ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Πρόγραμμα Μετατυχιακών Σπουδών

«Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων, της Αναπηρίας και της Γήρανσης»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Art therapy – Ανακούφιση του Άχγους και Στρες σε ηλικιωμένους Μέσω της Τέχνης και της Δημιουργικής Απασχόλησης.

Ονοματεπώνυμο: Σπυριδάκη Ιωάννα

Επιβλέπων Καθηγητής: Παύλος Σαράφης

Περιεχόμενα

Περίληψη 3
Abstract 5
Κεφάλαιο 1ο - Εισαγωγή 7
Κεφάλαιο 2ο – Βιβλιογραφική Ανασκόπηση 13
Κεφάλαιο 3ο – Μεθοδολογία Έρευνας 41
Κεφάλαιο 4ο – Αποτελέσματα Έρευνας 52
Κεφάλαιο 5ο – Συζήτηση - Συμπεράσματα 63
Βιβλιογραφία 74

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παρούσα εργασία εξετάζει την αποτελεσματικότητα μιας δομημένης, πολυτροπικής παρέμβασης θεραπείας μέσω τέχνης στη μείωση άγχους και στρες σε ηλικιωμένους, σε κοινοτικά και ιδρυματικά περιβάλλοντα. Με αφετηρία τη διαπιστωμένη επιβάρυνση ψυχικής υγείας στην τρίτη ηλικία και την ανάγκη για μη φαρμακολογικές, προσβάσιμες παρεμβάσεις, το πρόγραμμα συνδυάζει εικαστικές, μουσικοκινητικές και λεκτικές δημιουργικές δραστηριότητες. Στόχος είναι η ποσοτική και ποιοτική αποτίμηση των επιδράσεων στην ψυχοσυναισθηματική ευεξία, στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην κοινωνική συμμετοχή.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα ενός δομημένου, πολυτροπικού προγράμματος θεραπείας μέσω τέχνης στη μείωση του άγχους και του στρες σε ηλικιωμένους, σε κοινοτικές και ιδρυματικές δομές. Παράλληλα, αποτιμάται η επίδραση της παρέμβασης σε δευτερεύουσες εκβάσεις, όπως η συναισθηματική ευεξία, η ποιότητα ύπνου, η καθημερινή λειτουργικότητα και η κοινωνική συμμετοχή, καθώς και η σχέση «δόσης–απόκρισης». Τέλος, εξετάζονται η εφικτότητα, η αποδοχή και η ασφάλεια του προγράμματος, με στόχο τη διατύπωση πρακτικών κατευθύνσεων για ένταξή του στη ρουτίνα φροντίδας ηλικιωμένων.

Μεθοδολογία: Η μελέτη υιοθέτησε προοπτικό σχέδιο προ–μετά σε ηλικιωμένους με βασική λειτουργική αυτονομία, στρατολογημένους από κοινοτικές δομές/μονάδες φροντίδας με γραπτή ενημερωμένη συναίνεση. Η παρέμβαση ήταν πολυτροπική θεραπεία μέσω τέχνης διάρκειας 8–12 εβδομάδων, με 1–2 συνεδρίες/εβδομάδα (60–

90′) που περιλάμβαναν σύντομη εισαγωγή, αισθητηριακή-κινητική ενεργοποίηση, κύρια δημιουργική εργασία (εικαστικά, κολάζ/πηλός, δημιουργική γραφή, μουσικοκινητικές ασκήσεις) και ομαδικό αναστοχασμό, με εργονομικά/μη τοξικά υλικά και προσαρμογές για κινητικούς/αισθητηριακούς περιορισμούς. Οι εκβάσεις (άγχος/στρες, συναισθηματική ευεξία, ποιότητα ζωής) μετρήθηκαν με σταθμισμένες κλίμακες πριν–μετά, μαζί με δείκτες εφικτότητας/αποδοχής και σύντομες ποιοτικές σημειώσεις. Η ανάλυση στο IBM SPSS περιέλαβε καθαρισμό δεδομένων, περιγραφική στατιστική, ελέγχους προϋποθέσεων και t-test ζευγών ή Wilcoxon, με αναφορά μεγεθών επίδρασης και 95% ΔΕ (α=0,05). Διασφαλίστηκαν ιδιωτικότητα/εμπιστευτικότητα και εγκρίθηκε δεοντολογικά το πρωτόκολλο.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώσαμε ότι ο μέσος όρος σκορ των συμμετεχόντων που συμμετείχαν στην έρευνα πριν ήταν 16,78 (Τ.Α.5,06) και ότι ο μέσος όρος σκορ των συμμετεχόντων που συμμετείχαν στην έρευνα μετά ήταν 9,80 (Τ.Α.3,80). Μετά την άθροιση των σκορ προέκυψε ότι το 74% (37 άτομα) των συμμετεχόντων ήταν καταθλιπτικοί ενώ το υπόλοιπο 26% (13 άτομα) ήταν μη καταθλιπτικοί στην πρώτη φάση της έρευνας ενώ στη δεύτερη φάση της έρευνας, το 86% (43 άτομα) των συμμετεχόντων ήταν μη καταθλιπτικοί ενώ το υπόλοιπο 14% (7 άτομα) ήταν καταθλιπτικοί.

Συμπεράσματα: Συνοψίζοντας, η δομημένη πολυτροπική θεραπεία μέσω τέχνης αναδείχθηκε εφικτή, αποδεκτή και ασφαλής για ηλικιωμένους, με συνεπή τάση μείωσης άγχους/στρες και παράλληλες βελτιώσεις στη συναισθηματική ευεξία, στον ύπνο, στην αίσθηση ελέγχου και στην κοινωνική συμμετοχή· επιπλέον, η τακτική προσκόλληση συνδέθηκε με εντονότερες θετικές εκβάσεις. Παρά τα ενθαρρυντικά ευρήματα, ο σχεδιασμός προ–μετά, το μέγεθος και ο τύπος δείγματος, καθώς και η ετερογένεια της παρέμβασης, περιορίζουν την αιτιώδη γενίκευση. Απαιτούνται τυχαιοποιημένες δοκιμές, μεγαλύτερα και πιο ποικιλόμορφα δείγματα και μακροχρόνια παρακολούθηση για επιβεβαίωση και κλιμάκωση των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.

Λέξεις Κλειδιά: *Art Therapy, Άγχος, Στρες, Ηλικιωμένοι, Υγεία, Τέχνη, Δημιουργική Απασχόληση*

Abstract

Introduction: This study investigates the effectiveness of a structured, multimodal art-therapy program in reducing anxiety and stress among older adults in community and long-term care settings. Motivated by the disproportionate mental-health burden in later life and the need for accessible, non-pharmacological interventions, the program integrates visual arts, low-intensity music-movement activities, and brief creative writing within a consistent session structure. The introduction outlines the theoretical and empirical rationale for using creative engagement to support emotional regulation and frames the evaluation of outcomes in terms of psychological well-being, day-to-day functioning, and social participation.

Aim: The purpose of this study is to evaluate whether a structured, multimodal art-therapy program—delivered in community and long-term care settings—produces clinically and statistically meaningful reductions in anxiety and stress among older adults. Secondarily, it aims to examine effects on emotional well-being, sleep quality, everyday functioning, and social participation; explore dose–response relationships with adherence; and assess feasibility, acceptability, safety, and fidelity of implementation to inform routine integration and future trials.

Methodology: We employed a prospective single-group pretest–posttest design with older adults recruited from community centers and long-term care facilities. Eligibility required basic functional autonomy and capacity for informed consent; exclusions included acute medical instability, unaccommodated severe sensory deficits, and active psychiatric crisis. The intervention spanned 8–12 weeks (1–2 sessions/week, 60–90 min) and followed a fixed flow: brief check-in, sensorimotor warm-up, core creative work (washable, non-toxic media such as watercolor/tempera, collage, air-dry clay; short guided creative writing; low-intensity music–movement), and group reflection, with ergonomic adaptations as needed. Outcomes were collected at baseline and post-intervention using validated anxiety/stress scales (primary) plus secondary measures of affect and quality of life; feasibility/acceptability (attendance, drop-outs, adverse events) and brief field notes were also recorded. Data were cleaned and analyzed in IBM SPSS; assumptions were tested, and paired-samples t-tests or Wilcoxon signed-rank tests were applied as appropriate, with effect sizes and 95% CIs reported (α=0.05). Ethical approval was obtained, and written consent, confidentiality safeguards, and safety procedures were observed.

Results: The analysis of the findings revealed that the mean score of participants before the intervention was 16.78 (SD = 5.06), while the mean score after the intervention dropped to 9.80 (SD = 3.80). The sum of the scores showed that in the first phase of the study, 74% of participants (37 individuals) were categorized as depressed, and 26% (13 individuals) as non-depressed. In the second phase, following the art therapy intervention, 86% of participants (43 individuals) were categorized as non-depressed, while only 14% (7 individuals) remained within the depressive range.

Conclusions: The findings indicate that a structured, multimodal art-therapy program is feasible, acceptable, and safe for older adults, and is associated with meaningful reductions in anxiety/stress alongside improvements in emotional well-being, sleep quality, sense of control, and social participation. Consistent attendance appeared to amplify benefits, while the adaptable session design enabled inclusive engagement—even for participants with physical limitations or mild cognitive impairment. Nonetheless, causal inference is constrained by the single-group pretest–posttest design, sample size/composition, and intervention heterogeneity. These results support

incorporating art-therapy sessions into routine care with ongoing evaluation, and they motivate rigorously designed, multicenter randomized trials with longer follow-up and standardized protocols to verify effectiveness, refine “dose” parameters, and inform scalable implementation.

Keywords: *Art Therapy, Anxiety, Stress, Elderly, Health, Art, Creative Engagement*

Κεφάλαιο 1ο - Εισαγωγή

1.1 Θεωρητικό Πλαίσιο Ερευνητικού Προβλήματος

Η παγκόσμια δημογραφική πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από τη ραγδαία αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων, γεγονός που έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, την κοινωνία και την οικονομία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2021), εκτιμάται ότι μέχρι το 2050 οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας θα αποτελούν περίπου το 22% του παγκόσμιου πληθυσμού, σχεδόν διπλάσιο ποσοστό σε σύγκριση με το 2025.

Η δημογραφική αυτή μεταβολή συνεπάγεται αυξημένα περιστατικά πολυνοσηρότητας, δηλαδή τη συνύπαρξη πολλαπλών χρόνιων ασθενειών, αλλά και επιβαρύνσεις στην ψυχική υγεία, με συνέπεια η γήρανση να καθίσταται μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας (ΟΟΣΑ, 2020). Η κατανόηση των παραμέτρων που επιδρούν στην ψυχική και συναισθηματική ευεξία των ηλικιωμένων είναι επομένως αναγκαία, προκειμένου να σχεδιαστούν παρεμβάσεις που θα υποστηρίξουν ουσιαστικά την ποιότητα ζωής τους.

Η προχωρημένη ηλικία συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, με κυριότερες την κατάθλιψη και το άγχος, οι οποίες αποτελούν από τις πιο συχνές παθήσεις στον ηλικιακό αυτό πληθυσμό (Jokela et al., 2013). Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η διαστατική κατάθλιψη συνιστούν τις πιο διαδεδομένες εκδηλώσεις ψυχικής επιβάρυνσης στη διάρκεια της ζωής (Volkert et al., 2013). Επιπλέον, τα ψυχολογικά αυτά προβλήματα δεν εμφανίζονται απομονωμένα αλλά συνδέονται με σημαντικά γεγονότα που χαρακτηρίζουν την πορεία της ζωής. Η μετάβαση από την εργασία στη συνταξιοδότηση, η απώλεια ενός συντρόφου ή άλλες οδυνηρές εμπειρίες λειτουργούν συχνά ως εκλυτικοί παράγοντες για την εκδήλωση αγχωδών συμπτωμάτων, συναισθηματικής δυσφορίας και καταθλιπτικών επεισοδίων (Lucas et al., 2017· Fried et al., 2015).

Υπό το πρίσμα αυτό, η αναζήτηση μη φαρμακευτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων που μπορούν να προσφέρουν ουσιαστική στήριξη στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων καθίσταται ολοένα και πιο επιτακτική. Η art therapy, όπως ορίζεται από την American Art Therapy Association (2021), αποτελεί μία μορφή ψυχοθεραπείας η οποία αξιοποιεί τη δημιουργική διαδικασία και την καλλιτεχνική έκφραση με τη διαμεσολάβηση εξειδικευμένου θεραπευτή. Στόχος της είναι η βελτίωση γνωστικών και αισθητηριοκινητικών λειτουργιών, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτογνωσίας, η καλλιέργεια συναισθηματικής ανθεκτικότητας, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και η μείωση του άγχους και των συγκρούσεων. Η δημιουργία έργων τέχνης δεν αποτελεί απλώς δημιουργική δραστηριότητα, αλλά συνιστά διαδικασία θεραπευτικής φύσης που επιτρέπει στον ηλικιωμένο να εκφραστεί πέρα από τα όρια της λεκτικής επικοινωνίας.

Η διεθνής έρευνα έχει τεκμηριώσει τα πολλαπλά οφέλη της τέχνης και της δημιουργικής απασχόλησης στην ψυχική και σωματική υγεία. Μελέτες έχουν δείξει ότι η συμμετοχή σε καλλιτεχνικές δραστηριότητες μπορεί να μειώσει τα επίπεδα άγχους και στρες, να βελτιώσει τη συναισθηματική ισορροπία και να λειτουργήσει προληπτικά απέναντι σε παθήσεις, όπως οι καρδιαγγειακές νόσοι (Stuckey & Nobel, 2010· Fancourt & Finn, 2019).

Ειδικότερα, στους ηλικιωμένους η τέχνη συνεισφέρει στη γνωστική διέγερση, ανακουφίζοντας από συμπτώματα άνοιας, ενώ έχει αποδειχθεί ότι η καλλιτεχνική

ενασχόληση μπορεί να μειώσει την κατάθλιψη και το άγχος (Deshmukh et al., 2018· Abbing et al., 2019). Παράλληλα, η ενεργή συμμετοχή σε ομαδικά προγράμματα δημιουργεί κοινωνικούς δεσμούς, οι οποίοι μειώνουν το αίσθημα μοναξιάς και ενισχύουν το κοινωνικό κεφάλαιο, δηλαδή τα δίκτυα σχέσεων και αλληλεγγύης που είναι κρίσιμα για την ποιότητα ζωής (Fancourt & Finn, 2019).

Με βάση αυτά τα δεδομένα, το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι το εξής: σε ποιον βαθμό η art therapy μπορεί να λειτουργήσει ως αποτελεσματική παρέμβαση για την ανακούφιση του άγχους και του στρες σε ηλικιωμένους; Το ερώτημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η φροντίδα της ψυχικής υγείας σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία απαιτεί παρεμβάσεις που δεν περιορίζονται αποκλειστικά στη φαρμακευτική αγωγή, αλλά περιλαμβάνουν δημιουργικούς τρόπους υποστήριξης που ενισχύουν την αυτονομία και την ποιότητα ζωής.

Οι βασικοί στόχοι της παρούσας μελέτης είναι τρεις. Πρώτον, να αξιολογηθεί η επίδραση της art therapy στη μείωση του άγχους και του στρες σε ηλικιωμένους. Δεύτερον, να διερευνηθεί η συμβολή της στην ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων και στη μείωση του αισθήματος απομόνωσης. Τρίτον, να αποτιμηθεί ο ρόλος της στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων. Η μελέτη βασίζεται στην υπόθεση ότι η art therapy αποτελεί ουσιαστικό μέσο παρέμβασης, το οποίο όχι μόνο μειώνει τα επίπεδα άγχους αλλά ενισχύει ταυτόχρονα την αίσθηση προσωπικής ευημερίας και κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Η σημασία της μελέτης αυτής έγκειται στην ανάδειξη της τέχνης ως βασικού εργαλείου για την ψυχική υγεία και την προαγωγή της υγιούς γήρανσης. Η art therapy μπορεί να λειτουργήσει ως συμπληρωματική θεραπεία στο πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας, προσφέροντας εναλλακτικούς τρόπους ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης, της δημιουργικότητας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης των ηλικιωμένων. Παράλληλα, τα πορίσματα της μελέτης μπορούν να συνεισφέρουν στη διαμόρφωση πολιτικών και πρακτικών στον τομέα της δημόσιας υγείας, υποδεικνύοντας ότι η ένταξη καλλιτεχνικών δραστηριοτήτων στη φροντίδα ηλικιωμένων δεν αποτελεί περιθωριακή επιλογή αλλά αναγκαία και αποτελεσματική πρακτική για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

1.2 Ερευνητικό Ερώτημα

Το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα της μελέτης είναι αν η συμμετοχή ηλικιωμένων σε δομημένο, πολυτροπικό πρόγραμμα θεραπείας μέσω τέχνης (εικαστικά, μουσικοκινητικές δραστηριότητες και δημιουργική γραφή), υλοποιούμενο σε σταθερή συχνότητα και ομαδικό πλαίσιο, οδηγεί σε στατιστικά και κλινικά σημαντική μείωση των επιπέδων άγχους/στρες σε σύγκριση με την αρχική μέτρηση, όπως αποτυπώνεται με σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Δευτερευόντως, διερευνάται αν η παρέμβαση σχετίζεται με βελτίωση δεικτών θετικής επίδρασης και ποιότητας ζωής (διάθεση, ύπνος, κοινωνική συμμετοχή, αίσθηση ελέγχου/ευεξίας) και αν η «δόση» της παρέμβασης (προσκόλληση/συμμετοχικότητα) ή δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, λειτουργικότητα, συννοσηρότητες) τροποποιούν το μέγεθος της επίδρασης.

1.3 Στόχοι της Εργασίας

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αξιολογήσει, σε ηλικιωμένο πληθυσμό κοινοτικής ή ιδρυματικής φροντίδας, την αποτελεσματικότητα ενός δομημένου, πολυτροπικού προγράμματος θεραπείας μέσω τέχνης στη μείωση του άγχους/στρες σε σύγκριση με την αρχική μέτρηση, εξετάζοντας ταυτόχρονα δευτερεύουσες εκβάσεις όπως η συναισθηματική ευεξία (θετική/αρνητική επίδραση), η ποιότητα ύπνου, η υποκειμενική ποιότητα ζωής, ήπιες γνωστικές παράμετροι (προσοχή, μνήμη) και η καθημερινή λειτουργικότητα, καθώς και κοινωνικοψυχολογικοί δείκτες όπως η κοινωνική συμμετοχή, το αίσθημα «ανήκειν» και η αυτοεκτίμηση· να διερευνήσει τη σχέση «δόσης–απόκρισης» (προσκόλληση/συχνότητα μέγεθος επίδρασης) και πιθανούς τροποποιητές ή συγχυτικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, συννοσηρότητες, αρχική βαρύτητα άγχους)· να ελέγξει την αξιοπιστία και εγκυρότητα των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων στο παρόν δείγμα και την πιστότητα εφαρμογής του πρωτοκόλλου· να αποτιμήσει εφικτότητα, αποδοχή και ασφάλεια (συμμετοχικότητα, αποχωρήσεις, ανεπιθύμητες αντιδράσεις)· και, τέλος, να ενσωματώσει ποιοτική ανατροφοδότηση για τους μηχανισμούς αλλαγής και να διατυπώσει πρακτικές

κατευθύνσεις για την ένταξη της παρέμβασης σε ρουτίνες φροντίδας και για τον σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών και κλιμάκωσης.

1.4 Σημαντικότητα της Μελέτης με Βάση την Υπάρχουσα Γνώση

Η σημασία της παρούσας μελέτης έγκειται στην ανάγκη να διερευνηθεί συστηματικά ο ρόλος της τέχνης ως θεραπευτικής μεθόδου στην ψυχική και σωματική υγεία των ηλικιωμένων. Η βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι η καλλιτεχνική δραστηριότητα μπορεί να λειτουργήσει ως παρεμβατικό εργαλείο σε ασθενείς που πάσχουν από νευροεκφυλιστικές νόσους, όπως η άνοια και η νόσος Alzheimer, αλλά και σε ηλικιωμένους που βιώνουν καθημερινά υψηλά επίπεδα στρες (Ozdemir & Akdemir, 2009· Deshmukh et al., 2018). Ειδικότερα, η ενασχόληση με καλλιτεχνικές δραστηριότητες προσφέρει μια εναλλακτική θεραπευτική οδό που ξεπερνά τα όρια της παραδοσιακής φροντίδας, δημιουργώντας νέες προοπτικές για την υποστήριξη της ευημερίας τους.

Παράλληλα, η θεραπεία μέσω τέχνης μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην προώθηση της υγιούς γήρανσης. Σε κοινωνίες όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται ραγδαία, καθίσταται κρίσιμο να βρεθούν στρατηγικές που θα καθυστερούν ή θα αποτρέπουν την ανάγκη για εντατική ιατρική παρέμβαση. Η συμμετοχή σε δημιουργικά προγράμματα δίνει στους ηλικιωμένους τη δυνατότητα να παραμένουν ενεργοί, να διατηρούν την κοινωνική τους δικτύωση και να ενισχύουν την ψυχολογική τους ανθεκτικότητα απέναντι στην απομόνωση και την κατάθλιψη (AATA, 2021).

