο γράφημα που ακολουθεί, δίνεται η βαθμολογία στον παράγοντα «Ενδυνάμωση για τον εαυτό», ξεχωριστά για αγόρια και κορίτσια.



Γράφημα 3. Μέσες τιμές του παράγοντα «Ενδυνάμωση για τον εαυτό» ανάλογα με το φύλο

Στον ακόλουθο πίνακα παρέχονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) μεταξύ των παραγόντων της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» και της ηλικίας.

Πίνακας 15. Συσχέτιση παραγόντων του YES-MH με την ηλικία του δείγματος

		Ενδυνάμωση για τον εαυτό	Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες	Ενδυνάμωση για το σύστημα	Συνολική ενδυνάμωση
Ηλικία	R	-0,25	-0,16	-0,21	-0,26
	P	<b>0,002</b>	<b>0,047</b>	<b>0,009</b>	<b>0,001</b>

Αναδείχθηκε μια αρνητική γραμμική σχέση μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας και της ηλικίας των συμμετεχόντων. Οπότε όσο αυξάνεται η ηλικία τους, τόσο μειώνεται και ο βαθμός ενδυνάμωσης.

Ο πίνακας που έπεται, εμπεριέχει τους συντελεστές συσχέτισης του Spearman ( $\rho$ ) μεταξύ των παραγόντων της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» και της οικονομικής κατάστασης.

Πίνακας 16. Συσχέτιση παραγόντων της κλίμακας YES-MH με την οικονομική κατάσταση του δείγματος

		Οικονομική κατάσταση
Ενδυνάμωση για τον εαυτό	r	0,31
	P	<b>&lt;0,001</b>
Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες	r	0,14
	P	0,088
Ενδυνάμωση για το σύστημα	r	-0,06
	P	0,471
Συνολική ενδυνάμωση	r	0,14
	P	0,099

Μόνο στη διάσταση «Ενδυνάμωση για τον εαυτό» η βαθμολογία βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το οικονομικό επίπεδο των εφήβων. Συγκεκριμένα, όσοι βρίσκονταν σε καλύτερη οικονομική κατάσταση εμφάνιζαν μεγαλύτερη ενδυνάμωση αναφορικά με τη διαχείριση των συναισθημάτων και της ψυχικής τους υγείας.

Στον τελευταίο πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman ( $\rho$ ) μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας και του εκπαιδευτικού επιπέδου του πατέρα και της μητέρας των ερωτώμενων. Όπως διαπιστώθηκε, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ενδυνάμωσης των ερωτώμενων με τη μόρφωση των γονιών τους.

Πίνακας 17. Συσχέτιση παραγόντων της κλίμακας YES-MH με το γονικό εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος

		Εκπαίδευση πατέρα	Εκπαίδευση μητέρας
<b>Ενδυνάμωση για τον εαυτό</b>	R	0,18	0,02
	P	0,056	0,816
<b>Ενδυνάμωση για τις υπηρεσίες</b>	r	0,13	-0,02
	P	0,165	0,863
<b>Ενδυνάμωση για το σύστημα</b>	r	-0,09	-0,08
	P	0,314	0,372
<b>Συνολική ενδυνάμωση</b>	r	0,07	-0,05
	P	0,432	0,603

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### 4.1 Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα υπήρξε ένα πρώτο εγχείρημα χαρτογράφησης της ενδυνάμωσης/ αποτελεσματικότητας από την προοπτική των νέων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Στην Ελλάδα χορηγήθηκε σε 150 εφήβους με μέση ηλικία τα 14,2 έτη. Στο πρωτότυπο οι Walker και συνεργάτες (2010) συγκέντρωσαν ένα δείγμα 185 ατόμων ηλικίας 14 έως 17 ετών ( $M.O.=16,2$ ). Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσίασαν αρχικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης. Επιγραμματικά, οι συμμετέχοντες προέρχονταν από το νομό της Αττικής, με την πλειοψηφία να ζει μαζί με τους δυο γονείς του σε περιβάλλον σχετικά καλού οικονομικού επιπέδου. Ακόμα, οι περισσότεροι ήταν χρήστες υπηρεσιών εξωτερικής φροντίδας και αντιμετώπιζαν δυσκολίες συναισθηματικού τύπου, χωρίς φαρμακευτική αγωγή (74,7%), καθώς και μαθησιακά προβλήματα. Η συχνότητα εμφάνισης καθεμίας από τις κατηγορίες των διαταραχών δεν φαίνεται εφάμιλλη με την έρευνα των δημιουργών της κλίμακας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ως προς τις διαγνώσεις οι ερωτώμενοι ανέφεραν συχνότερα την υπερκινητικότητα/ ελλειμματική προσοχή, την κατάθλιψη και τη διπολική διαταραχή, με το 74% αυτών να λαμβάνει φάρμακα.

Για την εκτίμηση της δομικής εγκυρότητας της κλίμακας, η ανάλυση κύριων συνιστωσών εφαρμόστηκε ως μέθοδος «εξαγωγής» των παραγόντων. Προτιμήθηκε διότι παράγει ισχυρά στοιχεία για την ομαδοποίηση των ερωτήσεων στοχεύοντας στη μείωση τον όγκο των δεδομένων και στην όσο το δυνατόν μέγιστη αντιπροσώπευσή τους. Προέκυψαν τρεις βασικοί παράγοντες που ερμηνεύουν το 51,9 % της ολικής διακύμανσης και αντανακλούν την ενδυνάμωση σε επίπεδο εαυτού, υπηρεσιών και συστήματος. Ο «εαυτός» αντιστοιχεί στην αυτοδιαχείριση της ψυχικής κατάστασης από το ίδιο το άτομο, οι «υπηρεσίες» στη συνεργασία με τους ειδικούς για την επιλογή και βελτιστοποίηση της φροντίδας του και τέλος το «σύστημα» στη χρήση των βιωμάτων του προς όφελος των άλλων. Η φόρτιση των παραγόντων υπέδειξε τη στενή σχέση κάθε ερώτησης με τον παράγοντα όπου ανήκει. Επαληθεύτηκε, λοιπόν, εξολοκλήρου το αρχικά προτεινόμενο μοντέλο των δημιουργών της (Walker et al., 2010).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής θεωρείται ικανοποιητική καθώς ο δείκτης Cronbach's alpha ξεπέρασε το κατώτατο αποδεκτό όριο του 0,70 για όλες τις διαστάσεις της κλίμακας ξεχωριστά και για το σύνολό της ( $\alpha=0.88$ ). Αναλυτικά, ο συντελεστής ήταν 0.82 στη διάσταση για τον εαυτό, 0.75 για τις υπηρεσίες και 0.86 για το σύστημα. Δεν υπήρξε ανάγκη απόσυρσης κάποιας ερώτησης από τη στιγμή που όλες συνεισφέρουν εξίσου στην καλή αξιοπιστία. Οι τιμές προσέγγισαν αρκετά αυτές της αρχικής έκδοσης της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία», που κυμαίνονταν από 0.83 έως 0.91. Ανάλογος δείκτης, που υπολογίστηκε στο 0.86 και άνω, βρέθηκε στη μετέπειτα μελέτη των Hunscroft-D'Angelo και συνεργατών (2017), όπου την κλίμακα απάντησαν έφηβοι ασθενείς αποχωρήσαντες από κλειστές μονάδες θεραπείας. Χρειάζεται να τονιστεί ότι μόνο οι κατασκευαστές διερεύνησαν εκτενώς την αξιοπιστία προσδιορίζοντας την αξιοπιστία τόσο μεταξύ βαθμολογητών όσο και σε έλεγχο-επανελέγχο κατόπιν επανάληψης της χορήγησης.

Βάσει των αυτό-αναφορών των νέων, οι ερωτώμενοι νιώθουν ενδυναμωμένοι, λαμβάνοντας υπόψη τη βαθμολογία στην κλίμακα ( $\mu.τ.=64,98$ ). Παρατηρείται ότι οι μέσοι όροι των τριών παραγόντων συγκλίνουν αρκετά στο σύνολο των σχετικών ερευνών. Συγκεκριμένα, έχουν εύρος από 19.48 έως 24.52 στην παρούσα μελέτη, από 22.88 έως 26.77 στην περίπτωση των Walker και συνεργατών (2010) ενώ από 22.79 έως 26.17 στην έρευνα των Hunscroft-D'Angelo και συνεργατών (2017). Συγκρίνοντας τα πορίσματά τους, η υψηλότερη μέση βαθμολογία εμφανίζεται στη διάσταση για τις υπηρεσίες. Βέβαια, οι διαφοροποιήσεις οι οποίες υφίστανται μεταξύ των μέσων όρων στις διαστάσεις δεν θεωρούνται ιδιαίτερα μεγάλες. Οι δε συσχετίσεις των επιμέρους θεμάτων με το σύνολο της κλίμακας υπερβαίνουν, εκτός από μια περίπτωση, το 0.50. Καθ' αυτόν τον τρόπο, η ισχυρή συνάφεια των παραγόντων, με τη μέγιστη τιμή να βρίσκεται στο 0.87, αποτελεί ένδειξη ότι ο καθένας υπάγεται στη γενική έννοια της ενδυνάμωσης.

Παράλληλα, η αποτίμηση της εγκυρότητας πραγματοποιήθηκε μέσω της συσχέτισης της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» με το «Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και δυσκολιών» και την «Κλίμακα Ψυχικής Ευεξίας Warwick-Edinburgh». Με τη χρήση δυο ήδη δοκιμασμένων και έγκυρων εργαλείων, οι μετρήσεις απέδωσαν αρκετά καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Ξεκινώντας με το «Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών»,

νεαρά άτομα με χαμηλά επίπεδα ενδυνάμωσης, αντιμετώπιζαν περισσότερες σοβαρές συναισθηματικές και εξωτερικευμένες δυσκολίες συνολικά ( $r=-0.36$ ). Υποστηρίζεται, επομένως, η πρόβλεψη ότι η ενδυνάμωση και η αυτό-αποτελεσματικότητα επιφέρουν μείωση των συμπτωμάτων αλλά και καλύτερη λειτουργικότητα (Corrigan et al., 1999; Rogers et al., 2010). Δεν ανιχνεύθηκε, όμως, σημαντική σχέση του υπό μελέτη εργαλείου με την υποκλίμακα «προβλήματα διαγωγής». Αυτό ίσως οφείλεται στην έλλειψη από το δείγμα νεαρών που είχαν λάβει αντίστοιχη διάγνωση. Από την άλλη πλευρά, ούτε η διάσταση που αναφέρεται στο σύστημα, δηλαδή στην ικανότητα αξιοποίησης της εμπειρίας για την αλλαγή των υπηρεσιών, παρουσίασε συσχέτιση, με εξαίρεση την υποκλίμακα «θετική κοινωνική συμπεριφορά». Οι υψηλότεροι πάντως βαθμοί συσχέτισης αναδύθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων και των παραγόντων που μετρούν παρόμοιες πτυχές, υποδηλώνοντας τη συγκλίνουσα εγκυρότητα. Κατά την αρχική στάθμιση, ως εξωτερικά κριτήρια είχαν επιλεγεί κλίμακες για την εκτίμηση της νεανικής συμμετοχής σε υπηρεσίες και στο θεραπευτικό σχεδιασμό καθώς και της σημασίας και εφαρμοσιμότητας των στόχων στη φροντίδα (Walker et al., 2010). Η εύρεση των ισχυρότερων συσχετίσεων στη διάσταση «υπηρεσίες» συμβάδιζε με τις προσδοκίες.