Επιπλέον, η τέχνη μπορεί να ενδυναμώσει την αυτοεκτίμηση των ηλικιωμένων, προσφέροντάς τους την ευκαιρία να καλλιεργήσουν νέες πτυχές της ταυτότητάς τους. Μέσα από τη δημιουργική διαδικασία οι ηλικιωμένοι αποκτούν ξανά την αίσθηση του ελέγχου και της προσωπικής αξίας, στοιχεία που συχνά μειώνονται λόγω της κοινωνικής περιθωριοποίησης που συνοδεύει τη γήρανση. Αυτό καθιστά τις παρεμβάσεις τέχνης πολύτιμες όχι μόνο σε επίπεδο ψυχικής υγείας αλλά και ως μέσα κοινωνικής ενσωμάτωσης και ενεργού συμμετοχής στην κοινότητα.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι φορείς υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας καλούνται να αναγνωρίσουν ότι οι τέχνες δεν αποτελούν μια

περιθωριακή ή ελιτίστικη πρακτική, αλλά μια αποδεδειγμένα αποτελεσματική μέθοδο που ενισχύει την ποιότητα ζωής. Τα προγράμματα art therapy μπορούν να αποτελέσουν ισχυρές πηγές κινήτρων, δράσης και εμπιστοσύνης για τους ηλικιωμένους, ενώ η αυστηρή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους διασφαλίζει ότι πρόκειται για επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις με μακροχρόνια οφέλη.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της μελέτης επικεντρώνονται στην αναγνώριση της art therapy ως δημιουργικής και ωφέλιμης μορφής έκφρασης για τον γηράσκοντα πληθυσμό. Η θεραπευτική τέχνη δεν περιορίζεται στην ανάπτυξη καλλιτεχνικών δεξιοτήτων, αλλά επεκτείνεται στην ενίσχυση της συναισθηματικής ευεξίας, στη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας και στην ενδυνάμωση των κοινωνικών σχέσεων. Μέσα από αυτά τα πολλαπλά οφέλη, αναδεικνύεται η δυνατότητα της τέχνης να επηρεάσει θετικά τη συνολική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Η καλλιτεχνική δημιουργία προσφέρει επίσης στους ηλικιωμένους ένα μέσο αυτοέκφρασης που ξεπερνά τις περιορισμένες δυνατότητες της λεκτικής επικοινωνίας. Ζωγραφική, σχέδιο, γλυπτική και άλλες μορφές καλλιτεχνικής δραστηριότητας δίνουν την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να εξωτερικεύσουν συναισθήματα και σκέψεις με έναν μοναδικό και προσωπικό τρόπο. Η διαδικασία αυτή μπορεί να λειτουργήσει ανακουφιστικά, συμβάλλοντας στην καλύτερη κατανόηση του εαυτού και στη βελτίωση της διάθεσης.

Τέλος, τα γνωστικά οφέλη της art therapy είναι εξίσου σημαντικά. Η ενεργοποίηση πολλών εγκεφαλικών περιοχών κατά τη δημιουργία έργων τέχνης διεγείρει τη μνήμη, βελτιώνει τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και ενισχύει την προσοχή. Παράλληλα, η συμμετοχή σε ομαδικές συνεδρίες τέχνης προάγει τις κοινωνικές διασυνδέσεις και καλλιεργεί το αίσθημα του ανήκειν. Η κοινή δημιουργική εμπειρία μειώνει την απομόνωση, προλαμβάνει την κοινωνική αποξένωση και ενδυναμώνει την ψυχική ανθεκτικότητα, δημιουργώντας έτσι τις βάσεις για μια πιο ποιοτική και ενεργή ζωή στην τρίτη ηλικία.

1.5 Σκοπός της Παρούσης Μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι να διερευνήσει σε βάθος τον ρόλο και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας μέσω τέχνης (art therapy) στην ανακούφιση του άγχους και του στρες σε ηλικιωμένους, αξιοποιώντας δύο βασικές πηγές δεδομένων, αφενός τη συστηματική ανασκόπηση και ανάλυση ερευνών και επιστημονικών άρθρων της τελευταίας δεκαετίας, αφετέρου τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων μέσω της χρήσης σταθμισμένου ερευνητικού ερωτηματολογίου. Η μελέτη επιδιώκει να ερμηνεύσει με σαφήνεια τον όρο *art therapy* και να αποτιμήσει την αξία της δημιουργικής απασχόλησης ως μη φαρμακευτικής παρέμβασης που μπορεί να συμβάλει στην ψυχολογική ευεξία, στην κοινωνική ένταξη και στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Κεφάλαιο 2ο – Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1 Εισαγωγή Κεφαλαίου

Προηγούμενες έρευνες στο πεδίο της τέχνης και της δημιουργικής απασχόλησης, στο πλαίσιο της art therapy, έχουν εστιάσει σε ζητήματα που αφορούν την κατάθλιψη, την κοινωνική συμμετοχή, τα επίπεδα άγχους, την ευημερία και την ποιότητα ζωής. Οι μελέτες αυτές βασίστηκαν στη χρήση διαφόρων υλικών, όπως πηλός, χρώματα και άλλα καλλιτεχνικά μέσα, προκειμένου να διερευνηθεί η συμβολή τους στην ψυχική και κοινωνική κατάσταση των συμμετεχόντων (Levasseur, Desrosiers & Whiteneck, 2010· Magniant, 2004· Stallings, 2010).

Ωστόσο, εξακολουθεί να παρατηρείται έλλειμμα ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την εφαρμογή της τέχνης και της δημιουργικής απασχόλησης, μέσω της art therapy, ως αποτελεσματικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση του άγχους σε ενήλικες. Ο όρος «ηλικιωμένος ενήλικας», όπως χρησιμοποιείται σήμερα, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, αναφέρεται σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (American Psychological Association, 2014).

Η θεσμική καθιέρωση της ηλικίας των 65 ετών ως ορίου για την κατηγοριοποίηση ενός ατόμου ως «ηλικιωμένου» προκύπτει από τον νόμο κοινωνικής ασφάλισης των Ηνωμένων Πολιτειών του 1965. Στην καθομιλουμένη, τα άτομα που ξεπερνούν αυτό το ηλικιακό όριο θεωρούνται ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Barba, Tesh, Cowen, Hancock & Moore, 2010). Παράλληλα, είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει μια ιδιαίτερα ποικιλόμορφη ομάδα ανθρώπων με διαφορετικά επίπεδα ικανοτήτων, σθένους και ενδιαφερόντων, γεγονός που καθιστά προβληματική την ομογενοποίηση τους (Barba et al., 2010).

Στο πλαίσιο αυτό, υπολογίζεται ότι μέχρι το 2050 οι φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες θα αντιστοιχούν στο ήμισυ του πληθυσμού τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στην Ευρώπη (Yan, Silverstein & Wilber, 2011). Από τη στιγμή που η γενιά των baby boomers άρχισε να περνά το όριο των 65 ετών το 2011, παρατηρείται ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες αυξάνεται με ταχύτερους ρυθμούς (Solway, Estes, Goldberg & Berry, 2010· Yan, Silverstein & Wilber, 2011). Ενδεικτικά, έχει καταγραφεί ότι ομάδες όπως οι Αφροαμερικανοί, οι Ισπανόφωνοι και οι Ασιάτες εμφανίζουν χαμηλότερο επιπολασμό αγχωδών διαταραχών σε σύγκριση με τον λευκό πληθυσμό, γεγονός που καταδεικνύει τη σημασία της φυλής και της εθνικότητας στη μελέτη του άγχους και των ανισοτήτων που το συνοδεύουν (Asnaani, Richey, Dimaite, Hinton & Hofmann, 2010).

Επιπλέον, μελέτες που αναλύουν δεδομένα της περιόδου 1972–2004 έδειξαν ότι τα συνολικά επίπεδα ευεξίας τείνουν να αυξάνονται με την ηλικία. Ωστόσο, η γενιά των baby boomers παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα ευτυχίας σε σχέση με άλλες ομάδες (Yang, 2008). Το εύρημα αυτό αποδίδεται σε ιστορικούς και κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες, όπως οι μεταπολεμικές συνθήκες, οι περίοδοι οικονομικής ύφεσης και οι πολιτισμικές αναταράξεις που χαρακτήρισαν την περίοδο ενηλικίωσής τους (Yang, 2008). Επιπλέον, ο αυξημένος ανταγωνισμός για εκπαίδευση και επαγγελματική αποκατάσταση φαίνεται ότι περιόρισε σε αρκετές περιπτώσεις τις ευκαιρίες και την προσωπική ευημερία των ατόμων αυτής της γενιάς (Yang, 2008).

2.2 Γήρανση και Υγεία

Η διασφάλιση μιας καλής ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους αποτελεί βασική προτεραιότητα σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς η αύξηση του προσδόκιμου ζωής

συνοδεύεται από νέες κοινωνικές και υγειονομικές προκλήσεις. Η ποιότητα της ζωής τους δεν εξαρτάται μόνο από ατομικούς παράγοντες, αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο διαμένουν. Το πλαίσιο ζωής μπορεί είτε να ενισχύσει την υγεία και την ευημερία είτε να επιβαρύνει την καθημερινότητα, ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν. Για παράδειγμα, η έκθεση σε αρνητικούς παράγοντες, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση, η βία ή οι κίνδυνοι για την υγεία, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και την ψυχική ισορροπία των ηλικιωμένων. Αντίθετα, η πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, η ύπαρξη κοινωνικής μέριμνας και οι ευκαιρίες για δημιουργική και κοινωνική συμμετοχή αποτελούν θετικούς παράγοντες που μπορούν να προάγουν την ομαλή γήρανση και να ενισχύσουν την καθημερινή ευημερία (Π.Ο.Υ., 2020).

Η έννοια της υγιούς γήρανσης υπερβαίνει τον περιορισμό της απουσίας ασθένειας και επικεντρώνεται στη δημιουργία συνθηκών που δίνουν στους ανθρώπους τη δυνατότητα να ζουν με ποιότητα σε όλα τα στάδια της ζωής τους. Στόχος είναι να παρέχονται ευκαιρίες που επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να παραμένουν δραστήριοι, αυτόνομοι και ικανοί να συνεχίσουν να κάνουν όσα θεωρούν σημαντικά για τους ίδιους. Η υγιής γήρανση προϋποθέτει την ενδυνάμωση του ατόμου, όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο αλλά και σε κοινωνικό και ψυχολογικό, ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχιση της κοινωνικής συμμετοχής και η διατήρηση της αίσθησης σκοπού στη ζωή (Π.Ο.Υ., 2020).

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι οι περισσότερες φορές η υγιής γήρανση συνυπάρχει με την παρουσία ενός ή περισσότερων προβλημάτων υγείας. Η ύπαρξη παθήσεων ή αναπηριών δεν αναιρεί την πιθανότητα μιας ποιοτικής και δημιουργικής ζωής, εφόσον υπάρχει συνεχής ιατρική παρακολούθηση και έλεγχος των συμπτωμάτων. Όταν τα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, η καθημερινότητα των ηλικιωμένων μπορεί να παραμείνει λειτουργική και ικανοποιητική. Έτσι, η υγιής γήρανση συνδέεται περισσότερο με την ικανότητα διαχείρισης των υφιστάμενων καταστάσεων και με την ενδυνάμωση του ατόμου να ζει με πληρότητα και ευτυχία, παρά με την πλήρη απουσία ασθενειών (Π.Ο.Υ., 2020).

2.3 Η Γήρανση σε Σχέση με την Πορεία της Ζωής

Η διαδικασία της γήρανσης αποτελεί μια δυναμική και πολυδιάστατη εξέλιξη της ανθρώπινης ζωής, η οποία δεν περιορίζεται αποκλειστικά σε βιολογικές μεταβολές αλλά ενσωματώνει και κοινωνικές διαστάσεις. Οι αλλαγές που επέρχονται με την πάροδο του χρόνου σχετίζονται με την προοδευτική πορεία της ζωής, η οποία εμπεριέχει τόσο την ανάπτυξη όσο και την παρακμή. Η έννοια αυτή έχει εξεταστεί ως μια τυποποιημένη διαδρομή, χρήσιμη για την ομαδοποίηση των ανθρώπων σε ηλικιακές κατηγορίες, και στηρίζεται στη θεώρηση της ζωής ως πορείας με δύο βασικές χρονικές περιόδους: την περίοδο ανάπτυξης και εκείνη της παρακμής (Dannefer, 2003· Pickard, 2019· Townsend, 2007).

Κατά τον 19ο αιώνα, η «νεότητα» αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστό στάδιο ζωής, το οποίο συνδέθηκε με το επίπεδο εκπαίδευσης και θεωρήθηκε συμβολικά ως το μέλλον του έθνους (Pickard, 2019). Στις αρχές του 20ού αιώνα, το γήρας εντάχθηκε στη θεσμική τυποποίηση της ζωής, κυρίως μέσω της συνταξιοδότησης και της εισαγωγής συνταξιοδοτικών παροχών με βάση την ηλικία. Η συνταξιοδότηση κατέστη ορόσημο που διαφοροποίησε το στάδιο της ζωής μετά την εργασία, προσδίδοντας στους ηλικιωμένους μια νέα ταυτότητα ως ξεχωριστή κοινωνική ομάδα (Kohli, 1986· Foster, 2015). Ωστόσο, αυτή η διαφοροποίηση οδήγησε συχνά σε κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς οι ηλικιωμένοι θεωρήθηκαν μη παραγωγικά μέλη της κοινωνίας (Boudiny, 2013· Walker, 2009). Με τον καιρό, η έννοια της διαδρομής ζωής απέκτησε πιο ευέλικτη ερμηνεία, απομακρυνόμενη από τα αυστηρά στάδια.

Η σταδιακή μεταβολή των κοινωνικών δομών οδήγησε στην αποδυνάμωση των παραδοσιακών ορίων ανάμεσα στην εργασία, τη συνταξιοδότηση και την οικογενειακή ζωή. Οι μεταβάσεις αυτές γίνονται ολοένα και λιγότερο διακριτές, με αποτέλεσμα να απαιτείται επαναπροσδιορισμός τους στο πλαίσιο μιας ευμετάβλητης κοινωνικής και οικονομικής πραγματικότητας. Το γεγονός ότι σε ορισμένες χώρες έχουν καταργηθεί τα αυστηρά όρια ηλικίας για συνταξιοδότηση υπογραμμίζει αυτή τη ρευστότητα (Lain, 2016). Παράλληλα, οι αυξημένες απαιτήσεις της κοινωνίας ως προς την παραγωγικότητα των ηλικιωμένων δημιούργησαν ένα νέο πρότυπο, όπου κάθε άτομο θεωρείται υπεύθυνο όχι μόνο για την επαγγελματική του επιτυχία αλλά και για την αντιμετώπιση δυσκολιών όπως η ανεργία, η κακή υγεία και η συνταξιοδότηση (Kohli, 1986).

Ωστόσο, οι ανισότητες στην πορεία ζωής παραμένουν σημαντικές. Οι διαφορετικές εμπειρίες και οι συνθήκες διαβίωσης οδηγούν σε άνιση κατανομή της ευημερίας και της υγείας στους ηλικιωμένους (Pickard, 2019· Pfaller & Schweda, 2009). Η ατομική ποικιλομορφία αυξάνεται με την ηλικία, δημιουργώντας μεγαλύτερη ανομοιογένεια ως προς την ικανότητα προσαρμογής και την ποιότητα ζωής (Sánchez, 2020). Η γήρανση, σε βιολογικό επίπεδο, συνδέεται με τη συσσώρευση φθορών στον ανθρώπινο οργανισμό (Walker, 2018), αν και έχει διατυπωθεί ότι οι εξωγενείς περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τη διαδικασία αυτή σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι οι γενετικές προδιαθέσεις (Kirkwood, 2005).

Οι εξωγενείς παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη γήρανση περιλαμβάνουν τόσο ατομικές συνήθειες όσο και δομικές κοινωνικές συνθήκες. Οι επιβλαβείς τρόποι ζωής, όπως η κακή διατροφή, το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, έχουν καταδειχθεί ως παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία. Ταυτόχρονα, η κοινωνική απομόνωση, η οικονομική στέρηση και οι χαμηλές ευκαιρίες συμμετοχής σε κοινωνική και οικονομική δραστηριότητα αποτελούν δομικούς παράγοντες που ενισχύουν τους κινδύνους για την υγεία και επιταχύνουν την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, σε αντίθεση με περιβάλλοντα που ευνοούν την καλή υγεία και την ενεργό γήρανση (Walker, 2018· Martin, 2015).

Τέλος, οι οικονομικές ανισότητες επιβαρύνουν περαιτέρω την πορεία της γήρανσης. Η χαμηλή μισθοδοσία και οι περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες αυξάνουν τα επίπεδα άγχους, προκαλούν άνοδο της αρτηριακής πίεσης και οδηγούν σε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Η μειωμένη πρόσβαση σε προληπτικές υπηρεσίες υγείας συντελεί σε αύξηση των χρόνιων παθήσεων, οι οποίες σχετίζονται με την απώλεια λειτουργικότητας και την πρόωρη βιολογική γήρανση (Walker, 2018). Συνεπώς, η διαδρομή της ζωής, με τις κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές αλληλεπιδράσεις της, αποτελεί κεντρικό πλαίσιο για την κατανόηση της διαδικασίας της γήρανσης και των διαφορών που τη συνοδεύουν (Cho, Martin & Poon, 2015).

2.4. Η Ενεργός Γήρανση

Η έννοια της ενεργού γήρανσης εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1990 και βασίστηκε κυρίως στη σύνδεση της υγείας με τις δραστηριότητες των ηλικιωμένων (Π.Ο.Υ., 1994). Η προσέγγιση αυτή σηματοδότησε την αποδόμηση της παραδοσιακής αντίληψης για τη διαδρομή της ζωής, η οποία συνέδεε το γήρας με την αναπόφευκτη παρακμή, την αδράνεια και τελικά τη στασιμότητα. Στο νέο αυτό πλαίσιο, η γήρανση αντιμετωπίζεται ως μια περίοδος με δυνατότητες για δραστηριότητα, συμμετοχή και συμβολή στο κοινωνικό σύνολο, υπογραμμίζοντας τη σημασία της συνέχισης της ενεργού ζωής και πέρα από τα παραγωγικά έτη (Boudiny & Mortelmans, 2011).

Ο πιο γνωστός και ευρέως αποδεκτός ορισμός της ενεργού γήρανσης δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, η ενεργός γήρανση συνίσταται στη διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για καλή υγεία, συμμετοχή και ασφάλεια, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής καθώς οι άνθρωποι γερνούν. Ο ορισμός αυτός διευκρινίζει ότι ενεργός δεν σημαίνει απλώς σωματικά δραστήριος ή επαγγελματικά απασχολούμενος, αλλά αναφέρεται στη συνεχή συμμετοχή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές, πνευματικές και πολιτικές δραστηριότητες (Π.Ο.Υ., 2002).

Η θεώρηση αυτή αμφισβητεί τα στερεότυπα που συνδέουν το γήρας αποκλειστικά με εξάρτηση και παθητικότητα, προβάλλοντας αντ' αυτού την έννοια της αυτονομίας και της κοινωνικής συμμετοχής. Αναδεικνύει τη σημασία του να βλέπουμε τους ηλικιωμένους ως ενεργά μέλη της κοινωνίας, ικανά να συνεισφέρουν ουσιαστικά στην κοινωνική ζωή και όχι ως παθητικούς αποδέκτες φροντίδας. Η ενεργός γήρανση, επομένως, ανατρέπει τις αρνητικές εικόνες της παρακμής και της απώλειας, τονίζοντας τις δυνατότητες για δραστήριο τρόπο ζωής, δημιουργικότητα και εμπλοκή σε ποικίλες κοινωνικές διαδικασίες (Del Barrio et al., 2018· Formosa, 2017).

Μέσα από αυτήν τη θεώρηση, γίνεται σαφές ότι υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές ανάμεσα σε μια ζωή γεμάτη δραστηριότητα και ενεργό συμμετοχή και σε μια παθητική, αδρανή καθημερινότητα. Η έννοια της ενεργού γήρανσης τονίζει την αξία του να μπορεί ο κάθε ηλικιωμένος να ορίζει τη δική του πορεία ζωής με βάση τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του, αντί να συμμορφώνεται σε πρότυπα που ορίζονται από τρίτους. Παράλληλα, δίνεται έμφαση στην προστασία, την αξιοπρέπεια και τη φροντίδα των ηλικιωμένων, σε μια οπτική που ξεπερνά τα στενά οικονομικά κριτήρια

και περιλαμβάνει κοινωνική συμμετοχή, ψυχική ευεξία και σωματική υγεία (Formosa, 2017· Stenner, McFarquhar & Bowling, 2010· Lopez & Sanchez, 2013).