Μια στατιστικά σημαντική θετική σχέση αποκαλύφθηκε επίσης ανάμεσα στην υποκειμενική ψυχική ευεξία και όλους τους παράγοντες της κλίμακας ενδυνάμωσης. Μάλιστα, σε επίπεδο εαυτού διακρίνεται η υψηλότερη ενδυνάμωση, η οποία ανήλθε στο 0.81. Οι Baba, Kearns, McIntosh, Tannahill και Lewsey (2017) μελέτησαν τη συμβολή της ενδυνάμωσης στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και ευημερίας σε ένα πλαίσιο αστικής ανάπτυξης. Απευθυνόμενοι σε άτομα ηλικίας 16 και άνω και χορηγώντας μεταξύ άλλων την κλίμακα μέτρησης της ψυχικής ευεξίας, εξήγαγαν ότι υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης συνδέονται με μεγαλύτερη ευεξία, ειδικά όσον αφορά πέντε πλευρές της (αίσθημα αισιοδοξίας – χρησιμότητας – χαλάρωσης – καλής σχέσης με τον εαυτό – ενδιαφέροντος για καινούργια πράγματα). Οι Grealish και συνεργάτες (2017), που επικεντρώθηκαν στη νεανική ενδυνάμωση, την περιέγραψαν σαν ένα μηχανισμό που συντελεί στη διατήρηση καλής ψυχικής υγείας και ευεξίας. Αντίστοιχα, σε πληθώρα ερευνών σε όλες τις ηλικίες επισημαίνεται η συσχέτισή τους (Adinolfi et al., 2016; Boevink, Kroon & Giesen, 2009; Woodall et al., 2010). Μολονότι υπάρχει ασάφεια ως προς την ακριβή τους σχέση, πρόκειται για δυο στενά

σχετικούς όρους, όπου άλλοτε η ευεξία γίνεται αντιληπτή ως στοιχείο συμβαλλόμενο στην καλλιέργεια της ενδυνάμωσης και άλλοτε ως η έκβασή της (Browne, 2015).

Παλαιότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ενήλικο πληθυσμό έχουν φανερώσει ότι η ενδυνάμωση δεν συνδέεται ιδιαίτερα με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Corrigan et al., 1999; Hansson & Björkman, 2005; Rogers et al., 1997; Wowra & McCarter, 1999). Επίσης, το ίδιο φαίνεται να ισχύει σε έρευνες που στοχεύουν σε νέους είτε από την κοινότητα είτε από κλινικό πληθυσμό (Hunscroft - D'Angelo et al., 2017; Scales, Benson & Roehlkepartain, 2011; Zimmerman et al., 2018). Αυτή η απουσία σχέσης μπορεί να στηριχτεί στην ερμηνεία των Rogers και συνεργατών (1997) ότι η ενδυνάμωση δεν περιορίζεται στους προνομιούχους αλλά αναγνωρίζεται ως εφικτός στόχος για κάθε άτομο ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, εκπαίδευσης ή κοινωνικής τάξης. Στην τρέχουσα έρευνα τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων ευθυγραμμίζονται κατά πολύ με τα ανωτέρω. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι, που αξιολογούσαν ως πολύ καλή την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους, εμφάνισαν ένα μεγαλύτερο σκορ ενδυνάμωσης στον παράγοντα για τον εαυτό. Πρώτη η έρευνα των Boevink και συνεργατών (2009), που έλαβε χώρα στην Ολλανδία, και έπειτα αυτή των Rogers και συνεργατών (2010) προέβαλαν τη σχέση με το εισόδημα. Εκτιμάται ότι στη σύγχρονη πραγματικότητα η οικονομική ευρωστία ευνοεί σημαντικά την απόκτηση ελέγχου και την πρόσβαση σε πηγές φροντίδας (Rogers et al., 1997).

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων των ερωτώμενων, δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα στη συσχέτιση με το αίσθημα ενδυνάμωσης. Αυτό δεν συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων μελετών που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία για τη συγκεκριμένη μεταβλητή (Chiauzzi et al., 2016; Hansson & Björkman, 2005; Rogers et al., 2010). Γνωρίζουμε ότι η εκπαίδευση του ατόμου θεωρείται επένδυση καθώς ενισχύει τη ροή των επιλογών στη ζωή του και αποφέρει σημαντικό ψυχικό όφελος. Είναι, επομένως, πιθανόν ότι η κατοχή ακαδημαϊκών προσόντων διευκολύνει τη δυνατότητα κατανόησης των πληροφοριών, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την ευαισθητοποίηση και την επαφή με το σύστημα υπηρεσιών (Levinson, Kao, Kubys & Thisted, 2005). Το 1999 οι Wowra και McCarter ανακάλυψαν σε κλινικό δείγμα το οποίο αποτελούταν από εξωτερικούς ασθενείς ότι έστω η εμπειρία παρακολούθησης μαθημάτων σε κολλέγιο υπήρξε προβλεπτικός παράγοντας δύναμης και συνολικής ενδυνάμωσης. Στην ίδια γραμμή βρίσκεται η έρευνα των Hansson και Björkman

(2005), σύμφωνα με την οποία οι απόφοιτοι κολλεγίου ή πανεπιστημίου σημείωσαν μεγαλύτερο βαθμό ενδυνάμωσης στη διάσταση που αφορά την κοινοτική δράση και την επίδειξη κοινωνικής και πολιτικής δύναμης. Μάλιστα, μετά από παρέμβαση, η προοπτική αύξησης της ενδυνάμωσης ήταν πιο ορατή στους υψηλής μόρφωσης συμμετέχοντες (Walsh & Lord, 2004).

Η σύγκριση των μέσων τιμών αγοριών και κοριτσιών ως προς τη συνολική τους ενδυνάμωση δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η μοναδική διαφοροποίηση συναντάται σε επίπεδο εαυτού, όπου υπερέχουν τα αγόρια. Παρομοίως, σε ενήλικες έχει καταγραφεί ότι οι άνδρες εκφράζουν μεγαλύτερη ενδυνάμωση έναντι των γυναικών (Chiauzzi et al., 2016; Tambuyzer & Van Audenhove, 2013). Η υψηλότερη ενδυνάμωση σε επιμέρους παράγοντες στα αγόρια δύναται να αιτιολογηθεί υπό τους όρους κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους. Τείνουν να εμφανίζουν μια αίσθηση προσωπικού ελέγχου και αυτεπάρκειας, να διαθέτουν εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές επίλυσης και να χειρίζονται καταστάσεις με πιο αποτελεσματικό τρόπο (Tambuyzer & Van Audenhove, 2013). Αντικρούονται, βέβαια, τα δεδομένα των Walker και συνεργατών (2010), που κατέληξαν ότι τα κορίτσια αισθάνονται περισσότερο ενδυναμωμένα στον παράγοντα για το σύστημα. Έχει υιοθετηθεί από κάποιους ερευνητές η άποψη ότι το γυναικείο φύλο προσανατολίζεται προς τις υπηρεσίες και ακολουθεί ένα μοντέλο συνεργασίας στην επικοινωνία με τους ειδικούς επιθυμώντας ενεργητικό ρόλο στη φροντίδα του (Agora & McHorney, 2000; Levinson et al., 2005; Matheson et al., 2014).

Τέλος, ως προς την ηλικία, εξήχθη ότι συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ηλικιακά συμμετέχοντες, οι νεότεροι βαθμολογούνταν πιο υψηλά στην κλίμακα ενδυνάμωσης. Ωστόσο, αναμενόταν ότι θα συσχετιζόταν θετικά τόσο με τη συνολική ενδυνάμωση όσο και με καθένα παράγοντα χωριστά. Το εν λόγω εύρημα προκάλεσε εντύπωση διότι η διαχείριση του εαυτού και των πηγών υποστήριξης αλλά και η συμβολή στην αναδιάρθρωση του συστήματος κατορθώνεται πιο εύκολα με την αύξηση της ηλικίας (Walker et al., 2010). Η γνωστική ωρίμανση επιτρέπει την ιεράρχηση των αναγκών τους, την έκφραση της δικής τους άποψης και την ανάληψη δράσης για καλύτερες υπηρεσίες. Άλλωστε σε επίπεδο συστήματος όσο μεγαλώνουν οι νέοι και πλησιάζουν στην ενηλικίωση, ολοένα και μεγαλύτερη διακρίνεται η συμμετοχή σε δραστηριότητες υπηρεσιών (Schmidt, Shumow & Kackar, 2007). Μια



πιθανή εξήγηση της διαφοράς αυτής έγκειται στην αντιδραστική συμπεριφορά που χαρακτηρίζει την περίοδο της εφηβείας. Συνηθίζεται να επιδεικνύουν αρνητικές στάσεις προς το σύστημα και μια διστακτικότητα κατά τη συμμετοχή και την αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας. Σε αυτό προστίθενται κάποιες μελέτες που ισχυρίζονται ότι τα νεαρά άτομα εκδηλώνουν σε μικρότερο βαθμό την πρόθεση αναζήτησης βοήθειας και συνεργασίας για τις δυσκολίες τους (Burns & Birrell, 2014; Matheson et al., 2014).