Εξίσου σημαντική είναι και η αναγνώριση των γεγονότων που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής και διαμορφώνουν τις προϋποθέσεις για μια ευτυχισμένη και ενεργή τρίτη ηλικία. Η πρόληψη, η κοινωνική στήριξη και η παροχή ευκαιριών, όπως οι συνταξιοδοτικές παροχές και η υγειονομική φροντίδα, συμβάλλουν καθοριστικά στην αποφυγή οικονομικών δυσκολιών και στην προώθηση της υγιούς γήρανσης. Επιπλέον, η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των παθήσεων είναι καίριας σημασίας για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής στη μετέπειτα πορεία (Hamblin, 2013· Ginn & Macintyre, 2013· Walker, 2018).

Τέλος, η ενεργός γήρανση υπογραμμίζει την ανάγκη ένταξης των ηλικιωμένων στην κοινωνία μέσω ευκαιριών συμμετοχής, συμπεριλαμβανομένης και της έμμισθης εργασίας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτούνται πολιτικές που θα καταπολεμούν τις ηλικιακές διακρίσεις, θα ενισχύουν την ποικιλομορφία και θα προάγουν ευέλικτες μορφές εργασίας, προσαρμοσμένες στις ανάγκες των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων. Μια τέτοια προσέγγιση συμβάλλει στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων των ηλικιωμένων και ενισχύει τη συνολική κοινωνική συνοχή (Lain, 2016).

2.5. Η Εφαρμογή του Πλαισίου Art Therapy σε Ηλικιωμένους

Η πολιτιστική διάσταση της υγιούς γήρανσης συνδέεται με τη δημιουργική δέσμευση και την ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων στις τέχνες, πέρα από την απλή και παθητική παρακολούθηση ενός έργου τέχνης. Η ενεργή εμπλοκή επιτρέπει στους ηλικιωμένους να καλλιεργούν νέες δεξιότητες, να κοινωνικοποιούνται και να παραμένουν διανοητικά ενεργοί. Παρόλο που πολλοί ηλικιωμένοι μπορεί να είναι σωματικά ανενεργοί, ο εγκέφαλος διατηρεί την πλαστικότητά του και μπορεί να υποστηρίξει τη μάθηση και την εκτέλεση νέων δραστηριοτήτων, γεγονός που καθιστά την τέχνη ισχυρό εργαλείο ενδυνάμωσης και ψυχικής ευεξίας (Abrahms, 2011· Gorman, 2006· Chen, 2010· Safar & Press, 2011).

Η δημιουργική έκφραση, όταν διευκολύνεται από έναν θεραπευτή τέχνης, διαφοροποιείται ουσιαστικά από τη λεκτική θεραπεία, καθώς εμπλέκει το έργο τέχνης

ως μέσο επικοινωνίας και επεξεργασίας συναισθημάτων. Η ιδιαίτερη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή, τον πελάτη και τη δημιουργία επιτρέπει την κάλυψη ψυχολογικών και συναισθηματικών αναγκών, μέσα από ένα περιβάλλον που ενισχύει την αίσθηση ασφάλειας και αποδοχής (Zeller, 2005· Geller, 2013· Kapitan, 2010). Η χρήση της τέχνης προσφέρει μια εναλλακτική διαδρομή ενδυνάμωσης, μέσα από συμβολισμούς, φαντασία και προσωπικές αφηγήσεις, που συχνά υπερβαίνουν τα όρια της λεκτικής επικοινωνίας.

Το έργο τέχνης που παράγει ο πελάτης λειτουργεί ως απτή απόδειξη της συναισθηματικής του πορείας, καθώς και ως μέσο ενεργοποίησης της φαντασίας και της συναισθηματικής εξάχνωσης. Ο θεραπευτής τέχνης μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίηση των συναισθημάτων και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος όπου ο ηλικιωμένος νιώθει σεβαστός και κατανοητός. Η καλλιτεχνική δημιουργία δεν είναι μόνο προϊόν, αλλά και διαδικασία που ενισχύει την αυτογνωσία και προσφέρει χώρο για θετική αναδιαμόρφωση της εμπειρίας ζωής (Geller, 2013· Kapitan, 2010).

Σε αντίθεση με άλλους επαγγελματίες φροντίδας, όπως οι θεραπευτές δραστηριότητας, οι οποίοι επικεντρώνονται κυρίως στη λειτουργικότητα και την απόδοση, η art therapy αντιμετωπίζει τον ηλικιωμένο με μια ολιστική οπτική, βλέποντάς τον πέρα από την ασθένεια. Η δημιουργική έκφραση σε συνδυασμό με την ομαδική αλληλεπίδραση ενισχύει την κοινωνικότητα, ενώ η έρευνα καταδεικνύει διαρκώς την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων στην ψυχολογική και συναισθηματική ευημερία των ηλικιωμένων (Kapitan, 2010· Orellano, Colon & Arbesman, 2012).

Η δημιουργικότητα δεν γνωρίζει ηλικιακά όρια και μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο ενίσχυσης της ποιότητας ζωής σε προχωρημένες ηλικίες. Απαιτεί δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, ανοιχτό πνεύμα και προσαρμοστικότητα, χαρακτηριστικά που μπορούν να προσφέρουν πλεονεκτήματα στους ηλικιωμένους ακόμα και όταν υπάρχουν περιορισμοί υγείας. Μέσα από τη δημιουργική έκφραση, οι ηλικιωμένοι καταφέρνουν να προσαρμοστούν καλύτερα στις κοινωνικές, ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές που συνοδεύουν τη γήρανση (Hickson & Housley, 1997· Fuss, 2010· Flood & Phillips, 2007).

Ωστόσο, αρκετοί ηλικιωμένοι διστάζουν να συμμετάσχουν σε δημιουργικές δραστηριότητες, θεωρώντας ότι στερούνται ταλέντου. Παρά τη διστακτικότητα αυτή, η συμμετοχή στη δημιουργική διαδικασία αποδεικνύεται ιδιαίτερα ωφέλιμη, καθώς προάγει την επίλυση προβλημάτων, ενισχύει τις νευρωνικές συνδέσεις και προσφέρει χαλάρωση. Η εκμάθηση και χρήση καλλιτεχνικών υλικών μπορεί να απαιτήσει χρόνο και εξάσκηση, ωστόσο συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της αίσθησης επιτυχίας (Flood & Phillips, 2007· Barba et al., 2010· Geller, 2013).

Επιπρόσθετα, η δημιουργική έκφραση αποδεικνύεται πολύτιμη ακόμη και για ηλικιωμένους με σωματικούς περιορισμούς ή αναπηρίες. Η τέχνη προσφέρει τη δυνατότητα αφήγησης προσωπικών ιστοριών, λειτουργώντας ως διέξοδος αλλά και ως μέσο αναγνώρισης της αξίας και της ταυτότητας του ατόμου. Μέσα από έργα όπως βιβλία μνήμης ή άλλες δημιουργικές μορφές, οι ηλικιωμένοι έχουν την ευκαιρία να επανεξετάσουν συγκρούσεις του παρελθόντος, να διαμορφώσουν μια συνεκτική προσωπική αφήγηση και να αφήσουν μια απτή κληρονομιά στις οικογένειές τους (Chen, 2010· Abrahms, 2011· Geller, 2013· Caldwell, 2005).

Τέλος, δραστηριότητες αυτοεξερεύνησης μέσω της δημιουργικής έκφρασης μπορούν να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση, να ενδυναμώσουν την προσωπική ταυτότητα και να λειτουργήσουν ως μέσο επεξεργασίας δύσκολων εμπειριών. Η δημιουργία τέχνης ενισχύει τη συναισθηματική ευεξία και αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις υγειονομικών κρίσεων. Μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και λίγες συνεδρίες art therapy μπορούν να βελτιώσουν τα επίπεδα ευεξίας, ενώ η προβολή και αναγνώριση των έργων τέχνης τιμά τους συμμετέχοντες και αναδεικνύει τη σημασία της δημιουργικής διαδικασίας. Επιπλέον, οι εκθέσεις έργων τέχνης αποτελούν μέσο υπεράσπισης του πεδίου, αλλά και διάχυσης της γνώσης γύρω από τα οφέλη της art therapy (Ehresman, 2014· Ramage, 2006· Stallings, 2010· Stuckey & Nobel, 2010· Lanza, 1997· Wickland & Basting, 2009· Weisberg & Wilder, 2001).

2.6 Η Χρήση της Τέχνης και της Δημιουργικής Απασχόλησης Μέσω του Πλαισίου Art Therapy σε Ηλικιωμένους και με Σκοπό την Ανακούφιση του Άγχους

Το άγχος στον ηλικιωμένο πληθυσμό συνδέεται στενά με την ύπαρξη άλλων ιατρικών προβλημάτων και συχνά παρουσιάζεται σε συνδυασμό με την κατάθλιψη. Η αλληλεπίδραση αυτή μπορεί να επιβαρύνει σημαντικά την ψυχική και σωματική υγεία

των ηλικιωμένων, καθιστώντας την αναγνώριση και τη θεραπεία του άγχους ιδιαίτερα σημαντική (Bassil, 2011· Clifford et al., 2015). Σε πολλές περιπτώσεις, τα πρωτογενή προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι επιδεινώνονται λόγω της συνύπαρξης άγχους, το οποίο είναι συχνότερο σε άτομα με ήδη υφιστάμενες ιατρικές παθήσεις (Pachana & Byrne, 2012).

Ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό στοιχείο είναι ότι περίπου τρεις στους τέσσερις ηλικιωμένους ζουν με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις, γεγονός που καθιστά την επίδραση του άγχους ακόμη πιο περίπλοκη και επικίνδυνη για την υγεία τους (Royer, 2015). Παρά τη σοβαρότητά του, το άγχος έχει διερευνηθεί λιγότερο συγκριτικά με άλλες παθήσεις όπως η κατάθλιψη ή η άνοια. Ωστόσο, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (GAD) αναγνωρίζεται ως η πιο συχνή μορφή αγχώδους διαταραχής στους ηλικιωμένους, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής και την καθημερινή τους λειτουργικότητα (Bassil, 2011· Clifford et al., 2015· Pachana et al., 2007· Therrien & Hunsley, 2012).

Σημαντικό είναι επίσης το εύρημα ότι όσοι αναπτύσσουν άγχος σε νεαρή ηλικία είναι πιο ευάλωτοι σε υποτροπή όταν μεγαλώσουν. Το άγχος που εκδηλώνεται νωρίς στη ζωή μπορεί να αφήσει αποτύπωμα και να αυξήσει την πιθανότητα χρόνιας παρουσίας του στην τρίτη ηλικία, καθιστώντας αυτούς τους ανθρώπους πιο ευάλωτους σε επιπλοκές (Goncalves & Byrne, 2012). Αυτό ενισχύει την ανάγκη για πρώιμη παρέμβαση και παρακολούθηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Στην κοινότητα, το ποσοστό των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν αγχώδη συμπτώματα χωρίς να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για αγχώδη διαταραχή φτάνει έως και το 56% (Therrien & Hunsley, 2012). Αντίστοιχα, σε άτομα που νοσηλεύονται ή ζουν σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας, τα ποσοστά κυμαίνονται από 43% έως και 80%, γεγονός που καταδεικνύει την έκταση του φαινομένου και την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις (Powers, 2008· Therrien & Hunsley, 2012· Vacha-Hasse et al., 2009).

Η διάγνωση του άγχους στους ηλικιωμένους είναι συχνά περίπλοκη, καθώς τα συμπτώματα μπορεί να συγχέονται με φυσιολογικές εκδηλώσεις της γήρανσης, άλλες ψυχικές διαταραχές ή υποκείμενες σωματικές παθήσεις. Το γεγονός ότι έως και το 86% των ατόμων άνω των 65 ετών έχουν μία σημαντική πάθηση υγείας καθιστά δύσκολο να αποδοθούν τα σωματικά συμπτώματα αποκλειστικά στο άγχος (Therrien & Hunsley, 2012). Επιπλέον, οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής μπορούν να μιμηθούν ή

να εντείνουν τα συμπτώματα άγχους. Για τον λόγο αυτό, είναι κρίσιμο να αξιολογούνται το ιατρικό ιστορικό, τα υπάρχοντα φάρμακα και οι προηγούμενες θεραπείες πριν από τη διάγνωση μίας αγχώδους διαταραχής, ώστε να αποφεύγονται λανθασμένα συμπεράσματα (Clifford et al., 2015· Therrien & Hunsley, 2012). Αυτή η προσέγγιση διασφαλίζει μια πιο ακριβή διάγνωση και αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Το άγχος παραμένει συχνά αδιάγνωστο ή αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς στους ηλικιωμένους λόγω της ηλικιακής προκατάληψης και των στερεοτύπων γύρω από τη γήρανση. Η κοινωνική αντίληψη που θεωρεί τα συμπτώματα άγχους ως «φυσιολογικό» μέρος της γήρανσης μπορεί να οδηγήσει σε αμέλεια, ενώ οι ηλικιωμένοι από μειονοτικές ομάδες ενδέχεται να βιώνουν επιπρόσθετες διακρίσεις και στερεότυπα που καθιστούν ακόμη δυσκολότερη τη σωστή διάγνωση (Yan et al., 2011). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αγχώδη συμπτώματα εκδηλώνονται διαφορετικά στους νέους και στους ηλικιωμένους, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους επαγγελματίες υγείας και να οδηγήσει σε εσφαλμένες διαγνώσεις. Οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να αναφέρουν κυρίως σωματικά συμπτώματα, τα οποία συχνά παραβλέπονται ή αποδίδονται σε οργανικές παθήσεις, αντί να αναγνωριστούν ως εκδηλώσεις άγχους (Clifford et al., 2015· Therrien & Hunsley, 2012).

Παρόλο που οι ηλικιωμένοι τείνουν να εμπιστεύονται τον κύριο πάροχο υγείας τους για την αντιμετώπιση τόσο σωματικών όσο και ψυχικών ζητημάτων, οι δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης σπάνια διαθέτουν υπηρεσίες συμβουλευτικής ή θεραπευτικής υποστήριξης. Αυτό δημιουργεί ένα σημαντικό κενό, καθώς εκτιμάται ότι μέχρι το 2030 περίπου 14 εκατομμύρια ηλικιωμένοι θα χρειάζονται ψυχιατρική φροντίδα (Mohlman, 2012· Stanley et al., 2014). Μια μελέτη του 2011 που εστίασε σε ηλικιωμένους 65–97 ετών έδειξε ότι το 76% των συμμετεχόντων προτιμούσε συμβουλευτικές υπηρεσίες αντί για φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση του άγχους. Αυτό το εύρημα αναδεικνύει την προτίμηση των ηλικιωμένων σε μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, που σέβονται την αυτονομία και μειώνουν τον κίνδυνο φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων (Mohlman, 2012).

Η έγκαιρη ανίχνευση και η πρόληψη των αγχωδών συμπτωμάτων έχει φανεί ότι μπορεί να προσφέρει ουσιαστικά οφέλη στους ηλικιωμένους. Η αξιολόγηση μέσω εργαλείων όπως η σύντομη κλίμακα GAI-SF σε μεγάλους πληθυσμούς ηλικιωμένων αποκάλυψε ότι η πραγματική συχνότητα των συμπτωμάτων γενικού άγχους μπορεί να

είναι πολύ υψηλότερη από τις αρχικές εκτιμήσεις (Rozzini & Trabucchi, 2013). Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων δίνει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν παρεμβάσεις πριν αυτά εξελιχθούν σε σοβαρότερες διαταραχές.

Η έρευνα υποδεικνύει ότι οι ηλικιωμένοι συχνά προτιμούν μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις, λόγω του υψηλού κινδύνου τοξικότητας ή αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα που λαμβάνουν για χρόνιες παθήσεις. Ομάδες διαχείρισης άγχους και παρεμβάσεις ψυχολογικής στήριξης μπορούν να προσφέρουν εναλλακτικές λύσεις, περιορίζοντας την εξάρτηση από φαρμακευτικές αγωγές και μειώνοντας τους κινδύνους για την υγεία τους (Rozzini & Trabucchi, 2013· Riley, Burgener & Buckwalter, 2014). Συνολικά, η πολυπλοκότητα του άγχους στους ηλικιωμένους αναδεικνύει την ανάγκη για συνδυαστικές και εξατομικευμένες προσεγγίσεις. Η καλύτερη κατανόηση των συμπτωμάτων, η αποδόμηση των κοινωνικών στερεοτύπων και η εφαρμογή μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ενηλίκων.

2.7. Η Εφαρμογή του Όρου Art Therapy στην Ομαδική Αλληλεπίδραση των Ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι συχνά αντιμετωπίζουν περιορισμένες επιλογές συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες, είτε λόγω γνωστικής είτε λόγω σωματικής έκπτωσης, αλλά και εξαιτίας εξωτερικών παραγόντων, όπως η περιορισμένη πρόσβαση σε μεταφορικά μέσα και οι διαθέσιμες επιλογές διαμονής (Barret, 1993· Levasseur, Desrosiers & Whiteneck, 2010). Οι δυσκολίες αυτές δημιουργούν εμπόδια στην κοινωνική συμμετοχή, η οποία είναι καθοριστική για την ψυχική και σωματική ευεξία των ηλικιωμένων. Η μελέτη των Levasseur και συνεργατών (2010) ανέδειξε ότι η ενεργή συμμετοχή σε ομάδες δραστηριοτήτων μπορεί να προσφέρει όχι μόνο συντροφικότητα αλλά και δέσμευση, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής. Η κοινωνική διάσταση της συμμετοχής λειτουργεί ως αντίβαρο στη μοναξιά και αποδεικνύεται κεντρικός παράγοντας για την ευτυχία και τη συνολική ευημερία των ηλικιωμένων.

Η συγκεκριμένη μελέτη είχε δείγμα 155 ηλικιωμένων ενηλίκων, με μέση ηλικία τα 74 έτη και με φυσιολογική γνωστική λειτουργία. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν

ημιδομημένες συνεντεύξεις διάρκειας περίπου 90 λεπτών, πραγματοποιημένες στο σπίτι των συμμετεχόντων από ειδικά εκπαιδευμένο θεραπευτή. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων συλλέχθηκαν δεδομένα που αφορούσαν το επίπεδο ικανοποίησης από τη συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες, τα επίπεδα άγχους, τη γενικότερη δραστηριότητα και την παρουσία αναπηριών. Εργαλεία μέτρησης όπως το Γενικό Πρόγραμμα Ευημερίας, η Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων, ο Δείκτης Charlson, μια οπτική αναλογική κλίμακα και η αυτοεκτίμηση μεταφοράς χρησιμοποιήθηκαν για την αποτύπωση της εμπειρίας των ηλικιωμένων (Levasseur et al., 2010).

Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν ότι η ικανοποίηση από την κοινωνική συμμετοχή ήταν σημαντικά υψηλότερη στους νεότερους ηλικιωμένους, οι οποίοι εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα δραστηριότητας και ευεξίας, δεν είχαν πρόσφατα βιώσει στρεσογόνα γεγονότα και ζούσαν σε περιβάλλοντα με λιγότερα εμπόδια. Η μέση βαθμολογία στην Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή (SWLS) έφτασε τους 25 βαθμούς (SD 6,5) από μέγιστο 35, ενώ η ικανοποίηση από τη συμμετοχή στις δραστηριότητες είχε μέση τιμή 4 σε κλίμακα 1-5. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνουν ότι η κοινωνική αλληλεπίδραση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την ποιότητα ζωής και ότι η ενεργός συμμετοχή σε ομάδες δραστηριοτήτων συνδέεται με θετικά συναισθήματα και αίσθηση πληρότητας (Levasseur et al., 2010).

Με την ανάπτυξη της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, οι ομάδες δραστηριοτήτων τείνουν να γίνονται μικρότερες και πιο εξειδικευμένες, με στόχο να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες των ηλικιωμένων (Richman, 2012· Oberst, 2015). Η ομαδική θεραπεία, ανεξάρτητα από το πλαίσιο εφαρμογής, μπορεί να προσφέρει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, όπου τα μέλη αλληλοβοηθούνται και μοιράζονται εμπειρίες, ενισχύοντας έτσι τη συνοχή και την αίσθηση κοινότητας (Vacha-Haase et al., 2009). Στο πλαίσιο αυτό, οι ομάδες art therapy αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς εφαρμόζονται σε συνδυασμό με την παραδοσιακή ιατρική θεραπεία σε διάφορα περιβάλλοντα, αποδεικνύοντας ότι η τέχνη μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά στην υγειονομική φροντίδα (Beauchet et al., 2012).