Ανακεφαλαιώνοντας, η έννοια της ενδυνάμωσης έχει προσελκύσει ιδιαίτερα τα επιστημονικά βλέμματα λόγω των ατομικών και κοινωνικών προεκτάσεών της. Η αύξηση της ισχύος των ατόμων πάνω στη διαχείριση της νόσου τους και η ενεργή συμμετοχή στις θεραπευτικές αποφάσεις αναδεικνύεται ως υψηλής προτεραιότητας πολιτική και συστήνεται ως μια βέλτιστη πρακτική από πολλούς οργανισμούς και οργανώσεις παγκοσμίως. Όντας τα προβλήματα της ψυχικής υγείας από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας, η περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή θεωρείται επένδυση για την ποιότητα ζωής του. Όπως έγινε σαφές, η εμπλοκή και η χειραφέτηση απέναντι στην ασθένεια παρακινούνται από την αύξηση της πληροφόρησης, τη δυνατότητα επιλογής και τη διαπραγμάτευση με τους επαγγελματίες υγείας. Σε σχέση με τους νέους, η ευκαιρία να ακούγεται η φωνή τους αποτελεί το εφελτήριο μιας ισχυρής και ελπιδοφόρας συμμαχίας ασθενών, κλινικών και υπηρεσιών. Μέχρι στιγμής, πάντως είναι γνωστό ότι έχουν μικρή ουσιαστική συνεισφορά στη δημιουργία του πλάνου φροντίδας. Δεν θα πρέπει να αποσιωπηθεί, όμως, η αμφιλεγόμενη πλευρά της καθώς ενδέχεται η πρόκληση ηθικών διλημάτων λόγω της επιστημονικής ανεπάρκειας του πάσχοντος κατά την άσκηση της δύναμης του στο κλινικό έργο. Τα παρόντα ευρήματα χαρακτηρίζονται, λοιπόν, ιδιαίτερα ενθαρρυντικά καθιστώντας την «Κλίμακα Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» σε προκαταρκτικό στάδιο ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέσο εκτίμησης της ενδυνάμωσης, όχι μόνο συνολικά αλλά και σε επίπεδο εαυτού, υπηρεσιών και συστήματος.

Η χρησιμότητα της έρευνας συνίσταται στο γεγονός ότι στον ελλαδικό χώρο δεν διατίθεται κανένα εργαλείο ικανό να ανιχνεύει τα επίπεδα ενδυνάμωσης. Παρέχοντας την ελληνική έκδοση της κλίμακας και εξετάζοντας τα ψυχομετρικά της χαρακτηριστικά, προσδοκάται ότι θα περιοριστεί το εγχώριο αυτό κενό. Παράλληλα, έρχεται να εμπλουτίσει τη σχετική βιβλιογραφία, αφού ο κύριος όγκος των μελετών εστιάζει στο πεδίο της ενδυνάμωσης είτε των εργαζομένων είτε των ενήλικων

ασθενών. Στα δυνατά της σημεία ανήκουν όχι μόνο η πρωτοτυπία του θέματος που πραγματεύεται αλλά και η στάθμιση του μοναδικού ερωτηματολογίου που στοχεύει στην ηλικιακή κατηγορία 12 - 17 ετών. Θα λειτουργήσει, συνεπώς, σαν ερευνητικό υλικό στα πλαίσια μελλοντικών διευρύνσεων του θέματος. Σε επίπεδο πρακτικών εφαρμογών, η διαθεσιμότητα ενός εύχρηστου αντικειμενικά οργάνου θεωρείται ένα πολύτιμο απόκτημα για τους φορείς ψυχικής υγείας. Η κατάλληλη αξιοποίηση των αποτελεσμάτων θα συνεισφέρει στην ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών για το σχεδιασμό παρεμβάσεων αυτό-διαχείρισης και στην αναβάθμιση του συστήματος κατά την παροχή υπηρεσιών. Επιπλέον, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για την ενημέρωση των ειδικών που ασχολούνται με τη φροντίδα των εφήβων και είναι οι πλέον κατάλληλοι για την εξασφάλιση της ενδυνάμωσης.

Συμπληρωματικά, η «Κλίμακα Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» αναμένεται να βοηθήσει στη μέτρηση της αποδοτικότητας δράσεων προαγωγής της ενδυνάμωσης. Μάλιστα, εκτός του συνολικού σκορ, το διαφορετικό άθροισμα σε καθένα από τους τρεις παράγοντες προσφέρει χρήσιμα στοιχεία για τις επιμέρους διαστάσεις της ενδυνάμωσης ενός ατόμου καθοδηγώντας το είδος της εκπαίδευσής του. Ως ένας θετικός δείκτης θα είναι δυνατόν να αναγνωρίζει πρώιμα όσους εμφανίζουν χαμηλή ενδυνάμωση και έχουν ανάγκη υποστήριξης. Δεδομένου ότι η φτωχή διαχείριση των δυσκολιών, η έλλειψη συνεργασίας με τους κλινικούς καθώς και η μη επαφή με το δίκτυο υπηρεσιών επιβαρύνουν σημαντικά τη χρήση των πόρων, με την εκτίμηση του βαθμού ενδυνάμωσης θα επιτευχθεί η ένταξη σε εκπαιδευτικά προγράμματα για την καλύτερη δυνατή ανταπόκριση. Οι επαγγελματίες υγείας και οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων και χάραξης πολιτικής απαιτείται να διασφαλίσουν ότι οι νέοι εν τέλει αναπτύσσουν δεξιότητες, εμπλέκονται στη φροντίδα τους, αποκτούν πρόσβαση και μέσω της εμπειρίας τους συνδράμουν στην αλλαγή του συστήματος. Απώτερος στόχος αναγνωρίζεται η άνθηση της νεανικής ενδυνάμωσης σε χώρους ψυχικής υγείας, στο σχολείο και την κοινότητα από κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό.

## 4.2 Περιορισμοί – Προτάσεις

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει αναφορά σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς, από τους οποίους διέπεται η έρευνα και θα πρέπει να ληφθούν υπόψη σε επόμενες ερευνητικές προσπάθειες. Καταρχήν, δεν διασφαλίστηκε η αρχή της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος, ώστε αυτό να εκφράζει κατά το δυνατόν μια μικρογραφία του πληθυσμού. Στη φάση επιλογής του ακολουθήθηκαν τα κριτήρια ευχέρειας και όχι κάποιος τύπος δειγματοληψίας που βασίζεται στο νόμο των ίσων πιθανοτήτων. Η μελέτη διεξήχθη κυρίως σε δυο μόνο δημόσιους φορείς υπηρεσιών στην περιοχή της Αττικής, το Γ.Ν. Παίδων «Η Αγία Σοφία» και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γ.Ν. «Η Σωτηρία». Το γεγονός αυτό εγείρει επιφυλάξεις ως προς τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο ευρύτερο σύνολο των εφήβων. Ως γνωστόν, οι δομές διαφέρουν τόσο στον αριθμό και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν όσο και στις προσεγγίσεις που χρησιμοποιούν. Μάλιστα, η προέλευση ενός μεγάλου ποσοστού (N=85) από τα απογευματινά ιατρεία του νοσοκομείου ενδέχεται να μην καλύπτει επαρκώς το προφίλ των νεαρών χρηστών με ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, αξ σημειωθεί ότι στους πίνακες περιγραφικής στατιστικής διαπιστώθηκαν ποικίλα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Η εστίαση της έρευνας στις ηλικίες 12 με 17 ετών συνιστά ένα ακόμα στοιχείο δεσμευτικό για την επέκταση των ευρημάτων σε παιδιά και ενήλικες.

Παράλληλα, η επιλογή των υποκειμένων δεν πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά από τις επανεξετάσεις ασθενών αλλά και από τα νέα περιστατικά που προσέρχονταν στο διάστημα της χορήγησης για αξιολόγηση. Συνεπώς, πολλές φορές η διάγνωση δεν είχε ακόμα οριστικοποιηθεί ή γνωστοποιηθεί στους άμεσα ενδιαφερόμενους. Πέραν της παρουσίας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, εντάχθηκαν στη μελέτη και έφηβοι με διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών. Βέβαια, η συμπερίληψη αυτών δεν μειώνει τη σημασία των αποτελεσμάτων δεδομένου ότι τείνουν να εμφανίζουν ταυτόχρονα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα. Ως προς το μέγεθος του δείγματος, βιβλιογραφικά δεν εντοπίζεται ο απαιτούμενος ελάχιστος αριθμός περιπτώσεων για την υλοποίηση μιας ψυχομετρικής στάθμισης. Εν προκειμένω, ο αριθμός των συμμετεχόντων θεωρείται αρκετά ικανοποιητικός (N=150) για να στηρίξει τις αναλύσεις, αφού πρόκειται για έναν κλινικό πληθυσμό. Στις αδυναμίες της έρευνας εμπίπτει και ο συγχρονικός σχεδιασμός της, ο οποίος δεν επιτρέπει την εξέταση της ευαισθησίας του εργαλείου στις μεταβολές που συμβαίνουν σε βάθος χρόνου. Ούτε

αποκαλύπτεται η χρονική αλληλουχία στις σημαντικές συσχετίσεις που βρέθηκαν μεταξύ των μεταβλητών. Με την απουσία ομάδας ελέγχου, παρέμεινε, επίσης, προς διερεύνηση και η διακριτική ικανότητα της κλίμακας.

Τέλος, τα δεδομένα αντλήθηκαν από τις αυτό-αναφορές των νέων, οι οποίες στηρίζονται σε υποκειμενικές τους κρίσεις και στις πληροφορίες εκείνες που είναι πρόθυμοι να διαθέσουν. Ειδικά η διάγνωση καταγράφηκε μέσω του ερωτηματολογίου και ως εκ τούτου δόθηκε από τους ίδιους και όχι επίσημα από τον ειδικό. Άλλωστε, αρκετοί δεν είχαν αντίληψη των δυσκολιών τους δηλώνοντας άγνοια σε αυτό το ερώτημα, ή αδυνατούσαν να τις ονοματίσουν. Η παράλληλη συλλογή στοιχείων από άλλες πηγές θα συνέβαλε, λοιπόν, στον έλεγχο της ορθότητας και της ακρίβειας των προσωπικών εκτιμήσεων των εξεταζόμενων. Εκτός αυτού, θα διευκόλυνε την απόκτηση μιας πιο σφαιρικής εικόνας σχετικά με τη νεανική ενδυνάμωση και αυτό-αποτελεσματικότητα. Ένας προβληματισμός που τέθηκε στη διάρκεια της χορήγησης αφορούσε την επίδραση εξωτερικών παραγόντων, οι οποίοι ενδέχεται να οδηγήσουν σε «κοινωνικά αποδεκτές» αποκρίσεις (social desirability bias). Η μεροληψία, όμως, στις προσδοκίες του ερευνητή αντισταθμίζεται σημαντικά από την ανωνυμία του ερωτηματολογίου. Παρατηρήθηκε, ακόμα, σε εφήβους με αυτισμό ότι η κυριολεκτική τους κατανόηση και η μη αριθμητική απεικόνιση της βαθμολόγησης των απαντήσεων προκάλεσαν σύγχυση κατά τη συμπλήρωση της κλίμακας διάταξης.