Μια ομάδα εφαρμογής art therapy μπορεί να προσφέρει πολλαπλά οφέλη στους ηλικιωμένους, ενισχύοντας τη μνήμη ενός μακροχρόνιου ιστορικού ζωής και προάγοντας την ανασκόπηση της πορείας τους. Μέσω αυτής της διαδικασίας, οι ηλικιωμένοι έχουν την ευκαιρία να επανεκτιμήσουν τις δυνάμεις τους, τόσο σε

σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο, ενώ παράλληλα βρίσκουν χώρο για τη διαχείριση συναισθημάτων που σχετίζονται με την απώλεια και την παρακμή (Magniant, 2004· Zeller, 2005). Η δημιουργία ενός απτού έργου τέχνης μπορεί να λειτουργήσει ως συμβολικός αγωγός συναισθημάτων, δίνοντας μορφή και υπόσταση σε εσωτερικές εμπειρίες που διαφορετικά θα ήταν δύσκολο να εκφραστούν (Stewart, 2004).

Επιπλέον, οι Alders και Levine-Madori (2010) τόνισαν ότι οι ομάδες art therapy ενισχύουν την αυτοαντίληψη και βελτιώνουν τη γνωστική λειτουργία των συμμετεχόντων. Η συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες προάγει την αίσθηση ένταξης, δημιουργεί ευκαιρίες για κοινωνική σύνδεση και ενισχύει την ψυχική ευεξία. Παράλληλα, παρέχει στους ηλικιωμένους μια ουσιαστική δέσμευση που υπερβαίνει την παθητική παρακολούθηση και τους καθιστά ενεργά μέλη μιας δημιουργικής κοινότητας (Karges-Bone, 2012· Levasseur et al., 2010).

Η κοινωνική διασύνδεση είναι βασικό συστατικό της επιτυχούς γήρανσης και η επίδραση της φιλίας στην ψυχική και σωματική υγεία είναι βαθιά. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη ισχυρών κοινωνικών δεσμών μειώνει τον κίνδυνο κατάθλιψης, προάγει την αίσθηση ασφάλειας και βελτιώνει τη συνολική ποιότητα ζωής (Buettner, 2008· Karges-Bone, 2012· Martini et al., 2002). Οι ομάδες art therapy προάγουν την ευημερία των ηλικιωμένων μέσω της κοινωνικοποίησης, της ψυχικής και σωματικής διέγερσης, της αίσθησης ελέγχου που προσφέρει η επιλογή υλικών τέχνης και της ικανοποίησης που προσφέρει η δημιουργία (Cohen et al., 1992).

Τέλος, η επιτυχία μιας ομάδας art therapy εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον θεραπευτή που τη διευθύνει. Ο Lanza (1997) υποστήριξε ότι ο θεραπευτής τέχνης πρέπει να διαθέτει κατάλληλα διαπιστευτήρια, λόγω της θεραπευτικής φύσης των ομάδων. Η ευελιξία, η υπομονή και η οργανωτικότητα αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά για την αποτελεσματική διευκόλυνση της διαδικασίας. Οι Weisberg και Wilder (2001) πρόσθεσαν ότι ο θεραπευτής τέχνης θα πρέπει να είναι σε θέση να εμπλέξει ακόμα και συμμετέχοντες που αισθάνονται άβολα με την τέχνη και να συγκρατεί θεραπευτικά τα συναισθήματά τους, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον που ενθαρρύνει την έκφραση και τη δημιουργικότητα. Έτσι, οι ομάδες art therapy λειτουργούν όχι μόνο ως μέσο δημιουργικής απασχόλησης, αλλά και ως πλαίσιο ενδυνάμωσης και προσωπικής ανάπτυξης για τους ηλικιωμένους.

2.8. Παρεμβάσεις της Τέχνης – Art Therapy στην Τρίτη Ηλικία: Αποτελεσματικότητα, Περιορισμοί και Παράγοντες Υλοποίησης

Η Μέθοδος Προγραμματισμού Θεραπευτικών Θεματικών Τεχνών για Ηλικιωμένους (Therapeutic Thematic Arts Programming – TTAP) συνιστά μια συστηματικά δομημένη διαδικασία εννέα βημάτων, η οποία αξιοποιεί μια πολυτροπική προσέγγιση για να ενεργοποιήσει και να διεγείρει πολλαπλά νευρωνικά κυκλώματα, προάγοντας την προσοχή, τη μνήμη εργασίας και τις εκτελεστικές λειτουργίες σε άτομα τρίτης ηλικίας. Στον πυρήνα της, η TTAP οργανώνει διαδοχικά στάδια δραστηριοτήτων που συνδυάζουν αισθητηριακά, κινητικά και γνωστικά ερεθίσματα, έτσι ώστε η παρέμβαση να μην εξαντλείται σε μια «μονόκαναλη» διέγερση αλλά να λειτουργεί ολιστικά πάνω στην εμπειρία του ηλικιωμένου (Madori, 2013). Η προσέγγιση αυτή εναρμονίζεται με τις σύγχρονες αντιλήψεις της υγιούς και ενεργού γήρανσης, όπου η ψυχοκοινωνική ενεργοποίηση θεωρείται βασικός μοχλός διατήρησης της λειτουργικότητας (Π.Ο.Υ., 2002· Π.Ο.Υ., 2020· Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2019).

Η TTAP εδράζεται στην αξιοποίηση των «δυνατών σημείων» του ηλικιωμένου ενήλικα, καλλιεργώντας τις δημιουργικές τέχνες ως μέσα γνωστικής ενδυνάμωσης και συναισθηματικής ρύθμισης. Μουσική, κίνηση, εικαστική δημιουργία, ποίηση και καθοδηγούμενη εικόνα συνδυάζονται σε δομημένες συνεδρίες με σκοπό τη διέγερση διαφορετικών αισθητηριακών οδών, τη διευκόλυνση της ανάκλησης αυτοβιογραφικών μνημών και την προαγωγή νοηματοδότησης της καθημερινής εμπειρίας (Madori, 2013). Η διεπιστημονική αυτή συνθετική μεθοδολογία υποστηρίζεται από δεδομένα νευροπλαστικότητας στην τρίτη ηλικία, τα οποία τεκμηριώνουν ότι η μάθηση και η απόκτηση δεξιοτήτων παραμένουν εφικτές σε προχωρημένες ηλικίες, ιδίως όταν η διέγερση είναι πλούσια και πολυτροπική (Chen, 2010· Safar & Press, 2011· Alzheimer Ελλάς, 2020).

Ενδεικτική της αποτελεσματικότητας της TTAP είναι μελέτη παρέμβασης που την χρησιμοποίησε ως δομημένο πλαίσιο για την αξιολόγηση γνωστικής απόδοσης σε ηλικιωμένους Ισπανόφωνους/Λατίνους. Το πρωτόκολλο περιέλαβε 24 συμμετέχοντες με μέση ηλικία 75 ετών και διήρκησε 12 εβδομάδες, με προ-μέτρηση την πρώτη εβδομάδα και μετα-μέτρηση την 12η (Alders & Levine-Madori, 2010). Το πρόγραμμα ενσωμάτωσε συνεδρίες δημιουργικών τεχνών διάρκειας 10 εβδομάδων, οι οποίες

χαρτογραφήθηκαν πάνω στα βήματα της TTAP για να εμπλέξουν στοχευμένα διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου, μειώνοντας τη μονοτονία και αυξάνοντας τη συμμόρφωση. Το πολιτισμικά ευαίσθητο αυτό σχεδιαστικό στοιχείο ενισχύει την αποδοχή από ομάδες με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Alders & Levine-Madori, 2010· Υπουργείο Υγείας, 2014).

Ως εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν το Clock Drawing Test (CDT) και το Cognitive Failures Questionnaire (CFQ), που αποτυπώνουν διαφορετικές πτυχές της γνωστικής λειτουργίας: το πρώτο, ένα ταχύ και ευρέως χρησιμοποιούμενο δοκίμιο εκτελεστικών/οργανωτικών δεξιοτήτων και οπτικοχωρικής επεξεργασίας, και το δεύτερο, μια αυτο-αναφορά καθημερινών γνωστικών ολισθήσεων. Η επιλογή αυτών των μέτρων είναι συμβατή με το προφίλ παρεμβάσεων που στοχεύουν τόσο στην αντικειμενική απόδοση όσο και στη βιωμένη εμπειρία γνωστικών δυσκολιών, στοιχείο κρίσιμο για την καθημερινή αυτονομία (Alders & Levine-Madori, 2010· ΕΟΔΥ, 2021).

Τα αποτελέσματα υπήρξαν ενθαρρυντικά: το 77% των βαθμολογιών στο CDT και το 69% στο CFQ βελτιώθηκαν μετά τις 10 εβδομάδες θεραπείας τέχνης, υποδεικνύοντας αύξηση της οργανωτικής ικανότητας και μείωση των υποκειμενικών γνωστικών αστοχιών. Αν και το μέγεθος δείγματος ήταν περιορισμένο, τα δεδομένα συνάδουν με το θεωρητικό υπόβαθρο της πολυτροπικής διέγερσης και καταδεικνύουν ότι η συστηματική, δομημένη δημιουργική απασχόληση μπορεί να λειτουργήσει ως «ήπιο γνωστικό γυμναστήριο» για τον ηλικιωμένο (Alders & Levine-Madori, 2010). Η σύγκριση με μη συμμετέχοντες ανέδειξε διαφορές που μεταφράζονται σε πρακτικά οφέλη για την καθημερινή λειτουργικότητα και την αυτοαποτελεσματικότητα (Alders & Levine-Madori, 2010· Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών, 2015).

Παρά τα θετικά ευρήματα, αναδεικνύεται επιτακτική η ανάγκη περαιτέρω ερευνητικής τεκμηρίωσης, ιδίως ως προς τη μείωση του άγχους σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας μέσω παρεμβάσεων τέχνης. Η συστηματική αξιολόγηση έκβασης με αυστηρά ερευνητικά πρωτόκολλα (π.χ. τυχαιοποίηση, ενεργοί μάρτυρες, επαναληπτικές μετρήσεις) θα επιτρέψει την ακριβέστερη εκτίμηση μεγέθους επίδρασης, τη διερεύνηση δοσολογίας/συχνότητας και τη χαρτογράφηση «για ποιους και κάτω από ποιες συνθήκες» λειτουργεί καλύτερα η παρέμβαση (Rozzini & Trabucchi, 2013· Walker, 2018· Π.Ο.Υ., 2019).

Ιστορικά, ωστόσο, το πεδίο έχει αντιμετωπίσει ερευνητικές υστερήσεις: πολλοί θεραπευτές τέχνης εμφανίστηκαν διστακτικοί να αναλάβουν τον ρόλο του ερευνητή, γεγονός που οδήγησε σε περιορισμένη παραγωγή μελετών υψηλής μεθοδολογικής ποιότητας (Deaver, 2002· Reynolds, Nabors & Quinlan, 2000). Η βιβλιογραφία τονίζει την ανάγκη για μελέτες αποτελεσμάτων που να αξιολογούν ρεαλιστικά τρέχουσες πρακτικές, ταχύτητα/διαρκεια παρεμβάσεων και ειδικές τεχνικές, ώστε να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ κλινικής εφαρμογής και τεκμηρίωσης (Kaplan, 2001). Σε αυτό το πλαίσιο, ακόμα και μικρά δείγματα μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες ενδείξεις για τον κλινικό σχεδιασμό, αρκεί να αναγνωρίζονται ρητά οι περιορισμοί γενίκευσης (Kaplan, 2001· Υπουργείο Υγείας, 2014).

Στοχευμένες μελέτες σε επιμέρους πληθυσμούς προσφέρουν επιπλέον εικόνα. Ο Kim (2013) διερεύνησε τον ρόλο της art therapy στην προώθηση στάσης υγιούς γήρανσης σε Κορεατοαμερικανούς ηλικιωμένους, τυχαιοποιώντας 50 συμμετέχοντες σε ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου. Και οι δύο ομάδες υποβλήθηκαν σε προ- και μετα-μετρήσεις, με μέση ηλικία 78 ετών στην ομάδα ελέγχου και 77 στην παρέμβαση. Ο σχεδιασμός έλαβε υπόψη πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, στοιχείο κρίσιμο για την προσκόλληση και την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων στη διασπορά (Kim, 2013· Π.Ο.Υ., 2015).

Οι μετρήσεις περιέλαβαν το PANAS (θετικό/αρνητικό συναίσθημα), το STAI (κατάστασης/ιδιοσυγκρασιακό άγχος) και την κλίμακα αυτοεκτίμησης Rosenberg (RSES). Η ομάδα παρέμβασης συμμετείχε σε τρεις συνεδρίες την εβδομάδα επί τέσσερις εβδομάδες, με ευελιξία επιλογής: συνέχιση του ίδιου έργου ή δημιουργία νέου ανά συνεδρία. Η ομάδα ελέγχου απασχολήθηκε με «συνήθεις» δραστηριότητες (παιχνίδια, ανάγνωση, τηλεόραση). Όπως αναμενόταν, δεν υπήρχαν στατιστικές διαφορές στην προ-δοκιμή, αλλά καταγράφηκαν ουσιαστικές μεταβολές μετά την παρέμβαση υπέρ της art therapy (Kim, 2013).

Συγκεκριμένα, στο PANAS η ομάδα παρέμβασης ανέβηκε από 63 σε 83 μονάδες, ενώ η ομάδα ελέγχου υποχώρησε από 62 σε 57. Στην RSES, η παρέμβαση ανήλθε από 16 σε 20, την ώρα που η ομάδα ελέγχου μειώθηκε ελαφρά (16 σε 15). Ταυτόχρονα, το 71% των συμμετεχόντων εμφάνισε θετική μεταβολή στην κατάσταση άγχους (STAI), ενώ το 85% ανέφερε βελτίωση στο συναίσθημα. Τα δεδομένα δείχνουν ότι λίγες εβδομάδες δομημένης δημιουργικής παρέμβασης μπορούν να μετακινήσουν

ουσιαστικά δείκτες συναισθηματικής ευεξίας και αυτοεκτίμησης (Kim, 2013· ΕΛΣΤΑΤ/Υγεία, 2022).

Στο περιβάλλον μακροχρόνιας φροντίδας, η Doric-Henry διεξήγαγε μελέτη κεραμικής με 20 ενοίκους γηροκομείων (μέση ηλικία 84), με οκτώ συνεδρίες και παράλληλη ομάδα ελέγχου 20 ατόμων (μέση ηλικία 86) χωρίς καλλιτεχνική συμμετοχή. Τα εργαλεία περιέλαβαν τον Coopersmith Self-Esteem Inventory, το State Anxiety Inventory, τον Beck Depression Inventory και ποιοτικές αναφορές (ανοιχτού τύπου ερωτηματολόγιο). Η παρέμβαση συνδέθηκε με μείωση κατάθλιψης και άγχους και με ενίσχυση αυτοεκτίμησης στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με τους μάρτυρες (Doric-Henry, 1997· Magniant, 2004· Stallings, 2012).

Οι αριθμητικές διαφοροποιήσεις ήταν αξιοσημείωτες: στην ομάδα παρέμβασης, η κατάθλιψη μειώθηκε από 4,6 σε 2,1, ενώ στην ομάδα ελέγχου από 5,9 σε 5,0. Το άγχος χαρακτηριστικού υποχώρησε από 29,1 σε 25,1 (έλεγχος: 36,6 → 33,7). Η αυτοεκτίμηση αυξήθηκε από 72 σε 81,6 (έλεγχος: 70,8 → 69,8). Ιδιαίτερα, συμμετέχοντες με χαμηλή αρχική αυτοεκτίμηση επωφελήθηκαν περισσότερο, υποδεικνύοντας ότι η art therapy μπορεί να λειτουργήσει στοχευμένα ως «διορθωτικός φακός» σε ψυχοκοινωνικούς δείκτες ευαλωτότητας (Doric-Henry, 1997· Stallings, 2012· Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών, 2015).

Τα ποιοτικά δεδομένα της ίδιας μελέτης συμπληρώνουν την εικόνα: οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τις συνεδρίες ως ευχάριστες, εμψυχωτικές και βελτιωτικές της γενικής ευεξίας. Αν και το δείγμα ήταν μικρό, τα ευρήματα είναι συνεπή με άλλες μικρές κλινικές σειρές και στηρίζουν την ανάγκη για μεγαλύτερες, πολυκεντρικές δοκιμές, ώστε να αξιολογηθεί η δυνατότητα γενίκευσης στον ευρύτερο πληθυσμό ηλικιωμένων (Doric-Henry, 1997· Magniant, 2004· Stallings, 2012· Υπουργείο Υγείας, 2014).

Σε πληθυσμούς με άνοια, ο Stallings (2010) υλοποίησε ποιοτική μελέτη με κολάζ φωτο-περιοδικών (Landgarten Magazine Photo Collage) σε τρεις ηλικιωμένους (δύο γυναίκες, έναν άνδρα), χρησιμοποιώντας κλινικές παρατηρήσεις και σημειώσεις περίπτωσης. Παρά τον ελάχιστο αριθμό συνεδριών (δύο για τους δύο συμμετέχοντες, μία για τον τρίτο), αναδείχθηκαν δείκτες αυτοενδυνάμωσης, αυτοέκφρασης και αξιοπρέπειας, μαζί με βελτίωση επικοινωνίας, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και θετικής

ανάμνησης. Η μελέτη υπογραμμίζει ότι ακόμη και βραχείες παρεμβάσεις μπορούν να αποδώσουν κλινικά νοήσιμα αποτελέσματα σε ευάλωτους πληθυσμούς (Stallings, 2010· Stuckey & Nobel, 2010).

Τέλος, οι Cohen et al. (2006) παρουσίασαν ευρέως αναφερόμενη διαχρονική μελέτη με 166 συμμετέχοντες 65+, μέσης ηλικίας 80, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδα ελέγχου (συνήθεις δραστηριότητες) και πειραματική ομάδα με προγράμματα υπό επαγγελματίες καλλιτέχνες (ζωγραφική, μουσική, γραφή, κατασκευή κοσμημάτων). Οι αξιολογήσεις περιέλαβαν κλίμακες κατάθλιψης, μοναξιάς, υγείας και αυτοαναφερόμενες συνήθειες. Τα αποτελέσματα ευνόησαν την ομάδα παρέμβασης σε γενική υγεία (7,97/10 έναντι 7,25), λιγότερες ιατρικές επισκέψεις (6,73 έναντι 10,84) και λιγότερα φάρμακα (2,61 έναντι 4,25), με ταυτόχρονες μειώσεις κατάθλιψης, μοναξιάς, φαρμακοεξάρτησης και πτώσεων. Το εύρημα εναρμονίζεται με την αντίληψη ότι η πολιτιστική συνταγογράφηση και οι δημιουργικές κοινότητες μπορούν να λειτουργήσουν ως «προστατευτικοί παράγοντες» στη γήρανση (Cohen et al., 2006· Fancourt & Finn, 2019· Π.Ο.Υ., 2019).

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα αφορά τις πτώσεις: στην ομάδα παρέμβασης μειώθηκαν από 0,40 σε 0,23 ανά άτομο, ενώ στην ομάδα ελέγχου αυξήθηκαν από 0,36 σε 0,55 ανά άτομο μέσα σε ένα έτος. Η διαφορά αυτή υποδηλώνει ότι η συστηματική συμμετοχή σε εικαστικές δραστηριότητες μπορεί να συσχετίζεται με καλύτερη ισορροπία, αυξημένη προσοχή στο σώμα και ίσως με πιο ενεργητική καθημερινότητα που μειώνει τους κινδύνους. Παράλληλα, παρότι η συμμετοχική ομάδα ανέφερε συνολικά θετική εμπειρία από την εικαστική διαδικασία, οι ομάδες καθοδηγήθηκαν από επαγγελματίες καλλιτέχνες και όχι από εκφραστικούς θεραπευτές, στοιχείο που αφήνει να εννοηθεί ότι η ίδια η τέχνη—ως διαδικασία—δύναται να έχει εγγενή θεραπευτικά οφέλη, ακόμη και όταν δεν «πλαισιώνεται» από τυπικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.

Ωστόσο, το συγκεκριμένο ερευνητικό πλαίσιο εμφανίζει περιορισμούς ως προς την αντιπροσωπευτικότητα: η πλειονότητα των συμμετεχόντων και στις δύο ομάδες ήταν λευκοί και κυρίως γυναίκες. Η δημογραφική αυτή μονομέρεια περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε ευρύτερους και περισσότερο ποικίλους πληθυσμούς. Η απουσία ισχυρής εθνοπολιτισμικής και φυλετικής ετερογένειας, όπως και η ανισότητα φύλου στο δείγμα, ενδέχεται να επηρεάζουν την ανταπόκριση στις

παρεμβάσεις τέχνης, γι' αυτό και μελλοντικές μελέτες οφείλουν να συμπεριλάβουν πιο ισορροπημένα και πολυδιάστατα δείγματα για να ενισχυθεί η εξωτερική εγκυρότητα των συμπερασμάτων.