Η παραπάνω προσπάθεια για στάθμιση της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων – Ψυχική Υγεία» δύναται να δώσει το έναυσμα για τη διενέργεια πλήθους μελλοντικών μελετών. Προτείνεται η σύγκριση του δείγματος με υγιές πληθυσμό προκειμένου να προσδιοριστούν τα σημεία τομής (cut-off points) για την κλίμακα. Στη συνέχεια, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μιας διαχρονικής έρευνας κρίνονται σκόπιμα για ανιχνεύσεις σχέσεων αιτιότητας ανάμεσα στις υπό εξέταση μεταβλητές. Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο, για παράδειγμα, εάν τα υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης οδηγούν σε καλύτερη ψυχική ευεξία ή ισχύει το αντίθετο. Η εύρεση της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων θα παράσχει αποδείξεις σχετικά με τη σταθερότητα των δεδομένων, στοιχείο που δεν ελέγχθηκε έως τώρα. Από την άλλη, χορηγώντας το ερωτηματολόγιο σε συμμετέχοντες προγραμμάτων προώθησης της ενδυνάμωσης μπορεί να μετρηθεί η ανταπόκριση και η ευαισθησία του στις αλλαγές. Συνίσταται να δοκιμαστεί το εργαλείο σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, με στόχο την εις βάθος τεκμηρίωση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων και τη

μεγιστοποίηση της γενικευτικής ισχύος των αποτελεσμάτων. Θα ωφελήσουν, λοιπόν, η επιλογή ορθής δειγματοληπτικής μεθόδου, η συγκέντρωση υποκειμένων από διαφορετικά πλαίσια και γεωγραφικές περιοχές, καθώς και ένα ευρύτερο χρονικό περιθώριο διεξαγωγής.

Στο μέλλον θα ήταν εξίσου επιθυμητή η διάκριση των ασθενών σε υποομάδες ανάλογα με τον τύπο της διαγνωσμένης ψυχοπαθολογίας για την εξέταση πιθανών διαφοροποιήσεων στις βαθμολογίες τους. Άλλωστε, δεν αποκλείεται η σοβαρότητα της κατάστασής τους ή τα συμπτώματα να επηρεάζουν τη στάση τους. Επιπρόσθετα ερωτήματα που χρειάζεται να αποτελέσουν αντικείμενο επόμενων εργασιών αφορούν τον εντοπισμό τρόπων ενίσχυσης της ενδυνάμωσης αλλά και την κατανόηση των μηχανισμών που την διέπουν. Η σχέση της με κλινικές, ψυχοκοινωνικές, κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές, όπως επίσης και ο διαμεσολαβητικός της ρόλος χρήζουν ενδελεχούς διερεύνησης. Συγχρόνως, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την πορεία της τόσο συνολικά όσο και ανά διάσταση θα προσδώσει η χρήση της κλίμακας σε μακροχρόνιες μελέτες ή σε τυχαιοποιημένες δοκιμές κλινικών παρεμβάσεων για νεαρούς ψυχικά πάσχοντες. Το ενδιαφέρον, τέλος, προτείνεται να μεταφερθεί στη συγκριτική εκτίμηση των επιπέδων ενδυνάμωσης με κριτήριο την υπηρεσία στην οποία τα άτομα υποστηρίζονται. Με αυτό τον τρόπο, ενδέχεται να επιβεβαιωθούν οι υποψίες περί της ύπαρξης διαφορών στο σκορ ανάλογα με τη λήψη φροντίδας σε τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μονάδες ανοιχτής περίθαλψης και σε κέντρα αποκατάστασης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Boogaard, L. H. & van Furth, E. F. (2014). Internet and patient empowerment in individuals with symptoms of an eating disorder: a cross-sectional investigation of a pro-recovery focused e-community. *Eating Behaviors*, 15(3), 350 – 356.
- Adinolfi, P., Starace, F. & Palumbo, R. (2016). Health outcomes and patient empowerment: the case of Health Budgets in Italy. *Journal of Health Management*, 18(1), 117 – 133.
- Aguiar, J. (2012). Empowerment – a relational challenge. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 3(4), 1 – 4.
- Aiyer, S. M., Zimmerman, M. A., Morrel-Samuels, S. & Reischl, T. M. (2015). From broken windows to busy streets: a community empowerment perspective. *Health Education and Behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 42(2), 137 – 147.
- Akey, T. M., Marquis, J. G. & Ross, M. E. (2000). Validation of scores on the psychological empowerment scale: a measure of empowerment for parents of children with a disability. *Educational and Psychological Measurement*, 60(3), 419 – 438.
- Anderson, R. M. (2007). Collaborative care and motivational interviewing: improving depression outcomes through patient empowerment interventions. *The American Journal of Managed Care*, 13(4), 103 – 106.
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Fitzgerald, J. T. & Marrero, D. G. (2000). The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23(6), 739 – 743.
- Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277 – 282.
- Arora, N. K. & McHorney, C. A. (2000). Patient preferences for medical decision making: Who really wants to participate? *Medical Care*, 38(3), 335 – 341.
- Aujoulat, I., D’Hoore, W. & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13 – 20.

- Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L. & Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illnesses: a critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science & Medicine* (1982), 66(5), 1228 – 1239.
- Aujoulat, I., Young, B. & Salmon, P. (2012). The psychological processes involved in patient empowerment. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 7(2): A31.
- Baba, C., Kearns, A., McIntosh, E., Tannahill, C. & Lewsey, J. (2017). Is empowerment a route to improving mental health and wellbeing in an urban regeneration (UR) context? *Urban Studies*, 54(7), 1619 – 1637.
- Bakker, L. & van Brakel, W. H. (2012). Empowerment assessment tools in people with disabilities in developing countries. A systematic literature review. *Leprosy Review*, 83(2), 129 – 153.
- Baranowski, T., Buday, R., Thompson, D. I. & Baranowski, J. (2008). Playing for Real: video games and stories for health-related behavior change. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(1), 74 – 82.
- Barr, P. J., Scholl, I., Bravo, P., Faber, M. J., Elwyn, G. & McAllister, M. (2015). Assessment of patient empowerment – A systematic review of measures. *PLoS ONE* 10(5): e0126553.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), 3186 – 3191.
- Boevink, W., Kroon, H. & Giesen, F. (2009). *Empowerment – Constructie en validatie van een vragenlijst*. [Empowerment – Construction and validation of a questionnaire] Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G. & McAllister, M (2015). Conceptualizing patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15: 252.
- Browne, E. (2015). *Well-being through empowerment, improved enabling environment, and assets* (GSDRC Helpdesk Research Report 1211). Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham.

- Brubaker, J. R., Lustig, C. & Hayes, G. R. (2010). PatientsLikeMe: Empowerment and representation in a patient-centered social network. Workshop on Research in Healthcare, *ACM conference on Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*.
- Bruggers, C. S., Baranowski, S., Beseris, M., Leonard, R., Long, D., Schulte, E., Shorter, A., Stigner, R., Mason, C. C., Bedrov, A., Pascual, I. & Bulaj, G. (2018). A prototype Exercise – Empowerment mobile video game for children with cancer, and its usability assessment: developing digital empowerment interventions for pediatric diseases. *Frontiers in Pediatrics*, 6:69.
- Bulsara, C., Styles, I., Ward, A. M. & Bulsara, M. (2006). The psychometrics of developing the Patient Empowerment Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(2), 1 – 16.
- Burns, J. & Birrell, E. (2014). Enhancing early engagement with mental health services by young people. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 303 – 312.
- Calvillo, J., Roman, I. & Roa, L. M. (2013). How technology is empowering patients? A literature review. *Health Expectations*, 18(5), 643 – 652.
- Cargo, M., Grams, G. D., Ottoson, J. M., Ward, P. & Green, L. W. (2003). Empowerment as fostering positive youth development and citizenship. *American Journal of Health Behavior*, 27(Supplement1), 66 – 79.
- Castellví, P., Forero, C. G., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompert, A., Colom, J., Tresserras, R., Ferrer, M., Stewart-Brown, S. & Alonso, J. (2014). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Quality of Life Research*, 23(3), 857 – 868.
- Castro, E. M., Regenmortel, T. V., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & Hecke, A. V. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923 – 1939.
- Cattaneo, L. B. & Chapman, A. R. (2010). The process of empowerment: A model for use in research and practice. *American Psychologist*, 65(7), 646 – 659.



- Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M. E. & Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 664 – 671.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43 – 46.
- Chapman, L., Edbrooke-Childs, J., Martin, K., Webber, H., Craven, M. P., Hollis, C., Deighton, J., Law, R., Fonagy, P. & Wolpert, M. (2017). A mobile phone App to support young people in making shared decisions in therapy (Power Up): study protocol. *JMIR Research Protocols*, 6(10): e206.
- Chiauzzi, E., DasMahapatra, P., Cochin, E., Bunce, M., Khoury, R. & Dave, P. (2016). Factors in patient empowerment: a survey of an online patient research network. *Patient*, 9(6), 511 – 523.
- Chinman, M. J. & Linney, J. A. (1998). Toward a model of adolescent empowerment: theoretical and empirical evidence. *Journal of Primary Prevention*, 18(4), 393 – 413.
- Christens, B. D. (2012). Toward Relational Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 50(1-2), 114 – 128.
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., Adi, Y., Parkinson, J., Flynn, P., Platt, S. & Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health*, 11:487.
- Clark, C. C. & Krupa, T. (2002). Reflections on empowerment in community mental health: giving shape to an elusive idea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 341 – 349.
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 217 – 228.
- Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F. & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38(1), 77 – 84.