Σε αυτή τη γραμμή προστίθεται μια οιονεί πειραματική γαλλική μελέτη (2012) που εξέτασε τον ρόλο προγράμματος γηριατρικής συμπεριληπτικής τέχνης (GIA) στη θνησιμότητα εντός νοσοκομείου σε γηριατρική μονάδα οξείας φροντίδας. Οι συμμετέχοντες (n=55) είχαν διάγνωση άνοιας και έλαβαν μέρος σε μικρές ομάδες—έως τεσσάρων ατόμων—όπου ζωγράφισαν μια εικόνα, ακολουθώντας τυποποιημένο πρωτόκολλο ομαδικής εικαστικής δραστηριότητας (Beauchet, Launay, Annweiler, Remondiere, & Decker, 2014). Το περιβάλλον οξείας φροντίδας προσδίδει ιδιαίτερο βάρος στα ευρήματα, καθώς αφορά ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι συμμετέχοντες στο GIA ήταν λιγότερο πιθανό να αποβιώσουν κατά τη νοσηλεία στη μονάδα οξείας φροντίδας (Beauchet, et al., 2014). Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι η καθοδηγούμενη ζωγραφική ενίσχυσε τη θετική διάθεση και μείωσε το άγχος, κάτι που πιθανώς να βελτίωσε τη συνεργασία με το θεραπευτικό προσωπικό, την κινητοποίηση των ασθενών και, τελικά, την αποκατάσταση. Η βελτίωση του συναισθηματικού κλίματος μέσα από τη δημιουργική πράξη μπορεί να λειτουργήσει ως «καταλύτης» για καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και για ταχύτερη ανάκαμψη.

Παρά τα ενθαρρυντικά ευρήματα, η μελέτη GIA φέρει μεθοδολογικούς περιορισμούς: έλλειψη τυχαιοποίησης και ολοκλήρωση μόνο μίας ομαδικής συνεδρίας για τους συμμετέχοντες. Αυτά τα στοιχεία περιορίζουν τη δυνατότητα αιτιώδους ερμηνείας και εγείρουν ερωτήματα για τη διάρκεια και τη σταθερότητα των αποτελεσμάτων. Παρ' όλα αυτά, το γεγονός ότι ακόμη και μία συνεδρία συσχετίστηκε με θετικές εκβάσεις είναι ερευνητικά υποσχόμενο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον σχεδιασμό μεγαλύτερων και αυστηρότερων μελετών στο μέλλον (Beauchet, et al., 2014).

Πέρα από τις παραπάνω μελέτες, η ευρύτερη βιβλιογραφία συνηγορεί ότι η συμμετοχή σε θεραπεία τέχνης και συγγενείς ομαδικές δραστηριότητες βελτιώνει την αυτοεκτίμηση, μειώνει την κατάθλιψη και το άγχος, αυξάνει την προσοχή, ενισχύει την κοινωνική ενσωμάτωση και μπορεί να αναβαθμίσει τη γνωστική απόδοση των

ηλικιωμένων (Alders & Levine-Madori, 2010· Doric-Henry, 1997· Karges-Bone, 2012· Lanza, 1997). Οι επιδράσεις αυτές, όταν επιβεβαιώνονται σε πολλαπλά πλαίσια, συνθέτουν μια συνεπή εικόνα ωφελειών που εκτείνεται από την ψυχοσυναισθηματική σφαίρα στην καθημερινή λειτουργικότητα.

Παράλληλα, δεν πρέπει να παραγνωρίζονται οι περιορισμοί αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης. Ένα συχνό εμπόδιο είναι η πεποίθηση των συμμετεχόντων ότι «δεν έχουν ταλέντο», κάτι που εμφανίζεται συχνότερα στην ενήλικη ζωή, ειδικά όταν δεν υπάρχει προηγούμενη ενασχόληση με τις τέχνες (Lobban, 2016· Lowman, 1992· Magniant, 2004). Επίσης, άγχος αξιολόγησης, φόβος αποτυχίας και αίσθημα ευαλωτότητας μπορούν να αποτρέψουν την πλήρη εμπλοκή του ατόμου στη δημιουργική διαδικασία (Lobban, 2016). Σε αυτά, ο ρόλος του θεραπευτή τέχνης είναι κομβικός: να απομυθοποιήσει την «καλλιτεχνική ικανότητα», να αποφορτίσει τον φόβο κρίσης και να εξομαλύνει την εμπειρία (Weisberg & Wilder, 2001).

Συμπληρωματικά, άλλες έρευνες επισημαίνουν ότι αρκετοί ηλικιωμένοι ενδέχεται να εμφανίσουν αντίσταση σε δημιουργικές εργασίες, ιδίως όταν το επαγγελματικό ή βιωματικό τους υπόβαθρο δεν είχε επαφή με τις τέχνες (Lowman, 1992· Magniant, 2004· Martini, Weeks & Wirth, 2002). Σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας, θεραπευτές τέχνης συναντούν συχνά διστακτικότητα με επίκληση «έλλειψης ικανότητας», κάτι που απαιτεί ευαισθητοποιημένη και ενθαρρυντική προσέγγιση, ώστε να αναδειχθεί ότι ο στόχος δεν είναι το «καλό έργο», αλλά η θεραπευτική διαδικασία (Lanza, 1997· Magniant, 2004· Martini et al., 2002· Weisberg & Wilder, 2001). Ο «περιορισμένος αυθορμητισμός στην έκφραση» που έχει περιγραφεί στην τρίτη ηλικία μπορεί να υπερκεραστεί με ασφαλή πλαίσια και σταδιακή έκθεση (Lanza, 1997).

Η Ιεραρχία Αναγκών του Maslow προσφέρει ένα χρήσιμο ερμηνευτικό σχήμα για το χάσμα ανάμεσα στη δημιουργική συμμετοχή και τον δισταγμό πολλών ηλικιωμένων να ενταχθούν σε ομάδες τέχνης για ανακούφιση άγχους/στρες. Αν βασικές ανάγκες—όπως επαρκής σίτιση, ύπνος, ανακούφιση πόνου ή στοιχειώδης αίσθηση ασφάλειας—δεν έχουν ικανοποιηθεί, η ενασχόληση με δημιουργικές δραστηριότητες δύσκολα καθίσταται προτεραιότητα (Lanza, 1997· Magniant, 2004). Η κλινική πράξη επομένως απαιτεί ιεράρχηση και συντονισμό με τη γενικότερη φροντίδα.

Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα ενδέχεται να χρειάζονται συστηματική ενθάρρυνση για να ενταχθούν και να παραμείνουν σε ομάδες θεραπείας τέχνης, καθώς η δημιουργική αυτοέκφραση δεν είναι πάντοτε οικεία (Hayes & Povey, 2011· Lowman, 1992· Weisberg & Wilder, 2001). Η ουδετερότητα ως προς το φύλο στον σχεδιασμό ομάδων και υλικών κρίνεται σημαντική για την προσέλκυση συμμετεχόντων και από τα δύο φύλα (Weisberg & Wilder, 2001). Παράλληλα, υπάρχει και ο—λιγότερο συχνός—περιορισμός όπου επαγγελματίες των τεχνών ως πελάτες δυσκολεύονται να αποδεσμευτούν από τη δεξιοτεχνία τους και να επιτρέψουν στη θεραπευτική διαδικασία να προηγηθεί της «τεχνικής αρτιότητας» (Malchiodi, 2005).

Σε πρακτικό επίπεδο, ο θεραπευτής τέχνης μπορεί να μετριάσει τα παραπάνω εμπόδια υιοθετώντας μη αξιολογητική γλώσσα, παρέχοντας σταδιακή εξοικείωση με υλικά/τεχνικές και προσφέροντας επιλογές που ενισχύουν το αίσθημα ελέγχου του συμμετέχοντος. Η έμφαση στην ασφάλεια του πλαισίου, στον σεβασμό του ρυθμού του καθενός και στην ενδυνάμωση μέσω μικρών επιτυχιών συμβάλλει στη μείωση του άγχους επίδοσης και αυξάνει την προσκόλληση (Weisberg & Wilder, 2001· Lobban, 2016). Τέτοιες παρεμβάσεις μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά προς άλλες μορφές φροντίδας.

Συνολικά, το σώμα των δεδομένων δείχνει ότι η τέχνη, είτε καθοδηγείται από επαγγελματίες καλλιτέχνες είτε από εκφραστικούς θεραπευτές, μπορεί να προσφέρει ουσιαστικά οφέλη στους ηλικιωμένους: από μείωση πτώσεων και βελτίωση δεικτών υγείας έως ενίσχυση αυτοεκτίμησης, μείωση άγχους/κατάθλιψης και προαγωγή κοινωνικής ένταξης. Την ίδια στιγμή, οι μεθοδολογικοί περιορισμοί (π.χ. μικρά δείγματα, έλλειψη τυχαιοποίησης, δημογραφική ομοιογένεια) υπενθυμίζουν την ανάγκη για αυστηρότερες και πολιτισμικά ευαίσθητες μελέτες, ώστε να καθοριστούν οι βέλτιστες προδιαγραφές παρέμβασης (Alders & Levine-Madori, 2010· Doric-Henry, 1997· Karges-Bone, 2012· Lanza, 1997· Beauchet, et al., 2014).

Τέλος, η πρακτική υιοθέτηση προγραμμάτων τέχνης στον χώρο της φροντίδας ηλικιωμένων χρειάζεται διεπιστημονικό συντονισμό και προσαρμογή στις ανάγκες του πληθυσμού-στόχου: από την επιλογή υλικών και τη διάρκεια των συνεδριών έως τη διασφάλιση πρόσβασης και την εκπαίδευση προσωπικού. Με αυτό τον τρόπο, τα πιθανά οφέλη που καταγράφονται—ακόμη και μετά από βραχείες εκθέσεις—μπορούν να μεταφραστούν σε βιώσιμες πρακτικές, με έμφαση στη ποιότητα ζωής και στην

ασφάλεια των ηλικιωμένων (Beauchet, et al., 2014· Lobban, 2016· Weisberg & Wilder, 2001).

2.9. Περιορισμοί και Προκλήσεις Εφαρμογής της Θεραπείας μέσω Τέχνης σε Ηλικιωμένους

Η θεραπεία μέσω τέχνης παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που σχετίζονται πρωτίστως με τις αντιλήψεις των ίδιων των συμμετεχόντων. Ένα συχνό εμπόδιο είναι η πεποίθηση ότι «δεν διαθέτουν δεξιότητες» ή ότι δεν είναι επαρκώς δημιουργικοί, στάση που συναντάται ιδιαίτερα συχνά στους ενήλικες και λειτουργεί ανασταλτικά ήδη από το στάδιο της αρχικής εμπλοκής (Lobban, 2016, Lowman, 1992, Magniant, 2004). Παράλληλα, παράγοντες όπως η ανησυχία για τις καλλιτεχνικές επιδόσεις, ο φόβος αποτυχίας ή κριτικής και το αίσθημα ευαλωτότητας μπορούν να αποτρέψουν τη συμμετοχή ή να περιορίσουν τη δέσμευση στη διαδικασία (Lobban, 2016).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος του θεραπευτή τέχνης είναι καίριος: χρειάζεται να αναγνωρίζει και να απομειώνει το άγχος που μπορεί να πυροδοτεί η ίδια η δημιουργική πράξη, διαμορφώνοντας ένα ασφαλές και μη επικριτικό περιβάλλον. Πρακτικά, μπορεί να προτιμάται η χρήση βασικών, κατανοητών όρων αντί εξειδικευμένης καλλιτεχνικής ορολογίας, ώστε να ενθαρρύνονται με ήπιο και υποστηρικτικό τρόπο οι ηλικιωμένοι ενήλικες να δοκιμάσουν, να πειραματιστούν και να εκφραστούν (Weisberg & Wilder, 2001).

Επιπλέον, έχει καταγραφεί ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίζουν αντίσταση σε δημιουργικές εργασίες όταν η προηγούμενη επαγγελματική ή βιωματική τους διαδρομή δεν περιελάμβανε ουσιαστική επαφή με τις τέχνες (Lowman, 1992, Magniant, 2004, Martini, Weeks & Wirth, 2002). Σε περιβάλλοντα μακροχρόνιας φροντίδας, οι θεραπευτές τέχνης συναντούν συχνά διστακτικότητα που εδράζεται στην αντιληπτή «έλλειψη ικανότητας», κάτι που απαιτεί ευαίσθητη, σταδιακή προσέγγιση για την καλλιέργεια εμπιστοσύνης και συμμετοχής (Lanza, 1997, Magniant, 2004, Martini et al., 2002, Weisberg & Wilder, 2001). Για πολλούς ηλικιωμένους, η καλλιτεχνική έκφραση μπορεί να παρεμποδίζεται και από μειωμένο αυθορμητισμό, όπως έχει περιγραφεί χαρακτηριστικά ως «περιορισμένος αυθορμητισμός στην έκφραση», γεγονός που καθιστά αναγκαία την παροχή σαφών, απλών οδηγιών και την καλλιέργεια κλίματος αποδοχής που απομακρύνει τον φόβο της έκθεσης (Lanza, 1997).

Η Ιεραρχία των Αναγκών του Maslow προσφέρει χρήσιμο ερμηνευτικό πλαίσιο για την κατανόηση του χάσματος ανάμεσα στην πρόθεση για δημιουργική συμμετοχή και στον δισταγμό πολλών ηλικιωμένων να ενταχθούν σε ομαδικές δραστηριότητες τέχνης με στόχο την ανακούφιση άγχους ή στρες. Όταν δεν έχουν ικανοποιηθεί βασικές ανάγκες—όπως επαρκής σίτιση, διαχείριση πόνου ή αίσθημα ασφάλειας—είναι εύλογο να δυσχεραίνεται η συμμετοχή σε μια ομάδα θεραπείας τέχνης ή να προκαλεί δυσφορία η ίδια η προοπτική της (Lanza, 1997, Magniant, 2004). Τα ηλικιωμένα άτομα συχνά χρειάζονται επιπλέον ενθάρρυνση και χρόνο εξοικείωσης για να ενταχθούν σε ομάδες θεραπείας τέχνης, ιδιαίτερα όταν η δημιουργική αυτοέκφραση δεν αποτελεί οικεία πρακτική. Είναι επίσης σημαντικό οι ομάδες να σχεδιάζονται και να παρουσιάζονται ως ουδέτερες ως προς το φύλο, ώστε να προσελκύουν συμμετέχοντες και από τα δύο φύλα χωρίς έμφυλες προκαταλήψεις (Hayes & Povey, 2011; Lowman, 1992, Weisberg & Wilder, 2001).

Ένας επιπρόσθετος, έστω λιγότερο συνηθισμένος, περιορισμός αφορά πελάτες που είναι ήδη εξειδικευμένοι επαγγελματίες των τεχνών: σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ο κίνδυνος να προτάσσεται η δεξιοτεχνία και η αισθητική αρτιότητα έναντι της θεραπευτικής διερεύνησης, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται η αποδέσμευση από την καλλιτεχνική εκπαίδευση υπέρ της θεραπευτικής διαδικασίας (Malchiodi, 2005). Πέρα από τα ατομικά εμπόδια, προκύπτουν και συστημικοί περιορισμοί. Το σημερινό εργατικό δυναμικό σε μονάδες φιλοξενίας και υγείας είναι ανεπαρκώς στελεχωμένο για να καλύψει τις ανάγκες ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων, γεγονός που αναμένεται να επιδεινωθεί καθώς ο πληθυσμός γηράσκει (Lehning & Austin, 2009, Stone, 2012). Η υποστελέχωση επηρεάζει τη διαθεσιμότητα, τη συχνότητα και την ποιότητα των προγραμμάτων τέχνης.

Τέλος, η έλλειψη εμπειρίας ή εξειδίκευσης των επαγγελματιών μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά. Νεότεροι κλινικοί ενδέχεται να εφαρμόζουν «γενικές» οδηγίες ρουτίνας, παραβλέποντας τις εξατομικευμένες ανάγκες πελατών ή ομάδων, ενώ επαγγελματίες εκτός θεραπείας τέχνης—όπως καλλιτέχνες ή νοσηλευτές—μπορεί να αποδίδουν νόημα στα έργα με βάση δικές τους προβολές, αποκλίνοντας από την πρόθεση του πελάτη και το θεραπευτικό πλαίσιο (Malchiodi, 2005).

2.10. Συστημικά εμπόδια και προοπτικές ενίσχυσης της θεραπείας μέσω τέχνης στην τρίτη ηλικία

Οι εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης συχνά χαρακτηρίζονται από σημαντική υποστελέχωση σε ειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως σύμβουλοι, ψυχολόγοι και γεροντολόγοι. Το γεγονός αυτό δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην κάλυψη των σύνθετων και πολυδιάστατων αναγκών του ηλικιωμένου πληθυσμού, καθώς η φροντίδα δεν αφορά μόνο σωματικά αλλά και ψυχικά ζητήματα που απαιτούν εξειδικευμένη γνώση και δεξιότητες (Ganote, 1990, Molinari & Edelstein, 2011, Solway, Estes, Goldberg & Berry, 2010). Ο Stone (2012) τόνισε την ανάγκη για επαρκώς εκπαιδευμένους φροντιστές, οι οποίοι θα είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε προβλήματα ψυχικής υγείας αλλά και στη διαχείριση της χρήσης ουσιών στον γηριατρικό πληθυσμό. Η ελλιπής στελέχωση οδηγεί σε επιβάρυνση του υπάρχοντος προσωπικού και περιορίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η εργασία με τον ηλικιωμένο πληθυσμό μπορεί να είναι απαιτητική και ψυχολογικά φορτισμένη. Οι θεραπευτές τέχνης συχνά βιώνουν την ενασχόληση με αυτό το πλαίσιο ως μια εμπειρία αγχωτική, ακόμη και λυπηρή, ιδιαίτερα όταν έρχονται αντιμέτωποι με τις δυσκολίες που συνοδεύουν τη σωματική και γνωστική φθορά των ηλικιωμένων (Geller, 2013). Ο Magniant (2004) υπογράμμισε ότι η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί αυξημένη ανάγκη για περισσότερους θεραπευτές εξειδικευμένους στη δουλειά με ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων συνεχίζει να αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς. Η πρόβλεψη αυτή αναδεικνύει τον επείγοντα χαρακτήρα της εκπαίδευσης νέων επαγγελματιών.

Παράλληλα, η έλλειψη πόρων και χρηματοδότησης αποτελεί βασικό εμπόδιο στην ανάπτυξη και συστηματική εφαρμογή της θεραπείας τέχνης σε ηλικιωμένους. Οι θεραπευτές τέχνης συχνά περιορίζονται σε ελάχιστες διαθέσιμες πηγές χρηματοδότησης, κυρίως μέσω ομοσπονδιακών φορέων ή ιδρυμάτων στα οποία μπορούν να υποβάλουν αίτηση (Kaimal & Blank, 2015). Η απουσία σταθερής οικονομικής στήριξης σημαίνει ότι πολλές εγκαταστάσεις δεν είναι σε θέση να καλύψουν το κόστος των υπηρεσιών θεραπείας τέχνης, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να στερούνται ουσιαστικών ευκαιριών παρέμβασης (Mihailidis, et al., 2010, Hayes & Povey, 2011, Weisberg & Wilder, 2001).

Ένα ακόμη ζήτημα είναι η απροθυμία ορισμένων δομών να επιτρέψουν τη διεξαγωγή ερευνητικών μελετών. Ακόμη και όταν υπάρχει προθυμία συμμετοχής από την πλευρά των ηλικιωμένων, οι διοικήσεις των εγκαταστάσεων συχνά εμποδίζουν την

πραγματοποίηση μελετών, επικαλούμενες ζητήματα οργάνωσης ή προστασίας των φιλοξενούμενων (Kaldy, 2016). Αυτό το εμπόδιο περιορίζει τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων και τεκμηρίωσης των θετικών επιδράσεων της θεραπείας τέχνης σε αυτό τον πληθυσμό.

Η περιορισμένη διαθεσιμότητα θεραπευτών τέχνης που ειδικεύονται σε ηλικιωμένους έχει άμεσο αντίκτυπο στις ευκαιρίες φροντίδας και έρευνας. Ο Elkins και η Deaver (2015) επισημαίνουν ότι η μειωμένη παρουσία εξειδικευμένων επαγγελματιών οδηγεί σε μικρότερη πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες, ενώ περιορίζει και την επιστημονική τεκμηρίωση που απαιτείται για την προώθηση της μεθόδου. Παράλληλα, έχει αναγνωριστεί ότι η έλλειψη φυλετικής και πολιτισμικής ποικιλομορφίας μεταξύ των επαγγελματιών θεραπευτών τέχνης δημιουργεί ένα επιπλέον κενό, καθώς δεν αντικατοπτρίζονται επαρκώς οι ανάγκες διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων (Elkins & Deaver, 2013).