- Croft, S., Stride, C., Maughan, B. & Rowe, R. (2015). Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool-aged children. *Pediatrics*, *135*(5), 1210 – 1219.
- Cyril, S., Smith, B. J. & Renzaho, A. M. (2016). Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health Promotion International*, *31*(4), 809 – 826.
- D'Alessandro, D. M. & Dosa, N. P. (2001). Empowering children and families with information technology. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *155*(10), 1131 – 1136.
- Dickey, W. C. & Blumberg, S. J. (2004). Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties questionnaire: United States, 2001. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(9), 1159 – 1167.
- Dowling, M., Murphy, K., Cooney, A. & Casey, D. (2011). A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, *3*(4), 476 – 487.
- Eisman, A. B., Zimmerman, M. A., Kruger, D., Reischl, T. M., Miller, A. L., Franzen, S. P. & Morrel-Samuels, S. (2016). Psychological empowerment among urban youth: measurement model and associations with youth outcomes. *American Journal of Community Psychology*, *58*(3-4), 410 – 421.
- Ellis-Stoll, C. C. & Popkess-Vawter, S. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, *21*(2), 62 – 68.
- Fingeld, D. L. (2004). Empowerment of individuals with enduring mental health problems. *Advances in Nursing Science*, *27*(1), 44 – 52.
- Foster, G., Taylor, S. J., Eldridge, S. E., Ramsay, J. & Griffiths, C. J. (2007). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *17*(4): CD005108.
- Fox, N. J., Ward, K. J. & O'Rourke, A. J. (2005). The “expert patient”: empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the internet. *Social Science & Medicine*, *60*(6), 1299 – 1309.

- Frame, K. (2003). Empowering preadolescents with ADHD: demons or delights. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 131 – 139.
- Franzen, S., Morrel-Samuels, S., Reischl, T. M. & Zimmerman, M. A. (2009). Using process evaluation to strengthen intergenerational partnerships in the Youth Empowerment Solutions Program. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 37(4), 289 – 301.
- Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E. & Bertele, P. & Masella, C. (2015). Patient empowerment and its neighbors: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*, 119(3), 384 – 394.
- Funnell, M. M. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The Diabetes Educator*, 17(1), 37 – 41.
- Funnell, M. M. (2016). Patient empowerment: What does it really mean? *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1921 – 1922.
- Funnell, M. M. & Anderson, R. M. (2003). Patient empowerment: A look back, a look ahead. *The Diabetes Educator*, 29(3), 454 – 464.
- Funnell, M. M. & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical diabetes*, 22(3), 123 – 127.
- Gaete, J., Montero-Marin, J., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C. A., Olivares, E. & Araya, R. (2018). Mental health among children and adolescents: Construct validity, reliability, and parent-adolescent agreement on the ‘Strengths and Difficulties Questionnaire’ in Chile. *PLoS One*, 13(2): e0191809.
- Galanakis, M., Tsoli, S. & Darviri, C. (2016). The Effects of Patient Empowerment Scale in Chronic Diseases. *Psychology*, 7(11), 1369 – 1390.
- Garcimartin, P., Comin-Colet, J., Delgado-Hito, P., Badosa-Marcé, N. & Linas-Alonso, A. (2017). Transcultural adaptation and validation of the patient empowerment in long-term conditions questionnaire. *BMC Health Services Research*, 17: 324.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354 – 361.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581 – 586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 791 – 799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337 – 1345.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534 – 539.
- Goodman, A. & Goodman, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire as a Dimensional Measure of Child Mental Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 400 – 403.
- Goodman, A., Lamping, D. L. & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader Internalising and Externalising Subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1179 – 1191.
- Goodman R, Refrew D, Mullick M (2000) Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(2), 129 – 134.
- Goodman, R & Scott, S (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17 – 24.
- Govender, M., Bowen, R., German, M. L., Bulaj, G. & Bruggers, C. S. (2015). Clinical and neurobiological perspectives of empowering pediatric cancer patients using videogames. *Games for Health Journal: Research, Development, and Clinical Applications*, 4(5), 362 – 374.

- Gowen, L. K. & Walker, J. S. (Summer 2009). Youth Empowerment and participation in mental health care. *Focal Point: Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 23(2), 3 – 5.
- Grealish, A. (2014). *The development of the Youth Empowerment Scale (YES)*. (Unpublished PhD Thesis). University of Manchester, Manchester, UK.
- Grealish, A., Tai, S., Hunter, A., Emsley, R., Murrells, T. & Morrison, A. P. (2017). Does empowerment mediate the effects of psychological factors on mental health, well-being, and recovery in young people? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 314 – 335.
- Grealish, A., Tai, S., Hunter, A. & Morrison, A. P. (2013). Qualitative exploration of empowerment from the perspective of young people with psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 136 – 148.
- Gremigni, P. & Stewart-Brown, S. L. (2011). Measuring mental well-being: Italian validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS). *Giornale Italiano di Psicologia*, 2, 485 – 508.
- Gullan, R. L., Power, T. J. & Leff, S. S. (2013). The role of empowerment in a school-based community service program with inner-city, minority youth. *Journal of Adolescent Research*, 28(6), 664 – 689.
- Hansson, L. & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 32 – 38.
- Haugaard, M. (2012). Rethinking the four dimensions of power: domination and empowerment. *Journal of Political Power*, 5(1), 33 – 54.
- Hart, R. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship (no 4)*. UNICEF International Child Development Centre: Florence, Italy.
- He, J.-P., Burstein, M., Schmitz, A. & Merikangas, K. R. (2013). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): the factor structure and scale validation in U.S. Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 583 – 595.

- Hennink, M., Kiiti, N., Pillinger, M. & Jayakaran, R. (2012). Defining empowerment: perspectives from international development organisations. *Development in Practice*, 22 (2), 202 – 215.
- Herbert, R. J., Gagnon A. J., Rennick, J. E. & O’Loughlin, J. L. (2009). A systematic review of questionnaires measuring health-related empowerment. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(2), 107 – 132.
- Hess, R. E., Clapper, C. R., Hoekstra, K. & Gibison, F. B. (2001). Empowerment effects of teaching leadership skills to adults with severe mental illness and their families. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 257 – 265.
- Holmström, I. & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167 – 172.
- Huscroft-D’Angelo, J., Trout, A. L., Lambert, M. C. & Thompson, R. (2017). Reliability and validity of the Youth Empowerment Scale–Mental Health in youth departing residential care and reintegrating into school and community settings. *Education and Treatment of Children*, 40(4), 547 – 570.
- Jennings, L. B., Parra-Medina, D. M., Hilfinger-Messias, D. K. & McLoughlin, K. (2008). Towards a critical theory of youth empowerment. *Journal of Community Practice*, 14(1-2), 31 – 55.
- Johnson, M. O. (2011). The shifting landscape of health care: toward a model of health care empowerment. *Framing Health Matters*, 101(2), 265 – 270.
- Johnson, S., Hollis, C., Marlow, N., Simms, V. & Wolke, D. (2014). Screening for childhood mental health disorders using the Strengths and Difficulties Questionnaire: the validity of multi-informant reports. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 56(5), 453 – 459.
- Kanter, R. M. (1993). *Men and women of the corporation* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Basic Books.
- Kennedy, S., Hardiker, N. & Staniland, K. (2015). Empowerment an essential ingredient in the clinical environment: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 35(3), 487 – 492.

- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 9 – 36.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. & Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28(1), 1 – 17.
- Koren, P. E., DeChillo, N. & Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 305 – 321.
- Kremer, P., de Silva, A., Cleary, J., Santoro, G., Weston, K., Steele, E., Nolan, T. & Waters, E. (2015). Normative data for the Strengths and Difficulties Questionnaire for young children in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(10), 970 – 975.
- Kuijpers, W., Groen, W. G., Aaronson, N. K. & van Harten, W. H. (2013). A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: relevance for cancer survivors. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2): e37.
- Kuokkanen, L. L. & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235 – 241.
- Lamas, E., Salinas, R., Coquedano, C., Simon, M.-P., Bousquet, C., Ferrer, M. & Zorrilla, S. (2017). The meaning of patient empowerment in the digital age: the role of online patient-communities. *Studies in Health Technology and Informatics*, 244, 43 – 47.
- Lee, J. B. (2001). *The empowerment approach to social work practice: building the beloved community* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Columbia University Press.
- Leffert, N., Benson, P. L., Scales, P. C., Sharma, A. R., Drake, D. R. & Blyth, D. A. (2008). Developmental Assets: measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Sciences*, 2(4), 209 – 230.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A. & Thisted R. A. (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *Journal of General Internal Medicine*, 20(6), 531 – 535.

- Linhorst, D. M. (2005). *Empowering people with severe mental illness: a practical guide*. Oxford University Press.
- Linhorst, D. M., Hamilton, G., Young, E. & Eckert, A. (2002). Opportunities and barriers to empowering people with severe mental health illness through participation in treatment planning. *Social Work*, 47(4), 425 – 434.
- López, M. A., Gabilondo, A., Codony, M., García – Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P., Ferrer, M. & Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Quality of Life Research*, 22(5), 1099 – 1104.
- Lukes, S. (2005). *Power: a radical view (2nd ed.)*, Houndsmills: Palgrave Macmillan.
- Maheswaran, H., Weich, S., Powell, J. & Stewart-Brown, S. (2012). Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10: 156.
- Martínez, X. U., Jiménez-Morales, M., Masó, P. S. & Bernet, J. T. (2016). Exploring the conceptualization and research of empowerment in the field of youth. *International Journal of Adolescent and Youth*, 22(4), 405 – 418.
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Duran Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A. Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A. & Thérond, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), 1140 – 1146.
- Matheson, F. I., Smith, K. L. W., Fazli, G. S., Moineddin, R., Dunn, J. R. & Glazier, R. H. (2014). Physical health and gender as risk factors for usage of services for mental health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68, 971 – 978.
- Menon, S. T. (2002). Toward a model of psychological health empowerment: implications for health care in multicultural communities. *Nurse Education Today*, 22(1), 28 – 39.
- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L. & Todd, C. (2012). Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research*, 12: 157.



- McCarley, P. (2009). Patient empowerment and motivational interviewing: engaging patients to self-manage their own care. *Nephrology Nursing Journal*, 36(4), 409 – 413.
- McKay, M. T. & Andretta, J. R. (2017). Evidence for the psychometric validity, internal consistency and measurement invariance of Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale scores in Scottish and Irish adolescents. *Psychiatry Research*, 255, 382 – 386.
- McLean, A. (1995). Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: contradictions, crisis and change. *Social Science & Medicine*, 40(8), 1053 – 1071.
- Mohajer, N. & Earnest, J. (2009). Youth empowerment for the most vulnerable: A model based on the pedagogy of Freire and experiences in the field. *Health Education*, 109(5), 424 – 438.
- Morton, M. H. & Montgomery, P. (2011). Youth empowerment programs for improving self-efficacy and self-esteem of adolescents. *Campbell Systematic Reviews*. Retrieved from <http://campbellcollaboration.org/library/youth-empowerment-programmes-self-efficacy-self-esteem.html>
- Morton, M. H. & Montgomery, P. (2013). Youth Empowerment Programs for improving adolescents' self-efficacy and self-esteem: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 23(1), 22 – 33.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(1), 1 – 8.
- Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: narratives of psychiatric consumers/ survivors. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11(2), 125 – 142.
- Ng, S. S., Lo, A. W., Leung, T. K., Chan, F. S., Wong, A. T., Lam, R. W. & Tsang, D. K. (2014). Translation and validation of the Chinese version of the short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale for patients with mental illness in Hong Kong. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(1), 3 – 9.