Η μέθοδος της θεραπείας μέσω τέχνης έχει ωστόσο αποδειχθεί αποτελεσματική για ποικιλία θεμάτων, όπως καταδεικνύεται από έρευνες που έχουν αξιολογηθεί από ομοτίμους, παρόλο που η βιβλιογραφία παραμένει περιορισμένη (Slayton, D'Archer, & Kaplan, 2010). Αυτό δείχνει ότι, παρά τα εμπόδια, η θεραπεία μέσω τέχνης μπορεί να αποτελέσει αξιόπιστο θεραπευτικό εργαλείο, αρκεί να επενδυθούν περισσότεροι πόροι και να ενισχυθεί η ερευνητική βάση που θα καθιερώσει την αποτελεσματικότητά της σε μεγαλύτερη κλίμακα. Οι θεραπευτές που εργάζονται με ηλικιωμένους συχνά αντιμετωπίζουν την αρχική αντίσταση των πελατών τους. Η διστακτικότητα αυτή μπορεί να πηγάζει από φόβο για το άγνωστο ή από δυσπιστία απέναντι στην τέχνη ως μέσο θεραπείας (Geller, 2013, Magniant, 2004, Weisberg & Wilder, 2001). Οι θεραπευτές τέχνης οφείλουν να διαθέτουν υπομονή, δημιουργικότητα και ικανότητα προσαρμογής ώστε να καταφέρουν να κινητοποιήσουν και να εμπλέξουν τους ηλικιωμένους στις δραστηριότητες (Magniant, 2004, Weisberg & Wilder, 2001).

Η συμμετοχή ψυχικά ανθεκτικών ηλικιωμένων μπορεί να απαιτήσει από τον θεραπευτή πρόσθετη εφευρετικότητα και επιδεξιότητα. Οι ηλικιωμένοι που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αντίστασης ίσως χρειάζονται περισσότερη προσωπική καθοδήγηση, προσαρμοσμένα υλικά ή εξατομικευμένες στρατηγικές για να αισθανθούν άνετα μέσα στη διαδικασία (Doric-Henry, 1997, Magniant, 2004, Weisberg & Wilder, 2001). Η δυσκολία αυτή επιτείνεται όταν το προσωπικό των

δομών δεν υποστηρίζει ενεργά τις συνεδρίες, είτε λόγω φόρτου εργασίας είτε λόγω σκεπτικισμού (Doric-Henry, 1997, Weisberg & Wilder, 2001).

Επιπλέον, οι θεραπευτές που αισθάνονται σιγουριά για τις γνώσεις τους μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι με νέες προκλήσεις όταν χρειάζεται να προσαρμόσουν δραστηριότητες για άτομα με σωματικούς περιορισμούς ή να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με άτομα που εμφανίζουν γνωστική έκπτωση ή άνοια (Rollins, 2013). Αυτό καταδεικνύει ότι η πρακτική εμπειρία και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή εφαρμογή της μεθόδου. Σύμφωνα με την Έκθεση Έρευνας Μέλους της Αμερικανικής Εταιρείας Θεραπείας Τέχνης (2013), υπήρξε μικρή αλλά αξιοσημείωτη αύξηση των θεραπευτών τέχνης που εργάζονται σε γηριατρικές εγκαταστάσεις, φτάνοντας το 4% από 3,75% το 2011 (Elkins & Deaver, 2015). Ωστόσο, τα ποσοστά αυτά παραμένουν χαμηλά, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω ενίσχυση του κλάδου.

Μια έρευνα του 2009 ανέφερε ότι το 38% των θεραπευτών εργάστηκαν με ηλικιωμένους 65-74 ετών, το 25% με ηλικίες 75-89 ετών και το 13% με άτομα 90 ετών και άνω. Το 2011 οι αριθμοί αυτοί μειώθηκαν αισθητά, ενώ το 2013 υπήρξε μικρή άνοδος (Elkins & Deaver, 2013). Η μεθοδολογική δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι οι ερωτηθέντες μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μία ηλικιακές ομάδες, κάτι που ενδέχεται να οδήγησε σε υπερεκτίμηση ορισμένων κατηγοριών. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι ερωτηθέντες που όρισαν τη γεροντολογία ως πεδίο εξειδίκευσης παρουσίασαν μείωση από 8% το 2007 σε 4,9% το 2011, πριν ανέλθουν ξανά σε 6,25% το 2013 (Elkins & Deaver, 2013). Αν και η τάση είναι ανοδική, τα ποσοστά παραμένουν χαμηλότερα από τα επίπεδα του 2007, στοιχείο που επιβεβαιώνει την ανάγκη για συστηματική επένδυση στην εκπαίδευση και στην εξειδίκευση.

Ένα άλλο ζήτημα αφορά την ηλικιακή προκατάληψη. Η ηλικία μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας αποκλεισμού, στερεοτυπικής αντιμετώπισης ή ακόμη και ταπείνωσης του ηλικιωμένου ενήλικα (Durost, 2011, Fuss, 2010, Stewart, 2004, Weisberg & Wilder, 2001). Έρευνες δείχνουν ότι ορισμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εμφανίζουν προκατάληψη θεωρώντας ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να ωφεληθούν από την ψυχοθεραπεία (Helmes & Gee, 2003). Αυτές οι στάσεις μπορούν να μειώσουν την ποιότητα της φροντίδας και να ενισχύσουν τον αποκλεισμό (Stone & McMinn, 2012).

Παρά τα παραπάνω, η θεραπεία μέσω τέχνης μπορεί να λειτουργήσει ως ισχυρό εργαλείο ενδυνάμωσης, προσφέροντας μη λεκτικά κανάλια αφήγησης και εξερεύνησης του εαυτού (Durost, 2011). Η επιλογή των κατάλληλων υλικών τέχνης αποτελεί κρίσιμο ζήτημα. Αν και υλικά όπως οι κηρομπογιές ή τα δακτυλικά χρώματα συχνά θεωρούνται «παιδικά», έχουν αποδειχθεί κατάλληλα για χρήση με ηλικιωμένους όταν χρησιμοποιούνται με σεβασμό και προσαρμογή (Stewart, 2004). Ο Durost (2011) τόνισε ότι το κριτήριο επιλογής πρέπει να είναι οι ανάγκες του πελάτη και όχι η ηλικία του.

Η γήρανση της γενιάς των baby boomers δημιουργεί νέες προκλήσεις, καθώς οι ηλικιωμένοι αναμένεται να αποτελούν το μεγαλύτερο πληθυσμιακό κομμάτι του τομέα υγείας στο άμεσο μέλλον (Wickland & Basting, 2009). Οι επιλογές διαμονής για τους ηλικιωμένους ποικίλλουν σημαντικά, από ανεξάρτητη και υποβοηθούμενη διαβίωση μέχρι μακροχρόνια φροντίδα και προγράμματα ημέρας ενηλίκων, στοιχείο που ενισχύει την ανάγκη για εξατομικευμένη φροντίδα. Η έννοια της ατομοκεντρικής φροντίδας αναδεικνύεται ως κρίσιμη. Πρόκειται για μια ολιστική προσέγγιση που επιδιώκει την κάλυψη όχι μόνο των σωματικών, αλλά και των κοινωνικών και ψυχολογικών αναγκών, μέσω εμπειριών που συνδυάζουν την καθημερινή φροντίδα με δραστηριότητες δημιουργικής έκφρασης όπως η θεραπεία τέχνης (Porock, 2013, Abrahms, 2011, Sole, Mercadal-Brotons, Gallego & Riera, 2010).

Τέλος, το άγχος παραμένει ένα από τα συχνότερα προβλήματα στον ηλικιωμένο πληθυσμό, επηρεάζοντας έως και το 56% των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Therrien & Hunsley, 2012). Οι δυσκολίες διάγνωσης εξαιτίας της σύγχυσης των συμπτωμάτων με άλλες ιατρικές καταστάσεις καθιστούν αναγκαίες μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Η έρευνα δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι προτιμούν συμβουλευτικές υπηρεσίες ή δημιουργικές παρεμβάσεις όπως η θεραπεία μέσω τέχνης για την ανακούφιση του άγχους, αντί για φαρμακευτική αγωγή (Mohlman, 2012, Riley, Burgener, & Buckwalter, 2014). Με τον τρόπο αυτόν, η τέχνη λειτουργεί όχι μόνο ως μορφή έκφρασης, αλλά και ως μέσο ενδυνάμωσης, κοινωνικής συμμετοχής και προαγωγής ψυχικής ανθεκτικότητας.

Κεφάλαιο 3ο – Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Είδος Μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη έχει κάνει χρήση της ποσοτικής έρευνας με χρήση σταθμισμένου ερωτηματολογίου έρευνας και χρήση βιβλιογραφικών δεδομένων. Ως προς την μεθοδολογία της εργασίας, στο Α' μέρος αυτής, έχει γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση και θα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και η μεθοδολογία που χρησιμοποίησαν άλλοι ερευνητές που ασχολήθηκαν με θέμα αντίστοιχο με το συγκεκριμένο. Στο Β' μέρος της εργασίας, ακολουθεί η πσοτική ανάλυση. Για την ποσοτική ανάλυση, θα χρειαστεί η συλλογή από ποσοτικά δεδομένα. Η συλλογή των δεδομένων έχει γίνει γίνει με τη χρήση του σταθμισμένου ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο είναι «κλειστού τύπου».

Τη συλλογή των δεδομένων, έχει ακολουθήσει η επεξεργασία αυτών. Η επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS No.25. Η επεξεργασία σε πρώτο στάδιο, θα αφορά την περιγραφή των απαντήσεων. Η περιγραφή έχει γίνει, χρησιμοποιώντας διάφορα μέτρα τάσης, όπως το μέσο όρο, τη διακύμανση (ή την τυπική απόκλιση), τη διάμεσο, την ελάχιστη και μέγιστη τιμή. Εν συνεχεία, διατυπώθηκαν οι (υπό εξέταση) υποθέσεις και θα εξεταστεί αν πρέπει να γίνουν αποδεκτές ή να απορριφθούν.

3.2 Πληθυσμός Μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης, αναφέρεται σε ηλικιωμένα άτομα και οι οποίοι συμμετέχοντες έχουν καλή υγεία και δεν πάσχουν από κάποιο είδους νευρολογικό ή ψυχολογικό πρόβλημα που θα τους στερεί τη δυνατότητα να μπορούν να αφιερωθούν με λογική στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Παρά την ετερογένεια του δείγματος, ο πληθυσμός της μελέτης συγκροτήθηκε κυρίως από ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με σταθερό καθεστώς διαβίωσης και βασική λειτουργική αυτονομία, αλλά με διαφοροποιήσεις ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το ιστορικό προηγούμενης ενασχόλησης με τις τέχνες και τον βαθμό κοινωνικής δικτύωσης. Η πλειονότητα παρουσίαζε τυπικές για την τρίτη ηλικία υγειονομικές ανάγκες, ενώ μικρότερες υπο-ομάδες διέθεταν αυξημένη φροντίδα λόγω σωματικών περιορισμών ή ήπιας γνωστικής επιβάρυνσης. Ως προς το φύλο και τις συνήθειες ζωής, παρατηρήθηκαν συνήθη πρότυπα που απαντώνται στον γηριατρικό πληθυσμό, με ποικίλες εμπειρίες καθημερινότητας και πρόσβασης σε δραστηριότητες πολιτισμού και αναψυχής.

Κλινικά, τα περισσότερα άτομα εμφάνισαν επίπεδα άγχους που κυμαίνονταν από ήπια έως μέτρια ένταση, συχνά συνυπάρχοντα με χρόνιες σωματικές παθήσεις ή παροδικά καταθλιπτικά συμπτώματα. Η φαρμακευτική αγωγή ήταν συνήθης, με ποικίλους συνδυασμούς που αντανακλούσαν το πολυνοσηρό προφίλ της τρίτης ηλικίας, ενώ η λειτουργική κατάσταση και η ποιότητα ύπνου διαφοροποιούνταν ανάλογα με τις ατομικές συνθήκες και τα διαθέσιμα δίκτυα υποστήριξης. Η στατιστική επεξεργασία ανέδειξε μοτίβα που συνδέουν την ψυχοσυναισθηματική ευεξία με την ενεργή καθημερινότητα και τις ευκαιρίες δημιουργικής έκφρασης, αναδεικνύοντας την αξία μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων.

Σε ό,τι αφορά τη συμμετοχή στις συνεδρίες και την ανταπόκριση στην παρέμβαση, η αποδοχή υπήρξε γενικά υψηλή, με τους περισσότερους να ολοκληρώνουν το προτεινόμενο πρόγραμμα και να αναφέρουν βελτιώσεις στην καθημερινή διάθεση, το αίσθημα νοήματος και τη διάθεση κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Άτομα με προγενέστερη επαφή με καλλιτεχνικές δραστηριότητες προσαρμόστηκαν ταχύτερα στη διαδικασία, χωρίς αυτό να αναιρεί τα οφέλη για όσους ερχόταν για πρώτη φορά σε επαφή με δημιουργικές

πρακτικές. Η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι η συστηματική συμμετοχή και η υποστηρικτική δομή του πλαισίου ενίσχυσαν την προσκόλληση και συνέβαλαν σε σαφώς ευνοϊκότερες εκβάσεις σε δείκτες συναισθηματικής ευεξίας και υποκειμενικής ποιότητας ζωής.

3.3. Πληροφορίες για την Παρέμβαση

Η παρούσα μελέτη βασίζεται σε ποιοτική έρευνα και δράσεις art therapy με ηλικιωμένους, προκειμένου να διερευνηθεί ο αντίκτυπος της δημιουργικής απασχόλησης στη συναισθηματική ευεξία και τη γνωστική ενδυνάμωση. Οι δραστηριότητες υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων και σχεδιάστηκαν με βάση τις αρχές της θεραπείας μέσω τέχνης. Η μεθοδολογία της εργασίας περιλαμβάνει διάφορα στάδια, ξεκινώντας από τη δειγματοληψία. Στη μελέτη συμμετείχαν 50 ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών. Τα κριτήρια συμμετοχής περιλάμβαναν το ενδιαφέρον για δημιουργικές δραστηριότητες, την ύπαρξη ή μη προηγούμενης εμπειρίας στην τέχνη, καθώς και την παρουσία ήπιων έως μέτριων γνωστικών ή συναισθηματικών δυσκολιών.

Οι δραστηριότητες art therapy σχεδιάστηκαν με σκοπό τη συναισθηματική έκφραση, την ενίσχυση της κοινωνικότητας και τη νοητική τόνωση των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Κατά την περίοδο των Χριστουγέννων, πραγματοποιήθηκε η κατασκευή χειροτεχνημάτων, όπως δεντράκια από ανακυκλώσιμα υλικά και στολίδια για το χριστουγεννιάτικο δέντρο, ενισχύοντας τη λεπτή κινητικότητα και το αίσθημα δημιουργικότητας και προσφοράς.
- ✓ Το μουσικοκινητικό παιχνίδι "Συννεφούλα", βασισμένο στο ομώνυμο τραγούδι του Διονύση Σαββόπουλου, ενεργοποίησε συναισθήματα και έδωσε τη δυνατότητα έκφρασης μέσω κίνησης, με τους συμμετέχοντες να κρατούν ζωγραφισμένες καρδιές, φεγγάρι και νύχτα.
- ✓ Δημιουργήθηκαν χειροποίητα παιχνίδια όπως Tangram, Pingo και ένα αστρονομικό παιχνίδι. Τα παιχνίδια ενσωμάτωναν έννοιες γεωμετρίας, στρατηγικής και αναγνώρισης σχημάτων, συμβάλλοντας στη νοητική ενδυνάμωση μέσω της αναπαράστασης πλανητών και γαλαξιών.

✓ Πραγματοποιήθηκε η κατασκευή διακοσμητικών για τον ξενώνα, όπως κορνίζες από μαλλί, με στόχο την ανάπτυξη αισθητικής αντίληψης και την ενίσχυση της ομαδικότητας.

✓ Με αφορμή την 25η Μαρτίου, κατασκευάστηκε στεφάνι από δάφνη, ενισχύοντας τη συλλογική μνήμη και την ιστορική συνείδηση μέσω της καλλιτεχνικής δημιουργίας. Για την επέτειο του Πολυτεχνείου, οι ηλικιωμένοι δημιούργησαν χειροποίητο πανό με μηνύματα ελευθερίας και δημοκρατίας, ενισχύοντας τη σύνδεσή τους με ιστορικά γεγονότα και την κοινωνική ευαισθησία.

✓ Στην Καθαρά Δευτέρα πραγματοποιήθηκε κατασκευή χαρταετού, μια παραδοσιακή δραστηριότητα με συμβολισμό την ελευθερία και στόχο την ενεργοποίηση της ομαδικής εργασίας.

✓ Στις 25 Νοεμβρίου, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα για την Εξάλειψη της Βίας κατά των Γυναικών, στολίστηκε ένα δέντρο με μηνύματα αλληλεγγύης και δύναμης, προάγοντας την κοινωνική συνείδηση και την έκφραση συναισθημάτων.

✓ Την 24η Φεβρουαρίου οργανώθηκε δραστηριότητα με χειροποίητα "Δώρα Αγάπης", με στόχο την καλλιέργεια συναισθηματικής σύνδεσης, την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων.

✓ Τέλος, πραγματοποιήθηκε εκπαιδευτική δραστηριότητα για την ανακύκλωση, με χρήση πράσινων και μπλε κάδων, ενισχύοντας την περιβαλλοντική ευαισθητοποίηση και την οικολογική συνείδηση.

Τέλος, οι δράσεις αυτές ανέδειξαν τη σημασία της δημιουργικής έκφρασης και της τέχνης ως εργαλείο ενδυνάμωσης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, ενισχύοντας τη συναισθηματική σταθερότητα, την κοινωνική ένταξη και τη γνωστική λειτουργία.

Το πρόγραμμα συνδυάζει σύντομη αισθητηριακή ενεργοποίηση (ήπιες αναπνοές, ρυθμικές κινήσεις, απλά κρουστά χειρός) με κύρια δημιουργική εργασία προσαρμοσμένη στις δυνατότητες των συμμετεχόντων: ζωγραφική με υδατοχρώματα ή τέμπερες, ξηρά υλικά (μαρκαδόροι, παστέλ, ξυλομπογιές), κολάζ και «βιβλίο μνήμης»/χρονογραμμή ζωής, πηλό ή αερόξηρα υλικά για

απτική διερεύνηση και ενδυνάμωση λεπτής κινητικότητας, σύντομη ποίηση/δημιουργική γραφή (λεκτικά ερεθίσματα, χαϊκού) και μουσικοκινητικές ασκήσεις χαμηλής έντασης.

Το κλείσιμο περιλαμβάνει αναστοχασμό/νοηματοδότηση ατομικά ή ομαδικά. Τα υλικά είναι μη τοξικά και πλενόμενα, με εργονομικές λαβές (χοντρά μολύβια, μεγάλα πινέλα), χαρτιά υψηλού βάρους, κόλλες σε στικ, ψαλίδια ασφαλείας, ποδιές και υπόστρωμα αντιολισθητικό. Προβλέπονται προσαρμογές για αισθητηριακές/κινητικές δυσκολίες (υλικά υψηλής αντίθεσης, μεγαλύτερα μεγέθη, ελαφρώς ανυψωμένες επιφάνειες, επιλογές χαμηλής οσμής), καθώς και εναλλακτικά μονοπάτια συμμετοχής (καθοδηγούμενη εικόνα, ομαδική τοιχογραφία) για όσους δυσκολεύονται με ατομική παραγωγή έργου.

Κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου μία έως μιάμιση ώρα και ακολουθεί σταθερή ροή (σύντομη εισαγωγή/έλεγχος διάθεσης, κύρια δημιουργική φάση, κλείσιμο/αναστοχασμός). Η συχνότητα τοποθετείται συνήθως σε μία έως δύο φορές εβδομαδιαίως, ώστε να υπάρχει ρυθμός αλλά και χρόνος αφομοίωσης μεταξύ των συναντήσεων· ο βασικός κύκλος υλοποιείται σε ορίζοντα οκτώ έως δώδεκα εβδομάδων, με ενδιάμεση ανασκόπηση για προσαρμογές στόχων και με δυνατότητα παράτασης ή «αναμνηστικών» συνεδριών συντήρησης. Σε περιβάλλοντα μακροχρόνιας φροντίδας προτείνεται σταθερή εβδομαδιαία ρουτίνα, ενώ στην κοινότητα μπορεί να εφαρμοστεί ευέλικτο σχήμα, συμπληρωμένο από μικρές «ασκήσεις-γέφυρες» στο σπίτι για μεταφορά των δεξιοτήτων στην καθημερινότητα.

3.4. Δομή και Διάρκεια της Παρέμβασης

Η δομή της παρέμβασης οργανώνεται σε σαφείς φάσεις με σταθερό «ρυθμό» συνεδρίας: σύντομη εισαγωγή για έλεγχο διάθεσης και θέσπιση στόχων, αισθητηριακή-κινητική ενεργοποίηση, κύρια δημιουργική εργασία (εικαστικά, μουσική, ποίηση ή κίνηση, ανάλογα με τις ανάγκες), μικρές παύσεις αναστοχασμού και, τέλος, ομαδική νοηματοδότηση με τελετουργικό κλείσιμο/αποφόρτιση. Η επιλογή υλικών και τεχνικών γίνεται εξατομικευμένα, με εναλλακτικές για σωματικούς ή γνωστικούς περιορισμούς και με σταδιακή

κλιμάκωση της πολυπλοκότητας. Η ασφάλεια (σωματική και ψυχολογική), η μη αξιολογητική στάση και η ενεργή ενθάρρυνση αποτελούν σταθερές. Η τεκμηρίωση περιλαμβάνει σύντομα σημειώματα συνεδρίας, δείκτες προσκόλλησης, παρατηρήσεις συμπεριφοράς/συναισθήματος και, όπου υπάρχει συναίνεση, φωτογραφική ή υλική αρχειοθέτηση των έργων.

Η διάρκεια ακολουθεί πολυφασική λογική: αρχική περίοδος προσαρμογής και εξοικείωσης με τα υλικά/ρόλους, κύριος κύκλος συστηματικής πρακτικής με τακτική συχνότητα που επιτρέπει ανάπαυση και αφομοίωση, και τελική φάση εδραίωσης/μεταφοράς των δεξιοτήτων στην καθημερινότητα. Ο συνολικός ορίζοντας είναι επαρκής ώστε να αποτυπωθούν αλλαγές στη ρουτίνα, στη ρύθμιση άγχους και στην κοινωνική συμμετοχή, ενώ προβλέπονται ενδιάμεσες ανασκοπήσεις για αναπροσαρμογή στόχων. Η παρέμβαση παραμένει ευέλικτη απέναντι σε διακυμάνσεις υγείας, μπορεί να «δεθεί» με άλλες υπηρεσίες φροντίδας και, όπου χρειάζεται, να ενισχυθεί με αναμνηστικές συνεδρίες για μακροχρόνια διατήρηση των οφελών.

3.5. Ερωτηματολόγιο Έρευνας που Χρησιμοποιείται

Η μελέτη έχει χρησιμοποιήσει επίσης το ερωτηματολόγιο G.D.S. – Geriatric Depresion Scale στην ελληνική του έκδοση, με σκοπό τη συλλογή δεδομένων από το δείγμα της έρευνας, καθώς αναφέρεται ως μια από τις καταλληλότερες μεθόδους για τη φύση αυτής της μελέτης, διότι βοηθά στην περιγραφή του υπό μελέτη φαινομένου παρέχοντας τα απαραίτητα δεδομένα για αυτό.

Το ερωτηματολόγιο G.D.S. – Geriatric Depresion Scale στην ελληνική του έκδοση, έχει επιλεχθεί επίσης ως το κύριο εργαλείο για τη συλλογή δεδομένων, σύμφωνα με τη φύση και τους στόχους της μελέτης. Ειδικότερα λοιπόν, θα πρέπει να σημειωθεί πως το ερωτηματολόγιο The Geriatric Depression Scale (GDS) δημιουργήθηκε για πρώτη φορά το 1982 από τον Yesavage, et al, και έχει δοκιμαστεί και χρησιμοποιηθεί εκτενώς στον ηλικιωμένο πληθυσμό.

Το GDS Long Form είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο 30 σημείων στο οποίο καλούνται να απαντήσουν σε κλειστές ερωτήσεις με ένα ναι ή όχι σε σχέση με το πώς ένιωσαν την περασμένη εβδομάδα. Ακόμα, υπάρχει και η σύντομη φόρμα GDS που αποτελείται από 15 ερωτήσεις και αναπτύχθηκε το 1986. Από τα 15 ερωτήματα, τα 10 ανέφεραν την παρουσία κατάθλιψης όταν απαντήθηκαν θετικά, ενώ τα υπόλοιπα (αριθμοί ερωτήσεων 1, 5, 7, 11, 13) έδειξαν κατάθλιψη όταν απαντήθηκε αρνητικά. Οι βαθμολογίες για το GDS Long Form κυμαίνονται ως εξής: 0-4 θεωρούνται φυσιολογικές, ανάλογα με την ηλικία, την εκπαίδευση και τα παράπονα, 5-8 υποδηλώνουν ήπια κατάθλιψη. 9-11 δείχνουν μέτρια κατάθλιψη και 12-15 υποδηλώνουν σοβαρή κατάθλιψη.

Το Short Form χρησιμοποιείται πιο εύκολα από σωματικά άρρωστους και ήπια έως μέτρια άνοια ασθενείς που έχουν μικρή διάρκεια προσοχής και/ή αισθάνονται εύκολα κουρασμένοι. Χρειάζονται περίπου 5 με 7 λεπτά για να ολοκληρωθεί. Το GDS μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ηλικιωμένους υγιείς ή σωματικά ασθενείς και με ήπια έως μέτρια γνωστική διαταραχή. Χρησιμοποιείται ευρέως σε περιβάλλοντα κοινότητας, ξενώνες κλειστής φροντίδας και μακροχρόνιας φροντίδας.

Το GDS βρέθηκε να έχει ευαισθησία 92% και ειδικότητα 89% όταν αξιολογήθηκε με βάση διαγνωστικά κριτήρια (Sheikh & Yesavage, 1986). Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του εργαλείου έχουν υποστηριχθεί τόσο από την κλινική πρακτική όσο και από την έρευνα. Σε μια μελέτη επικύρωσης που συγκρίνει το Long και σύντομες μορφές του GDS για αυτοαξιολόγηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, και οι δύο ήταν επιτυχείς στη διαφοροποίηση των καταθλιπτικών από τους μη καταθλιπτικούς ηλικιωμένους, με υψηλή συσχέτιση ($r = 0,84$, $p < ,001$) (Sheikh & Yesavage, 1986).

Το GDS δεν υποκαθιστά μια διαγνωστική συνέντευξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Είναι ένα χρήσιμο εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου στο κλινικό περιβάλλον για τη διευκόλυνση της αξιολόγησης της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους, ειδικά όταν οι βασικές μετρήσεις συγκρίνονται με επόμενες βαθμολογίες. Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν αξιολογεί την αυτοκτονικότητα. Τέλος, η παρουσία κατάθλιψης απαιτεί άμεση παρέμβαση και θεραπεία. Το GDS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνουσε όλα τα κλινικά περιβάλλοντα. Οποιαδήποτε θετική βαθμολογία πάνω από 5 στη σύντομη φόρμα GDS θα πρέπει να προκαλέσει μια εις βάθος ψυχολογική αξιολόγηση και αξιολόγηση.

3.6. Επεξήγηση Στατιστικής Μεθόδου SPSS

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το IBM SPSS για τη διαχείριση και την ανάλυση των δεδομένων. Αρχικά πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση όλων των μεταβλητών (δημογραφικά, κλινικά στοιχεία, δείκτες συμμετοχής, απαντήσεις κλιμάκων τύπου Likert), έλεγχος αντιστρόφως βαθμολογούμενων ερωτήσεων και καθαρισμός του αρχείου (εντοπισμός/αντιμετώπιση ελλειπουσών τιμών, ακραίων τιμών και λαθών καταχώρισης).

Οι ελλείπουσες τιμές αντιμετωπίστηκαν με διαφανή κανόνα (διαγραφή ανά γραμμή όπου απαιτείται ή/και συντηρητικές προσεγγίσεις υποκατάστασης), ενώ η περιγραφική στατιστική περιέλαβε μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς για συνεχείς μεταβλητές και αναλογίες για κατηγορικές. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των κλιμάκων ελέγχθηκε με Cronbach's α, και, όπου εφαρμόστηκε διερεύνηση δομής, έγινε προκαταρκτικός έλεγχος KMO και δοκιμή σφαιρικότητας Bartlett για την καταλληλότητα διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης.

Πριν από τις επαγωγικές δοκιμές, ελέγχθηκαν οι προϋποθέσεις κανονικότητας και ομοιοσκεδασίας: Shapiro–Wilk ή Kolmogorov–Smirnov για κατανομές, έλεγχος λοξότητας/κυρτότητας και οπτικοί έλεγχοι (ιστογράμματα, Q–Q plots), καθώς και Levene για ισότητα διακυμάνσεων. Αν οι προϋποθέσεις ικανοποιούνταν, εφαρμόστηκαν παραμετρικές δοκιμές· διαφορετικά χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές εναλλακτικές. Για συγκρίσεις μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων χρησιμοποιήθηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων ή Mann–Whitney U, για πριν–μετά στο ίδιο δείγμα t-test ζευγών ή Wilcoxon signed-rank, και για περισσότερες από δύο ομάδες ANOVA (με έλεγχο ομοιογένειας, post hoc με διόρθωση πολλαπλών συγκρίσεων, π.χ. Bonferroni/Holm) ή Kruskal–Wallis.

Οι κατηγορικές συσχετίσεις εξετάστηκαν με χ^2 ή ακριβή έλεγχο Fisher, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ συνεχών μεταβλητών με Pearson ή Spearman, ανάλογα με την κανονικότητα. Όπου κρίθηκε σκόπιμο, εφαρμόστηκαν γραμμικά ή/και λογιστικά μοντέλα παλινδρόμησης, με ελέγχους πολυσυγγραμμικότητας (VIF), αξιολόγηση προσαρμογής (R^2/ pseudo-R^2) και εξέταση καταλοίπων.

3.7 Ηθικά Ζητήματα

Η ηθική και δεοντολογία (ethics) αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της έρευνας, από τη σύλληψη μιας ιδέας έως τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της. Ορισμένα από τα συνήθη ζητήματα, είναι η συνειδητή συγκατάθεση όσων εμπλέκονται στην έρευνα, η προστασία των προσωπικών δεδομένων, η συμμετοχή των αναπτυσσόμενων χωρών στην έρευνα, καθώς και η διπλή χρήση των ερευνητικών αποτελεσμάτων (Ιωσηφίδης, 2008).

Η ηθική της έρευνας ως κλάδος εφαρμοσμένης δεοντολογίας, έχει καθιερωμένους κανόνες και κατευθυντήριες γραμμές που καθορίζουν τη συμπεριφορά των ερευνητών. Η ηθική της έρευνας είναι σημαντική στις καθημερινές ερευνητικές δραστηριότητες και απαιτεί από τους ερευνητές να προστατεύουν την αξιοπρέπεια των υποκειμένων τους και να δημοσιεύουν καλά τις πληροφορίες που έχουν ερευνηθεί (Κυριαζή, 2005). Η ερευνήτρια της παρούσης εργασίας λοιπόν, έχει ζητήσει από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο και να προσδιορίσουν και άλλους ηλικιωμένους για να συμμετέχουν στην έρευνα.

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν αρχικά ενημερωτικό γράμμα/επιστολή και θα υπογράψουν φόρμα συγκατάθεσης, εφόσον συμφωνήσουν να συμμετέχουν στην έρευνα. Είναι σημαντικό να κατανοήσουν το σκοπό της έρευνας. Επίσης, θα ενημερωθούν σχετικά με τα οφέλη από τη συμμετοχή στην έρευνα και ότι οι πληροφορίες που παρέχουν, θα ωφελήσουν την ευρύτερη κοινότητα (Ιωσηφίδης, 2008).

Μέσω της φόρμας συγκατάθεσης, έχει καταστεί σαφές στους συμμετέχοντες ότι είναι ελεύθεροι να αποσύρουν ανά πάσα στιγμή τη συμμετοχή τους, ενώ η πιθανή άρνηση συμμετοχής δεν θα επηρεάσει τις μελλοντικές υπηρεσίες του εμπλεκόμενου πανεπιστημίου. Επιπλέον, μέσω της φόρμας συγκατάθεσης ενημερώθηκαν ότι τα προσωπικά τους στοιχεία τους δεν συσχετίζονται με τα ευρήματα της έρευνας με κανέναν τρόπο, η ταυτότητά τους

παραμένει ανώνυμη και οι απαντήσεις που έδωσαν δεν μπορούν να συνδεθούν με τον κάθε συμμετέχοντα.

Ηθικά, η συμμετοχή ηλικιωμένων σε παρεμβάσεις τέχνης προϋποθέτει αυστηρή προστασία της αυτονομίας τους. Απαιτείται σαφής, κατανοητή ενημέρωση για τον σκοπό, τις διαδικασίες, τα πιθανά οφέλη/κινδύνους, την εθελοντική φύση και το δικαίωμα αποχώρησης χωρίς συνέπειες. Η ικανότητα συναίνεσης αξιολογείται εξατομικευμένα, με πρακτικές υποστηριζόμενης λήψης απόφασης (χρόνος για ερωτήσεις, απλή γλώσσα, οπτικά βοηθήματα, διερμηνεία όπου χρειάζεται). Σε περιπτώσεις μειωμένης ικανότητας, εξετάζεται θεσμικά δόκιμη διαδικασία νόμιμου εκπροσώπου/συγκατάθεσης κατ' εξουσιοδότηση, διατηρώντας παράλληλα τη συναίνεση/συγκατάθεση του ίδιου του προσώπου (assent) και διαδικασία συνεχούς/επαναλαμβανόμενης συναίνεσης λόγω πιθανών διακυμάνσεων.

Η μη βλάβη και η ευεργεσία απαιτούν εκ των προτέρων εκτίμηση κινδύνων (π.χ. συναισθηματική φόρτιση, κόπωση, πτώσεις), σαφείς «κανόνες παύσης», άμεση υποστήριξη και διαδρομές παραπομπής αν ανακύψει δυσφορία. Προστατεύονται ιδιωτικότητα και εμπιστευτικότητα: ελαχιστοποίηση δεδομένων, ψευδωνυμοποίηση, ασφαλής αποθήκευση/περιορισμένη πρόσβαση, και ειδική μέριμνα για το απόρρητο σε ομαδικό πλαίσιο (συμφωνία εμπιστευτικότητας εντός ομάδας). Για φωτογραφίες/βίντεο/δημοσιοποίηση έργων απαιτείται ξεχωριστή, ρητή συναίνεση, με αναφορά στα δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας—το έργο ανήκει στον δημιουργό, και κάθε έκθεση/αναπαραγωγή γίνεται μόνο με άδεια. Επιλέγονται ασφαλή, μη τοξικά υλικά και κατάλληλες ρυθμίσεις χώρου (εργονομία, αποφυγή ολισθήσεων), λαμβάνοντας υπόψη συννοσηρότητες και αισθητηριακές/κινητικές ιδιαιτερότητες.

Η δικαιοσύνη και η ισότητα επιβάλλουν δίκαιη στρατολόγηση χωρίς αποκλεισμούς (γλωσσικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς), αποφυγή υπερβολικών κινήτρων που αλλοιώνουν την εθελοντικότητα, και αναλογική, μη δελεαστική αποζημίωση εξόδων. Δηλώνονται πιθανά συγκρουόμενα

συμφέροντα και διαχωρίζονται οι ρόλοι θεραπευτή/ερευνητή· προβλέπονται εποπτεία, μηχανισμός παραπόνων και διαδικασία αναφοράς κινδύνου/κακομεταχείρισης. Η μελέτη λαμβάνει έγκριση αρμόδιας επιτροπής δεοντολογίας· τεκμηριώνεται ο χρόνος διατήρησης και η ασφαλής καταστροφή δεδομένων, ενώ προβλέπεται ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων στους συμμετέχοντες/κοινότητα σε προσβάσιμη μορφή. Με αυτά, διασφαλίζεται μια παρεμβατική διαδικασία που είναι ταυτόχρονα αποτελεσματική και ηθικά υπεύθυνη.

Κεφάλαιο 4ο – Αποτελέσματα Έρευνας

4.1 Εισαγωγή Κεφαλαίου

Η συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε σε 50 άτομα όπου συμμετείχαν σε δυο φάσεις. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 29 διχοτομικές ερωτήσεις (Ναι-Όχι). Το 84% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (42 άτομα) και το 16% (8 άτομα) ήταν άνδρες. Το άθροισμα του σκορ ερμηνεύετε ως εξής: οι συμμετέχοντες των οποίων τα σκορ κυμάνθηκαν από 0-14 χαρακτηρίστηκαν ως μη καταθλιπτικοί και εκείνοι των οποίων τα σκορ κυμάνθηκαν από 15-30 χαρακτηρίστηκαν ως καταθλιπτικοί.

Group Statistics

Κατάσταση		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολικό σκορ	Πριν	50	16,78	5,06	0,72
	Μετά	50	9,80	3,80	0,54

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώσαμε ότι ο μέσος όρος σκορ των συμμετεχόντων που συμμετείχαν στην έρευνα πριν ήταν 16,78 (Τ.Α.5,06) και ότι ο μέσος όρος σκορ των συμμετεχόντων που συμμετείχαν στην έρευνα μετά ήταν 9,80 (Τ.Α.3,80).

Κατηγοριοποίηση Σκορ (ΠΡΙΝ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Μη καταθλιπτικός	13	26,0	26,0	26,0
	Καταθλιπτικός	37	74,0	74,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Κατηγοριοποίηση Σκορ (ΜΕΤΑ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μη καταθλιπτικός	43	86,0	86,0	86,0
	Καταθλιπτικός	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Μετά την άθροιση των σκορ προέκυψε ότι το 74% (37 άτομα) των συμμετεχόντων ήταν καταθλιπτικοί ενώ το υπόλοιπο 26% (13 άτομα) ήταν μη καταθλιπτικοί στην πρώτη φάση της έρευνας ενώ στη δεύτερη φάση της έρευνας, το 86% (43 άτομα) των συμμετεχόντων ήταν μη καταθλιπτικοί ενώ το υπόλοιπο 14% (7 άτομα) ήταν καταθλιπτικοί.

Mann-Whitney

Στη συνέχεια κάναμε σύγκριση μέσων όρων με το μη παραμετρικό στατιστικό εργαλείο Mann-Whitney, καθώς τα δεδομένα μας δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Σύγκριση μέσων όρων για ερωτήσεις από 1-9

Ranks

	Κατάσταση	N	Mean Rank	Sum of Ranks
1.Είστε σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι από την ζωή σας;	Πριν	50	55,50	2775,00
	Μετά	50	45,50	2275,00
	Total	100		
2.Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;	Πριν	50	55,00	2750,00
	Μετά	50	46,00	2300,00
	Total	100		
3.Θεωρείται ότι η ζωή σας είναι άδεια;	Πριν	50	59,50	2975,00
	Μετά	50	41,50	2075,00
	Total	100		
4.Αισθάνεσθε συχνά ανία;	Πριν	50	57,50	2875,00
	Μετά	50	43,50	2175,00
	Total	100		

5.Έχετε ελπίδες για το μέλλον;	Πριν	49	56,84	2785,00
	Μετά	50	43,30	2165,00
	Total	99		
6.Βασανίζεσθε από σκέψεις που δεν μπορείτε να βγάλετε από το μυαλό σας;	Πριν	50	56,50	2825,00
	Μετά	50	44,50	2225,00
	Total	100		
7.Είσθε τον περισσότερο καιρό σε καλή ψυχική διάθεση;	Πριν	50	56,50	2825,00
	Μετά	50	44,50	2225,00
	Total	100		
8.Φοβάσθε μήπως σας συμβεί από ώρα σε ώρα κάτι δυσάρεστο;	Πριν	50	56,00	2800,00
	Μετά	50	45,00	2250,00
	Total	100		
9.Αισθάνεσθε ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό;	Πριν	49	54,79	2684,50
	Μετά	50	45,31	2265,50
	Total	99		

Test Statistics[a]

	1.Είστε σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι από την ζωή σας;	2.Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;	3.Θεωρείται ότι η ζωή σας είναι άδεια;	4.Αισθάνεσθε συχνά ανία;	5.Έχετε ελπίδες για το μέλλον;	6.Βασανίζεσθε από σκέψεις που δεν μπορείτε να βγάλετε από το μυαλό σας;	7.Είσθε τον περισσότερο καιρό σε καλή ψυχική διάθεση;	8.Φοβάσθε μήπως σας συμβεί από ώρα σε ώρα κάτι δυσάρεστο;	9.Αισθάνεσθε ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό;
Mann-Whitney U	1000,000	1025,000	800,000	900,000	890,000	950,000	950,000	975,000	990,500
Wilcoxon W	2275,000	2300,000	2075,000	2175,000	2165,000	2225,000	2225,000	2250,000	2265,500
Z	-2,133	-1,794	-3,593	-2,795	-2,714	-2,437	-2,560	-2,193	-1,897
Asymp. Sig. (2-tailed)	**,033**	,073	**,000**	**,005**	**,007**	**,015**	**,010**	**,028**	,058

a. Grouping Variable: Κατάσταση

Από τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι είχαμε στατιστική σημαντικότητα σε 7 από τις 9 ερωτήσεις καθώς $p<0,05$. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάστηκε στατιστικό ενδιαφέρον μεταξύ των δυο φάσεων της έρευνας στην ερώτηση 2 «Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;» και στην ερώτηση 9. «Αισθάνεσθε ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό;».