- Nordén, T., Malm, U. & Norlander, T. (2012). Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a meta-analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 144 – 151.
- O’Cathain, A., Goode, J., Luff, D., Strangleman, T. Hanlon, G. & Greatbatch, D. (2005). Does NHS Direct empower patients? *Social Science & Medicine*, 61(8), 1761 – 1771.
- Ouschan, R., Sweeney, J. & Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40(9), 1068 – 1086.
- Page, N. & Czuba, C. E. (1999). Empowerment: what is it? *The Journal of Extension*, 37(5), 3 – 9.
- Palumbo, R. (2017). *The bright side and the dark side of patient empowerment: co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Paxton, R. J., Valois, R. F. & Drane, J. W. (2005). Perceived Youth Empowerment: reliability and validity of a brief scale. *American Journal of Health Studies*, 20(3), 186 – 193.
- Peterson, N. A. & Zimmerman, M. A. (2004). Beyond the individual: toward a nomological network of organizational empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34(1-2), 129 – 145.
- Powers, L. E., & Geenen, S. (2007). *My life study: Self determination in transition to adulthood for youth with disabilities*. Grant from National Institute on Disability Rehabilitation Research, US Department of Education. Portland, Oregon: Portland State University, Regional Research Institute for Human Services.
- Prigge, J.-K., Dietz, B., Homburg, C., Hoyer, W. D. & Burton, J. L. (2015). Patient empowerment: a cross-disease exploration of antecedents and consequences. *International Journal of Marketing Research*, 32(4), 375 – 386.
- Pulvirenti, M., McMillan, J. & Lawn, S. (2011). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*, 17(3), 303 – 310.

- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction to the Issue. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 1 – 7.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121 – 148.
- Reischl, T. M., Zimmerman, M. A., Morrel-Samuels, S., Franzen, S. P., Faulk, M., Eisman, A. B. & Roberts, E. (2011). Youth Empowerment Solutions for violence prevention. *Adolescent medicine: state of the art reviews*, 22(3), 581 – 600.
- Ringdal, R., Eilertsen, M.- E. B., Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A. & Moksnes, U. K. (2018). Validation of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 718 – 725.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39 – 47.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L. & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042 – 1047.
- Rogers, E. S., Ralph, R. O. & Salzer, M. S. (2010). Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 61(9), 933 – 936.
- Rohrer, J. E., Wilshusen, L., Adamson, S. C. & Merry, S. (2008). Patient-centredness, self-rated health, and patient empowerment: should providers spend more time communicating with their patients? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(4), 548 – 551.
- Sakellari, E. (2008). Empowering mentally ill people. A new health promotion challenge? *International Journal of Caring Sciences*, 1(1), 21 – 25.
- Sakellari, E., Athanasopoulou, C., Kokkonen, P., Sourander, A. & Leino-Klipi, H. (2019). Validation of the Youth Efficacy/ Empowerment Scale Finnish version – Mental Health. *Ψυχιατρική* (Manuscript submitted for publication).

- Samoocha, D., Bruinvels, D. J., Elbers, N. A., Anema, J. R. & van der Beek, A. J. (2010). Effectiveness of Web-based interventions on patient intervention: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *12*(2), e23.
- Santos, J. J. A., Costa, T. A., Guilherme, J. H., Silva, W. C., Abentroth, L. R. L., Krebs, J. A. & Sotoriva, P. (2015). Adaptation and cross-cultural validation of the Brazilian version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), *61*(3), 209 – 214.
- Scales, P. C., Benson, P. L. & Roehlkepartain, E. C. (2011). Adolescent thriving: the role of sparks, relationships, and empowerment. *Journal of Youth and Adolescence*, *40*(3), 263 – 277.
- Schmidt, J. A., Shumow, L. & Kackar, H. (2007). Adolescents' participation in service activities and its impact on academic, behavioral, and civic outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, *36*(2), 127 – 140.
- Segal, S., Silverman, C. & Temkin, T. (1995). Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal*, *31*(3), 215 – 227.
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. *Children and Society*, *15*(2), 107 – 117.
- Sidani, S., Guruge, S., Miranda, J., Ford-Gilboe, M. & Varcoe, C. (2010). Cultural adaptation and translation of measures: An integrated method. *Research in Nursing & Health*, *33*(2), 133 – 143.
- Simmons, C. & Lehmann, P. (Ed.) (2012). *Tools for Strengths-Based Assessment and Evaluation*. New York: Springer Publishing Company.
- Simpson, J. & Weiner, E. (1989). *Oxford English Dictionary, 2nd edition, Volume V*. England: Oxford University Press.
- Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C. A., Whalley, D. & Protheroe, J. (2013). Patient empowerment in long term conditions: Development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research*, *13*: 263.

- Smith, O. R. F., Alves, D. E., Knapstad, M., Haug, E. & Aarø, L. E. (2017). Measuring mental well-being in Norway: validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). *BMC Psychiatry*, *17*:182.
- Snyder, H. & Engström, J. (2016). The antecedents, forms and consequences of patient involvement: a narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, *53*, 351 – 378.
- Sousa, V. D. & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *17*(2), 268 – 274.
- Speer, P. W. & Peterson, N. A. (2000). Psychometric properties of an empowerment scale: Testing cognitive, emotional, and behavioral domains. *Social Work Research*, *24*(2), 109 – 118.
- Staples, L. H. (1990). Powerful ideas about empowerment. *Administration in Social Work*, *14*(2), 29 – 42.
- Stewart-Brown, S. & Janmohamed, K. (2008). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)*. User Guide Version 1. NHS Health Scotland.
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J. & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcome*, *7*:15.
- Stone, L. L., Janssens, J. M. A. M., Vermulst, A. A., Van der Maten, M., Engels, R. C. M. E. & Otten, R. (2015). The Strengths and Difficulties Questionnaire: psychometric properties of the parent and teacher version in children aged 4–7. *BMC Psychology*, *3*(1): 4.
- Stone, L.L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A. A. & Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*(3), 254 – 274.

- Strack, K. M. & Schulenberg, S. E. (2009). Understanding empowerment, meaning, and perceived coercion in individuals with serious mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1137 – 1148.
- Swift, C. & Levin, G. (1987). Empowerment: an emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention*, 8(1-2), 71 – 94.
- Taggart, F., Friede, T., Weich, S., Clarke, A., Johnson, M. & Stewart-Brown, S. (2013). Cross cultural evaluation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) - a mixed methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11:27.
- Taggart, F., Stewart-Brown, S. & Parkinson, J. (2015). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)*. User guide – Version 2. NHS Health Scotland.
- Tambuyzer, E. & van Audenhove, C. (2015). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations*, 18(4), 516 – 526.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcome*, 5:63.
- Tilley, S., Pollock, L. & Tait, L. (1999). Discourses on empowerment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(1), 53 – 60.
- Treseder, P. (1997). *Empowering children and young people: Promoting involvement in decision-making*. London: Children's Rights Office and Save the Children.
- Trousselard, M., Steiler, D., Dutheil, F., Claverie, D., Canini, F., Fenouillet, F., Naughton, G., Stewart-Brown, S. & Franck, N. (2016). Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations. *Psychiatry Research*, 245, 282 – 290.
- Ungerleider, J. (2012). Structured youth dialogue to empower peacebuilding and leadership. *Conflict Resolution Quarterly*, 29(4), 381 – 402.
- van Uden-Kraan, C. F., Drossaert, C. H. C., Taal, E., Shaw, B. R., Seydel, E. R. & van de Laar, M. A. F. J. (2008). Empowering processes and outcomes of participation in

online support groups for patients with breast cancer, arthritis or fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 18(3), 405 – 417.

Walker, J. S., Geenen, S., Thorne, E. & Powers, L. E. (Summer 2009). Improving outcomes through interventions that increase youth empowerment and self-determination. *Focal point: Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 23(2), 13 – 16.

Walker, J. S. & Powers, L. E. (2007). *Introduction to the Youth Self Efficacy Scale/Mental Health and the Youth Participation in Planning Scale*. Portland, OR: Research and Training Center on Family Support and Children's Mental Health, Portland State University.

Walker, J. S., Seibel, C. L. & Jackson, S. (2017). Increasing youths' participation in team-based treatment planning: The Achieve My Plan enhancement for Wraparound. *Journal of Child and Family Studies*, 26(8), 2090 – 2100.

Walker, J. S., Thorne, E. K., Powers, L. E. & Gaonkar, R. (2010). Development of a Scale to Measure the Empowerment of Youth Consumers of Mental Health Services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 18(1), 51 – 59.

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe (Health Evidence Network).

Wallerstein, N., Sanchez-Merki, V. & Verlade, L. (2005). Freirian praxis in health education and community organizing: A case study of an adolescent prevention program. In M. Minkler (Ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Walsh, T. & Lord, B. (2004). Client satisfaction and empowerment through social work intervention. *Social Work in Health Care*, 38(4), 37 – 56.

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94 – 104.

- Wilson, N., Dasho, S., Martin, A. C., Wallerstein, Wang, C. C. & Minkler, M. (2007). Engaging young adolescents in social actions through photovoice. The Youth Empowerment Strategies (YES!) Project. *Journal of Early Adolescence*, 27(2), 241 – 261.
- Wilson, N., Minkler, M., Dasho, S., Carrillo, R., Wallerstein, N. & Garcia, D. (2006). Training students as facilitators in the Youth Empowerment Strategies (YES!) Project. *Journal of Community Practice*, 14(1-2), 201 – 217.
- Wilson, N., Minkler, M., Dasho, S., Wallerstein, N. & Martin, A. C. (2008). Getting to social action: the Youth Empowerment Strategies (YES!) project. *Health Promotion Practice*, 9(4), 395 – 403.
- WHO Regional Office for Europe, European Commission (2010). *User Empowerment in Mental Health*. Copenhagen: World Health Organization, 1 – 20.
- WHO. «*Process of translation and adaptation of instruments*». Retrieved on the 16<sup>th</sup> November 2018, from [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)
- Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgalarondo, P., Lui, M. & Tannock, R. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), 1147 – 1154.
- Wong, N. T., Zimmerman, M. A., Parker, E. A. (2010). A typology of youth participation and empowerment for child and adolescent health promotion. *American Journal of Community Psychology*, 46(1-2), 100 – 114.
- Woodall, J., Raine, G., South, J. & Warwick-Booth, L. (2010). *Empowerment & health and well-being: evidence review*. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University, commissioned by Altogether Better.
- Yao, S., Zhang, C., Zhu, X., Jing, X., McWhinnie, C. M. & Abela, J. R. Z. (2009). Measuring adolescent psychopathology: Psychometric properties of the self-Report Strengths and Difficulties Questionnaire in a sample of Chinese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(1), 55 – 62.



- YouthInMind (2012). What is the SDQ? Retrieved on the 20<sup>th</sup> October 2018, from <http://sdqinfo.org/a0.html>
- Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: on the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community*, 18(1), 169 – 177.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community*, 23(5), 581 – 599.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Zimmerman, M. A., Eisman, A. B., Reischl, T. M., Morrel-Samuels, S., Stoddard, S., Miller, A. L., Hutchison, P., Franzen, S. & Rupp, L. (2018). Youth Empowerment Solutions: Evaluation of an after-school program to engage middle school students in community change. *Health Education and Behavior*, 45(1), 20 – 31.
- Zimmerman, M. A. & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16(5), 725 – 750.
- Zimmerman, M. A., Stewart, S. E., Morrel-Samuels, S., Franzen, S. & Reischl, T. M. (2011). Youth Empowerment Solutions for Peaceful Communities: Combining theory and practice in a community-level violence prevention curriculum. *Health Promotion Practice*, 12(3), 425 – 439.
- Zimmerman, M. A. & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3 – 16.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ / ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΝΕΩΝ – ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΩΣΕ ΜΑΣ ΚΑΠΟΙΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΣΕΝΑ

1. Φύλο: .....Κορίτσι .....Αγόρι
2. Σε ποια πόλη/περιοχή μένεις;.....
3. Πόσο ετών είσαι;.....
4. Πού έχεις γεννηθεί; .....
5. Επίλεξε από τις παρακάτω επιλογές αυτή που ταιριάζει καλύτερα τώρα στη δική σου περίπτωση (επίλεξε μόνο μία απάντηση):

Μένεις μόνος/μόνη  
Μένεις με τους δύο γονείς.... με τον ένα γονέα....  
Μένεις με άλλους συγγενείς  
Σε ανάδοχη οικογένεια  
Σε ομαδική διαβίωση  
Φιλοξενείσαι  
Άλλο.....

6. Έχεις βρεθεί ποτέ σε κάποια από τις παρακάτω συνθήκες διαμονής (επίλεξε όλα όσα ισχύουν);

Να μένεις μόνος/μόνη  
Να μένεις με τους δύο γονείς.... με τον ένα γονέα....  
Να μένεις με άλλους συγγενείς  
Σε ανάδοχη οικογένεια  
Σε ομαδική διαβίωση  
Φιλοξενείσαι  
Άλλο.....

7. Τι εκπαίδευση έχει λάβει ο πατέρας σου;

Δημοτικό  
Γυμνάσιο  
Λύκειο  
Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ  
Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

8. Τι εκπαίδευση έχει λάβει η μητέρα σου;

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ
- Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

9. Ο πατέρας σου εργάζεται;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω
- Δεν έχω πατέρα/ Δεν έχω επαφή μαζί του

10. Η μητέρα σου εργάζεται;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω
- Δεν έχω μητέρα/ Δεν έχω επαφή μαζί της

11. Ποια πιστεύεις ότι είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;

- Πολύ καλή
- Σχετικά καλή
- Στο μέσο όρο
- Όχι και τόσο καλή
- Καθόλου καλή

12. Έχεις πάρει φάρμακα επειδή δυσκολεύοσουν με τα συναισθήματά σου (κάτι που σε δυσκόλευε σχετικά με το πως ένιωθες) ή επειδή είχες κάποιες δυσκολίες που σχετίζονταν με την ψυχική υγεία σου;

.....ΝΑΙ .....ΟΧΙ

- 13. Σου είπαν κάποιο όνομα ή διάγνωση για τις συναισθηματικές σου δυσκολίες ή τις δυσκολίες σχετικά με την ψυχική σου υγεία; (π.χ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, Άσπεργκερ, κ.ά.)

.....ΝΑΙ .....ΟΧΙ

Αν ναι, παρακαλούμε, γράψε το εδώ:.....

Αυτό το ερωτηματολόγιο ρωτά σχετικά με το πώς διαχειρίζεσαι τα συναισθήματά σου και την ψυχική υγεία σου, πώς χρησιμοποιείς τις υπηρεσίες και την υποστήριξη και πώς βοηθάς στην αλλαγή ή τη βελτίωση των υπηρεσιών. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Για τον εαυτό σου

		Πάντα ή σχεδόν πάντα	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ ή σχεδόν ποτέ
1	Επικεντρώνομαι στα καλά πράγματα της ζωής, όχι μόνο στα προβλήματα					
2	Κάνω αλλαγές στη ζωή μου ώστε να ζω επιτυχώς με τα συναισθηματικά ζητήματα και τα ζητήματα ψυχικής υγείας					
3	Νιώθω ότι μπορώ να κάνω βήματα προς το μέλλον που επιθυμώ					
4	Ανησυχώ ότι οι δυσκολίες σχετικά με την ψυχική υγεία μου ή τα συναισθήματά μου με κρατούν από το να έχω μία καλή ζωή					
5	Γνωρίζω πώς να φροντίζω την ψυχική ή συναισθηματική υγεία μου					
6	Όταν προκύπτει ένα πρόβλημα με την ψυχική υγεία μου ή τα συναισθήματά μου, τα χειρίζομαι πολύ καλά					
7	Νιώθω ότι η ζωή μου είναι υπό έλεγχο					

Υπηρεσίες

		Πάντα ή σχεδόν πάντα	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ ή σχεδόν ποτέ
8	Όταν μία υπηρεσία ή ένα υποστηρικτικό πλαίσιο δεν λειτουργεί για εμένα, λαμβάνω πρωτοβουλία ώστε να αλλάξει					
9	Λέω στα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες και υποστήριξη τι σκέφτομαι σχετικά με τις υπηρεσίες μου λαμβάνω από αυτά					
10	Πιστεύω ότι οι υπηρεσίες και η υποστήριξη μπορούν να με βοηθήσουν να επιτύχω τους στόχους μου					
11	Φορτίζομαι όταν πρέπει να πάρω μία απόφαση σχετικά με τις υπηρεσίες ή την υποστήριξη που λαμβάνω					
12	Η γνώμη μου είναι το ίδιο σημαντική με τη γνώμη των ατόμων που παρέχουν τις υπηρεσίες στο να αποφασιστεί τι υπηρεσίες και υποστήριξη χρειάζομαι					
13	Γνωρίζω τι ενέργειες πρέπει να κάνω όταν νομίζω ότι λαμβάνω κακές υπηρεσίες ή υποστήριξη					

14	Κατανοώ πως οι υπηρεσίες και η υποστήριξη θα έπρεπε να με βοηθήσουν					
15	Συνεργάζομαι με τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες ώστε να προσαρμοστούν οι υπηρεσίες ή η υποστήριξη για να ταιριάζουν στις ανάγκες μου					

### Σύστημα

		Πάντα ή σχεδόν πάντα	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ ή σχεδόν ποτέ
16	Νιώθω ότι μπορώ να βοηθήσω να βελτιωθούν οι υπηρεσίες και η υποστήριξη για τα νέα άτομα με συναισθηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες ψυχικής υγείας					
17	Έχω ιδέες για το πως να βελτιωθούν οι υπηρεσίες και η υποστήριξη για τα νέα άτομα με συναισθηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες ψυχικής υγείας					
18	Γνωρίζω τα νομικά δικαιώματα που έχουν τα νέα άτομα με δυσκολίες ψυχικής υγείας					
19	Νιώθω ότι το να προσπαθείς να αλλάξεις τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και υποστήριξης είναι χάσιμο χρόνου					
20	Παίρνω την ευκαιρία να πω τη γνώμη μου και να εκπαιδεύσω άλλα άτομα σχετικά με το πως είναι να έχεις συναισθηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες ψυχικής υγείας					
21	Νιώθω ότι μπορώ να χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου και τις εμπειρίες μου ώστε να βοηθήσω άλλα νέα άτομα με συναισθηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες ψυχικής υγείας					
22	Λέω στα άτομα που δουλεύουν σε υπηρεσίες και σχολεία πως μπορούν να βελτιωθούν οι υπηρεσίες για τα νέα άτομα					
23	Βοηθώ άλλα νέα άτομα να μάθουν για τις υπηρεσίες και την υποστήριξη που μπορεί να τα βοηθήσει					

Ήταν το ερωτηματολόγιο αυτό:

Δύσκολο να συμπληρωθεί..... Δύσκολο να κατανοηθεί..... Πολύ μεγάλο..... Καλό όπως είναι .....

Σχόλια και/ή προτάσεις:

.....  
.....  
.....

Ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση!

### The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)

Ακολουθούν κάποιες προτάσεις για τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας. Κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα το τι νιώθετε κατά τη διάρκεια των δυο τελευταίων εβδομάδων.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Διαρκώς
1. Νιώθω αισιόδοξος/η για το μέλλον.	1	2	3	4	5
2. Νιώθω χρήσιμος/η.	1	2	3	4	5
3. Νιώθω χαλαρός/ή.	1	2	3	4	5
4. Ενδιαφέρομαι για τους ανθρώπους δίπλα μου.	1	2	3	4	5
5. Έχω ενέργεια να μοιραστώ με ανθρώπους γύρω μου.	1	2	3	4	5
6. Τα καταφέρνω καλά με τις δυσκολίες/ προβλήματα.	1	2	3	4	5
7. Σκέφτομαι καθαρά/ με διαύγεια.	1	2	3	4	5
8. Νιώθω καλά με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9. Νιώθω κοντά στους ανθρώπους γύρω μου.	1	2	3	4	5
10. Νιώθω σιγουριά για τον εαυτό μου/ έχω αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4	5
11. Νιώθω ικανός/ή να παίρνω μόνος/η μου τις αποφάσεις για θέματα που με απασχολούν.	1	2	3	4	5
12. Νιώθω ότι εισπράττω αγάπη.	1	2	3	4	5
13. Ενδιαφέρομαι για καινούργια πράγματα.	1	2	3	4	5
14. Νιώθω χαρούμενος/η.	1	2	3	4	5

## Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ-HeI)

Για κάθε θέμα, σημειώστε αν Δεν Ισχύει, Ισχύει Κάπως ή Ισχύει Σίγουρα. Θα μας βοηθούσε αν απαντούσατε σε όλα τα θέματα όσο καλύτερα μπορείτε ακόμα και αν δεν είστε απόλυτα σίγουρος/η ή το θέμα φαίνεται αστειό! Παρακαλούμε να απαντήσετε βασιζόμενοι στο πως ήταν τα πράγματα για σας κατά τους τελευταίους έξι μήνες.

Αγόρι/Κορίτσι

Ημερομηνία Γέννησης.....

	Δεν Ισχύει	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
Προσπαθώ να είμαι αρεστός/ή στους άλλους. Νοιάζομαι για τα αισθήματά τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι ανήσυχος/η. Δεν μπορώ να καθίσω ήσυχα για πολλή ώρα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω συχνά πονοκεφάλους, πόνο στο στομάχι ή αδιαθεσία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνήθως μοιράζομαι με τους άλλους (φαγητό, παιχνίδια, στυλό κτλ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θυμώνω πολύ και συχνά χάνω την ψυχραιμία μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνήθως είμαι μόνος/η. Γενικά παίζω μόνος/η ή μένω με τον εαυτό μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνήθως κάνω αυτό που μου ζητάνε.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανησυχώ πολύ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βοηθώ κάποιον/α που είναι πληγωμένος/η, αναστατωμένος/η ή αισθάνεται άρρωστος/η.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνεχώς στριφογυρίζω και κουνιέμαι.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω ένα/μία ή περισσότερους/ες καλούς/ες φίλους/ες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μαλώνω πολύ. Μπορώ να αναγκάζω τους άλλους να κάνουν το δικό μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αισθάνομαι συχνά δυστυχισμένος/η, αποκαρδιωμένος/η ή κλαίω.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα άτομα της ηλικίας μου γενικά με συμπαθούν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι συχνά αφηρημένος/η, δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι νευρικός/ή σε νέες καταστάσεις. Χάνω εύκολα την αυτοπεποίθησή μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι καλός/ή με τα μικρότερα παιδιά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά με κατηγορούν ότι λέω ψέματα ή εξαπατώ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα άλλα παιδιά ή οι νέοι/ες με κοροϊδεύουν ή με αγριεύουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Συχνά προσφέρομαι να βοηθήσω τους άλλους (Γονείς, καθηγητές, παιδιά).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σκέφτομαι πριν κάνω κάτι.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παίρνω πράγματα που δεν μου ανήκουν από το σπίτι, το σχολείο ή αλλού.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα πηγαίνω καλύτερα με τους ενήλικες παρά με άτομα της ηλικίας μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω πολλούς φόβους, τρομάζω εύκολα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τελειώνω τη δουλειά που κάνω. Η προσοχή μου είναι καλή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Συνολικά, νομίζετε ότι έχετε δυσκολίες σε μια ή περισσότερες από τις παρακάτω περιοχές: συναισθήματα, συγκέντρωση, συμπεριφορά ή δυνατότητα να τα πηγαίνετε καλά με τους άλλους ανθρώπους,

Όχι                       Ναι – κάποιες δυσκολίες                       Ναι – λίγες δυσκολίες                       Ναι – σοβαρές δυσκολίες

Εάν έχετε απαντήσει «Ναι», παρακαλούμε να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις σχετικά με αυτές τις δυσκολίες:

- Από πότε υπάρχουν αυτές οι δυσκολίες;

Λιγότερο από ένα μήνα                       1-5 μήνες                       6-12 μήνες                       Περισσότερο από ένα χρόνο

- Αυτές οι δυσκολίες σας ανησυχούν ή σας αναστατώνουν;

Καθόλου                       Μόνο λίγο                       Αρκετά                       Πάρα πολύ

- Οι δυσκολίες αποτελούν εμπόδιο στην καθημερινή ζωή στις παρακάτω περιοχές:

	Καθόλου	Μόνο λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
ΖΩΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΦΙΛΙΕΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Οι δυσκολίες ταλαιπωρούν τους ανθρώπους γύρω σας (οικογένεια, φίλοι, καθηγητές, κτλ);

Καθόλου                       Μόνο λίγο                       Αρκετά                       Πάρα πολύ

**Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθεια**



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ιατρική Σχολή

ΜΠΣ «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

## ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

*Αγαπητέ γονέα-κηδεμόνα,*

στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων», διενεργείται έρευνα, θέμα της οποίας αποτελεί η προσαρμογή και στάθμιση της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων - Ψυχική υγεία» (Youth Efficacy/ Empowerment Scale – Mental Health) στην ελληνική γλώσσα. Στόχος της μελέτης είναι να αξιολογήσουμε τα επίπεδα ενδυνάμωσης σε πληθυσμό 12 – 17 ετών που προσέρχεται στο παιδιατρικό Νοσοκομείο «Η Αγία Σοφία».

Στους συμμετέχοντες θα χορηγηθούν τρία ερωτηματολόγια στα οποία καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, τις δυνατότητες και τις δυσκολίες τους. Σημειώνεται ότι θα ρωτηθούν για τη διαχείριση της ψυχικής τους υγείας, τη χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών και την εμπλοκή τους στην αναβάθμιση αυτών. Για τη διενέργεια της έρευνας ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 10 έως 15 λεπτά.

Στην έρευνα αυτή συμμετέχουν εθελοντικά όσοι από τα παιδιά/εφήβους θέλουν. Η διαδικασία είναι ανώνυμη ώστε να διασφαλιστεί η ιδιωτικότητα. Το έντυπο συναίνεσης που τους ταυτοποιεί προσωπικά, θα διατηρηθεί ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα που τους αφορούν. Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων, που θα συλλεχθούν, θα υποβληθούν σε επεξεργασία μέσω στατιστικής ανάλυσης μετά το τέλος της χορήγησης και θα δημοσιευτούν στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας που εκπονείται από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια Κωνσταντοπούλου Σοφία.

Η Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου Παίδων και ο διευθυντής της παιδοψυχιατρικής κλινικής είναι ενημερωμένοι για τη διεξαγωγή της έρευνας και έχουν δώσει την έγκρισή τους.

Στην επόμενη σελίδα ακολουθεί έγγραφο συγκατάθεσης που θα πρέπει να υπογραφεί εάν συμφωνείτε στη συμμετοχή του παιδιού σας στην έρευνα και να επιστραφεί. Είναι σε θέση να διακόψει τη συμμετοχή του οποιαδήποτε χρονική στιγμή, χωρίς καμιά συνέπεια.

Εκτός από τις πληροφορίες που παρέχονται στην επιστολή αυτή, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε πρόσθετες διευκρινήσεις σε σχέση με το σκοπό και τη διαδικασία επικοινωνώντας με την ερευνήτρια στο τηλέφωνο: 6932731608 ή στο e-mail: sophiak1317@gmail.com

Δεν υπάρχουν αναμενόμενοι κίνδυνοι και άμεσα οφέλη που προκύπτουν από τη συμμετοχή στην παρούσα έρευνα. Θα συνεισφέρετε όμως σημαντικά στη διερεύνηση της ενδυνάμωσης των νέων και στην παροχή ενός εργαλείου χρήσιμου για την ερευνητική κοινότητα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων!

**Κωνσταντοπούλου Σοφία**

**Ψυχολόγος**

**Συγκατάθεση γονέα/ κηδεμόνα**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η.....  
δηλώνω ότι διάβασα τα ανωτέρω και επιτρέπω στο γιο/ στην κόρη μου  
..... να λάβει μέρος στην παρούσα  
έρευνα.

Αθήνα, .../.../.....

(υπογραφή)



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ιατρική Σχολή

ΜΠΣ «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

**ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ  
ΕΡΕΥΝΑ**

*Αγαπητέ/ή έφηβε-έφηβη,*

στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων», διενεργείται μια έρευνα, θέμα της οποίας αποτελεί η προσαρμογή και στάθμιση της «Κλίμακας Αποτελεσματικότητας/ Ενδυνάμωσης των Νέων - Ψυχική υγεία» (Youth Efficacy/Empowerment Scale – Mental Health) στην ελληνική γλώσσα. Στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσουμε τα επίπεδα ενδυνάμωσης σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 12 – 17 ετών.

**Εσύ** καλείσαι να απαντήσεις σε ερωτηματολόγια σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματά σου, τις δυνατότητες και τις δυσκολίες σου. Σημειώνεται ότι κάποιες από τις ερωτήσεις αφορούν τη διαχείριση της ψυχικής σου υγείας, τη χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς και τη συμβολή σου στη βελτίωσή τους. Για την υλοποίηση της έρευνας θα χρειαστούν περίπου 10 έως 15 λεπτά.

Στην έρευνα αυτή συμμετέχουν εθελοντικά όσοι από τους προσερχόμενους στο Νοσοκομείο εφήβους θέλουν. Η διαδικασία είναι ανώνυμη ώστε να διασφαλιστεί η ιδιωτικότητα. Το έντυπο συναίνεσης που σε ταυτοποιεί προσωπικά, θα διατηρηθεί ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα που σε αφορούν. Οι απαντήσεις των γραπτών ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν ώστε να αναλυθούν στατιστικά και να δημοσιευτούν στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας που εκπονείται από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια Κωνσταντοπούλου Σοφία.

Στην επόμενη σελίδα ακολουθεί έγγραφο συγκατάθεσης που θα πρέπει να υπογραφεί εάν συμφωνείς στη συμμετοχή σου στη μελέτη και να επιστραφεί στην ερευνήτρια. Είσαι ελεύθερος-η να μην συναινέσεις ή να αποχωρήσεις όποτε το επιθυμείς.

Επίσης, θα πρέπει να δώσεις και στους γονείς σου το φάκελο με την επιστολή και το έγγραφο συγκατάθεσης το οποίο θα πρέπει να επιστραφεί μαζί με το δικό σου εάν τελικά αποφασίσεις να συμμετέχεις στην έρευνα.

Δεν θα έχεις κάποιο άμεσο οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σου στην έρευνα.

Σε ευχαριστώ εκ των προτέρων!

**Κωνσταντοπούλου Σοφία**

**Ψυχολόγος**

**Συγκατάθεση εφήβου-έφηβης**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος.....  
δηλώνω ότι διάβασα τα παραπάνω και επιθυμώ να λάβω μέρος στην παρούσα έρευνα.

Αθήνα, .../.../.....

(υπογραφή)