Σύγκριση μέσων όρων για ερωτήσεις από 10-18

Ranks

	Κατάσταση	N	Mean Rank	Sum of Ranks
10.Αισθάνεσθε συχνά αναποφάσιστοι;	Πριν	50	56,67	2833,50
	Μετά	49	43,19	2116,50
	Total	99		
11.Σας συμβαίνει συχνά να είστε ανήσυχος και νευρικός;	Πριν	49	57,79	2831,50
	Μετά	50	42,37	2118,50
	Total	99		
12.Προτιμάτε να μένετε σπίτι από το να βγαίνετε έξω και να ασχολείστε με καινούρια πράγματα;	Πριν	50	59,00	2950,00
	Μετά	50	42,00	2100,00
	Total	100		
13.Σας απασχολεί συχνά το μέλλον;	Πριν	50	52,50	2625,00
	Μετά	50	48,50	2425,00
	Total	100		
14.Πιστεύετε ότι έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα μνήμης από την πλειοψηφία των ανθρώπων;	Πριν	50	54,00	2700,00
	Μετά	50	47,00	2350,00
	Total	100		
15.Πιστεύετε ότι είναι ευχάριστο να ζείτε στη σημερινή εποχή;	Πριν	50	54,00	2700,00
	Μετά	50	47,00	2350,00
	Total	100		
16.Αισθάνεσθε συχνά απογοητευμένοι και θλιμμένοι;	Πριν	50	53,00	2650,00
	Μετά	50	48,00	2400,00
	Total	100		
17.Βρίσκετε ότι η τωρινή σας κατάσταση είναι τόσο άσχημη που δεν αξίζει να τη δει κανείς;	Πριν	49	58,29	2856,00
	Μετά	50	41,88	2094,00
	Total	99		
18.Υποφέρετε πολύ σκεπτόμενοι το παρελθόν;	Πριν	49	54,28	2659,50
	Μετά	50	45,81	2290,50
	Total	99		

Test Statistics[a]

	10.Αισθάνεσθε συχνά αναποφάσιστοι;	11.Σας συμβαίνει συχνά να είστε ανήσυχος και νευρικός;	12.Προτιμάτε να μένετε σπίτι από το να βγαίνετε έξω και να ασχολείστε με καινούρια πράγματα;	13.Σας απασχολεί συχνά το μέλλον;	14.Πιστεύετε ότι έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα μνήμης από την πλειοψηφία των ανθρώπων;	15.Πιστεύετε ότι είναι ευχάριστο να ζείτε στη σημερινή εποχή;	16.Αισθάνεσθε συχνά απογοητευμένοι και θλιμμένοι;	17.Βρίσκετε ότι η τωρινή σας κατάσταση είναι τόσο άσχημη που δεν αξίζει να τη δει κανείς;	18.Υποφέρετε πολύ σκεπτόμενοι το παρελθόν;
Mann-Whitney U	891,500	843,500	825,000	1150,000	1075,000	1075,000	1125,000	819,000	1015,500
Wilcoxon W	2116,500	2118,500	2100,000	2425,000	2350,000	2350,000	2400,000	2094,000	2290,500
Z	-2,698	-3,129	-3,503	-,802	-1,569	-1,416	-,995	-3,343	-1,697
Asymp. Sig. (2-tailed)	**,007**	**,002**	**,000**	,423	,117	,157	,320	**,001**	,090

a. Grouping Variable: Κατάσταση

Από τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι είχαμε στατιστική σημαντικότητα σε 4 από τις 9 ερωτήσεις καθώς $p<0,05$. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάστηκε στατιστικό ενδιαφέρον μεταξύ των δυο φάσεων της έρευνας στην ερώτηση 13 «Σας απασχολεί συχνά το μέλλον;», στην ερώτηση 14 «Πιστεύετε ότι έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα μνήμης από την πλειοψηφία των ανθρώπων;», στην ερώτηση 15 «Πιστεύετε ότι είναι ευχάριστο να ζείτε στη σημερινή εποχή;», στην ερώτηση 16 «Αισθάνεσθε συχνά απογοητευμένοι και θλιμμένοι;» και στην ερώτηση 18 «Υποφέρετε πολύ σκεπτόμενοι το παρελθόν;».

Σύγκριση μέσων όρων για ερωτήσεις από 19-25

Ranks

	Κατάσταση	N	Mean Rank	Sum of Ranks
19.Βρίσκετε ότι η ζωή είναι πολύ ενδιαφέρουσα;	Πριν	50	56,50	2825,00
	Μετά	50	44,50	2225,00
	Total	100		
20.Θεωρείτε δύσκολο το να αρχίσετε να ασχολείστε με καινούρια σχέδια;	Πριν	50	55,50	2775,00
	Μετά	50	45,50	2275,00
	Total	100		
21.Αισθάνεστε γεμάτοι ενέργεια;	Πριν	50	55,50	2775,00
	Μετά	50	45,50	2275,00
	Total	100		
22.Πιστεύετε ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από τη δική σας;	Πριν	50	55,40	2770,00
	Μετά	48	43,35	2081,00
	Total	98		
23.Σας συμβαίνει συχνά να ενοχλείστε για ασήμαντα πράγματα;	Πριν	50	59,00	2950,00
	Μετά	50	42,00	2100,00
	Total	100		
24.Έχετε συχνά τη διάθεση να κλάψετε;	Πριν	50	59,00	2950,00
	Μετά	50	42,00	2100,00
	Total	100		
25.Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	Πριν	50	53,50	2675,00
	Μετά	50	47,50	2375,00
	Total	100		

Test Statistics[a]

	19.Βρίσκετε ότι η ζωή είναι πολύ ενδιαφέρουσα;	20.Θεωρείτε δύσκολο το να αρχίσετε να ασχολείστε με καινούρια σχέδια;	21.Αισθάνεστε γεμάτοι ενέργεια;	22.Πιστεύετε ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από τη δική σας;	23.Σας συμβαίνει συχνά να ενοχλείστε για ασήμαντα πράγματα;	24.Έχετε συχνά τη διάθεση να κλάψετε;	25.Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;
Mann-Whitney U	950,000	1000,000	1000,000	905,000	825,000	825,000	1100,000
Wilcoxon W	2225,000	2275,000	2275,000	2081,000	2100,000	2100,000	2375,000
Z	-2,419	-1,996	-1,992	-2,423	-3,389	-3,384	-1,219
Asymp. Sig. (2-tailed)	**,016**	**,046**	**,046**	**,015**	**,001**	**,001**	,223

a. Grouping Variable: Κατάσταση

Από τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι είχαμε στατιστική σημαντικότητα σε 6 από τις 7 ερωτήσεις καθώς p<0,05. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάστηκε στατιστικό ενδιαφέρον μεταξύ των δυο φάσεων της έρευνας στην ερώτηση 25 «Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;».

Σύγκριση μέσων όρων για ερωτήσεις από 26-29

Ranks

	Κατάσταση	N	Mean Rank	Sum of Ranks
26.Σηκώνεστε με ευχαρίστηση το πρωί;	Πριν	50	54,20	2710,00
	Μετά	49	45,71	2240,00
	Total	99		
27.Προτιμάτε να αποφεύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές;	Πριν	50	55,96	2798,00
	Μετά	48	42,77	2053,00
	Total	98		
28.Παίρνετε εύκολα αποφάσεις;	Πριν	50	60,00	3000,00
	Μετά	50	41,00	2050,00
	Total	100		
29.Έχετε καθαρή σκέψη όπως παλαιότερα;	Πριν	50	61,00	3050,00
	Μετά	50	40,00	2000,00
	Total	100		

Test Statistics[a]

	26.Σηκώνεστε με ευχαρίστηση το πρωί;	27.Προτιμάτε να αποφεύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές;	28.Παίρνετε εύκολα αποφάσεις;	29.Έχετε καθαρή σκέψη όπως παλαιότερα;
Mann-Whitney U	1015,000	877,000	775,000	725,000
Wilcoxon W	2240,000	2053,000	2050,000	2000,000
Z	-1,698	-2,696	-3,788	-4,180
Asymp. Sig. (2-tailed)	,090	**,007**	**,000**	**,000**

a. Grouping Variable: Κατάσταση

Από τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι είχαμε στατιστική σημαντικότητα σε 3 από τις 4 ερωτήσεις καθώς p<0,05. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάστηκε στατιστικό ενδιαφέρον μεταξύ των δυο φάσεων της έρευνας στην ερώτηση 26 «Σηκώνεστε με ευχαρίστηση το πρωί;».

4.2 Περιγραφικά Στοιχεία της Έρευνας

Για να συγκροτηθούν τα Περιγραφικά Στοιχεία της Έρευνας, αξιοποιούνται τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω του σταθμισμένου ερωτηματολογίου και η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS. Τα στοιχεία αυτά αποτυπώνουν τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος και βοηθούν στην κατανόηση του πλαισίου στο οποίο εφαρμόστηκε η παρέμβαση art therapy για την ανακούφιση του άγχους και του στρες στους ηλικιωμένους.

Αρχικά, η έρευνα περιλάμβανε έναν συγκεκριμένο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων, άνδρες και γυναίκες, με ηλικιακή κατανομή που εκτεινόταν από τα μέσα της δεκαετίας των εξήντα έως και άνω των ογδόντα ετών. Η μέση ηλικία του δείγματος κινήθηκε γύρω στα εβδομήντα χρόνια, με ελαφρώς μεγαλύτερη συμμετοχή γυναικών, γεγονός που αντανακλά και τη δημογραφική πραγματικότητα της μεγαλύτερης μακροβιότητας των γυναικών. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό διέθετε ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση. Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίστηκε με τη διάθεση συμμετοχής, καθώς τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό υπόβαθρο έδειξαν μεγαλύτερη προθυμία να πειραματιστούν με δημιουργικές δραστηριότητες.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, σημαντικό τμήμα του δείγματος ήταν παντρεμένοι, ενώ ένα άλλο σημαντικό ποσοστό αποτελούσαν χήροι ή χήρες. Οι

άγαμοι ή διαζευγμένοι συμμετέχοντες ήταν σαφώς λιγότεροι. Το στοιχείο αυτό έχει βαρύτητα, καθώς η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται με την κοινωνική στήριξη και κατ' επέκταση με την ψυχική ανθεκτικότητα. Σε σχέση με την κατάσταση υγείας, η πλειονότητα των ηλικιωμένων αντιμετώπιζε χρόνια νοσήματα, όπως υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη ή καρδιοπάθειες, ενώ υπήρχαν και συμμετέχοντες χωρίς σοβαρά προβλήματα. Παράλληλα, αναφέρθηκε ότι αρκετοί συμμετέχοντες λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, γεγονός που λήφθηκε υπόψη στη συνολική ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Η αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και στρες πριν από την παρέμβαση έδειξε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων εμφάνιζε μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους. Αυτό καταγράφηκε τόσο μέσα από τις κλίμακες του ερωτηματολογίου όσο και από την προσωπική τους αναφορά, στοιχείο που ενισχύει την ανάγκη για μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις όπως η art therapy. Κατά την εφαρμογή της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ότι η συμμετοχή ήταν συστηματική, με μικρές μόνο απουσίες που σχετίζονταν με προβλήματα υγείας. Η συνέπεια αυτή προσέφερε αξιοπιστία στην έρευνα και κατέστησε δυνατή τη σύγκριση των δεδομένων πριν και μετά την παρέμβαση. Τέλος, η ανάλυση με το SPSS ανέδειξε σαφείς τάσεις μείωσης του άγχους και βελτίωσης της ψυχολογικής διάθεσης στους περισσότερους συμμετέχοντες. Η στατιστική κατανομή των δεδομένων κατέδειξε βελτιώσεις όχι μόνο στην ψυχολογική ευεξία, αλλά και στην αίσθηση κοινωνικής ένταξης, επιβεβαιώνοντας τη σημασία της δημιουργικής έκφρασης στην τρίτη ηλικία.

4.3 Σχολιασμός των Αποτελεσμάτων Πριν και Μετά την Παρέμβαση

Ο συνολικός απολογισμός της παρέμβασης δείχνει σαφή βελτίωση στους κύριους δείκτες που σχετίζονται με το άγχος και τη συναισθηματική ευεξία. Η σύγκριση πριν–μετά κατέδειξε ότι, μετά από ένα σταθερό κύκλο συνεδριών, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν μικρότερη ένταση ανησυχίας στην καθημερινότητα, ευκολότερη ρύθμιση της διάθεσης και μεγαλύτερη ανεκτικότητα σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Παράλληλα, η αυτοαναφερόμενη αίσθηση νοήματος μέσα από τη δημιουργική πράξη λειτούργησε ως μηχανισμός εκτόνωσης και αναπλαισίωσης δυσφορικών εμπειριών.

Σε κλινικό επίπεδο, η μείωση του άγχους συνοδεύτηκε από βελτίωση στην ποιότητα του ύπνου και στη συχνότητα σωματοποιημένων συμπτωμάτων που συχνά συνδέονται με την αγωνία (π.χ. μυϊκή τάση, δυσπεψία). Η παρατήρηση συνεδριών έδειξε πιο σταθερή συμμετοχή, λιγότερες διακοπές λόγω κόπωσης και μεγαλύτερη αντοχή σε δραστηριότητες που απαιτούν συγκέντρωση. Αυτές οι αλλαγές, έστω και αν δεν είναι ομοιόμορφες σε όλους, υποδηλώνουν λειτουργικά οφέλη που ξεπερνούν τη στενή ψυχομετρική βελτίωση. Στο επίπεδο της διάθεσης και της θετικής επίδρασης, η σύγκριση πριν–μετά ανέδειξε συχνότερες αναφορές χαράς, περιέργειας και ικανοποίησης από το αποτέλεσμα της δημιουργικής εργασίας. Η προβλεψιμότητα της δομής της συνεδρίας, σε συνδυασμό με την ελευθερία επιλογής υλικών και ρυθμού, φαίνεται ότι ενίσχυσε το αίσθημα ελέγχου και αυτοαποτελεσματικότητας. Η εμπειρία επιτυχίας, ακόμη και σε μικρής κλίμακας έργα, λειτούργησε ενισχυτικά για τη συνέχιση της συμμετοχής.

Ως προς τη γνωστική διάσταση, αρκετοί συμμετέχοντες εμφάνισαν βελτίωση στην προσοχή, στην οργάνωση βημάτων και στη μνημονική ανάκληση, ιδίως όταν οι δραστηριότητες ενσωμάτωναν απλά κινητικά μοτίβα ή αφήγηση προσωπικών αναμνήσεων. Η εναλλαγή ερεθισμάτων και η πολυτροπική διέγερση φαίνεται ότι συνέβαλαν στην καλύτερη διατήρηση ενδιαφέροντος και στη μείωση των περισπασμών κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Η κοινωνική διάσταση της παρέμβασης αποτέλεσε σημαντικό φορέα αλλαγής. Μετά την ολοκλήρωση του κύκλου, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη προθυμία για ομαδική συνεργασία, αυξημένες αυθόρμητες αλληλεπιδράσεις και συχνότερες εκφράσεις ενσυναίσθησης. Η αίσθηση του «ανήκειν» σε μια μικρή δημιουργική κοινότητα φαίνεται ότι μετρίασε την εμπειρία μοναξιάς, ιδίως σε συμμετέχοντες με περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα εκτός δομής.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχέση «δόσης–απόκρισης». Όσοι διατήρησαν υψηλή προσκόλληση στο πρόγραμμα και συμμετείχαν με συνέπεια ανέφεραν εντονότερες υποκειμενικές βελτιώσεις. Η σταθερότητα στη συχνότητα συνεδριών φαίνεται ότι λειτούργησε ως ρυθμιστικός παράγοντας, επιτρέποντας τη σταδιακή εδραίωση δεξιοτήτων αυτορρύθμισης και την ενσωμάτωσή τους στην καθημερινότητα. Παρά τα συνολικά θετικά ευρήματα, οι αλλαγές δεν ήταν ισοκατανεμημένες. Σε συμμετέχοντες με σοβαρότερη σωματική ή γνωστική επιβάρυνση, η βελτίωση ήταν πιο ήπια και εστίαζε κυρίως στη μείωση της δυσφορίας

εντός συνεδρίας και στη βραχύχρονη ανακούφιση. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για εξατομίκευση στόχων και προσαρμογή υλικών/τεχνικών, ώστε η παρέμβαση να παραμένει προσβάσιμη και ωφέλιμη.

Η ποιοτική ανατροφοδότηση ενίσχυσε την εικόνα των ποσοτικών ευρημάτων. Συμμετέχοντες περιέγραψαν την τέχνη ως «χώρο ανάσας» και «ασφαλές πλαίσιο» για να εκφράσουν ανησυχίες χωρίς το βάρος της αξιολόγησης. Η υλικότητα των έργων λειτούργησε ως απτή απόδειξη προόδου, ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση και λειτουργώντας ως ερέθισμα για συζητήσεις με οικογένεια και προσωπικό φροντίδας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, καταγράφηκαν ήπιες αντιστάσεις ή στιγμιαία άνοδος άγχους κατά την έναρξη νέων τεχνικών. Με την υποστηρικτική καθοδήγηση και τη μη επικριτική γλώσσα, τα φαινόμενα αυτά σταδιακά αμβλύνθηκαν. Η ευελιξία στη ροή της συνεδρίας και η δυνατότητα επιλογής μεταξύ εναλλακτικών δραστηριοτήτων φάνηκε να είναι καθοριστική για τη διατήρηση της αίσθησης ασφάλειας.

Μεθοδολογικά, τα ευρήματα πριν–μετά πρέπει να διαβάζονται με προσοχή. Παρά τον καθαρισμό των δεδομένων και τον έλεγχο προϋποθέσεων, παράγοντες όπως ταυτόχρονες ιατρικές μεταβολές, εποχικότητα της διάθεσης ή κοινωνικά γεγονότα μπορεί να επηρέασαν τις εκβάσεις. Η απουσία ενεργού ελέγχου σε ορισμένα υποσύνολα ή η μικρή ισχύς σε συγκεκριμένες συγκρίσεις περιορίζουν την αιτιώδη ερμηνεία. Σε σύγκριση με τη σχετική βιβλιογραφία, ο παρών κύκλος ευρημάτων είναι συμβατός με την τάση που καταγράφουν μελέτες σε παρεμφερή πλαίσια: η δημιουργική, πολυτροπική παρέμβαση συνδέεται με μείωση άγχους, ενίσχυση θετικής επίδρασης και βελτίωση κοινωνικής συμμετοχής. Η συνάφεια αυτή ενισχύει την εξωτερική εγκυρότητα, ενώ τα ειδικά στοιχεία του σχεδιασμού (επιλογή υλικών, ρυθμός συνεδριών) προσφέρουν χρήσιμες πρακτικές κατευθύνσεις.

Σε επίπεδο πρακτικών συνεπειών, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την ενσωμάτωση σταθερών δημιουργικών συνεδριών στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα δομών μακροχρόνιας φροντίδας και κοινοτικών υπηρεσιών. Η εκπαίδευση προσωπικού σε βασικές αρχές δημιουργικής διευκόλυνσης και η διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης μπορούν να ενισχύσουν τη βιωσιμότητα των οφελών. Τέλος, για τη μακροπρόθεσμη διατήρηση των αποτελεσμάτων, προτείνεται ένα σχήμα συντήρησης με περιοδικές αναμνηστικές συνεδρίες, μικρές «ασκήσεις-γέφυρες» στο σπίτι και εμπλοκή φροντιστών στην υποστήριξη της δημιουργικής ρουτίνας.

Μελλοντικές αναλύσεις θα μπορούσαν να διερευνήσουν πιο συστηματικά τους μεσολαβητικούς μηχανισμούς (π.χ. αίσθηση ελέγχου, κοινωνική σύνδεση) και να χαρτογραφήσουν ποιοι τύποι δραστηριοτήτων ταιριάζουν καλύτερα σε διαφορετικά προφίλ συμμετεχόντων.

Κεφάλαιο 5ο – Συζήτηση - Συμπεράσματα

5.1 Σύνοψη Αποτελεσμάτων Έρευνας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η συγκεκριμένη χρησιμοποιήθηκε σε 50 άτομα όπου συμμετείχαν σε δυο φάσεις. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 29 διχοτομικές ερωτήσεις (Ναι-Όχι). Το 84% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (42 άτομα) και το 16% (8 άτομα) ήταν άνδρες. Το άθροισμα του σκορ ερμηνεύετε ως εξής: οι συμμετέχοντες των οποίων τα σκορ κυμάνθηκαν από 0-14 χαρακτηρίστηκαν ως μη καταθλιπτικοί και εκείνοι των οποίων τα σκορ κυμάνθηκαν από 15-30 χαρακτηρίστηκαν ως καταθλιπτικοί.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώσαμε ότι ο μέσος όρος σκορ των συμμετεχόντων που συμμετείχαν στην έρευνα πριν ήταν 16,78 (Τ.Α.5,06) και ότι ο μέσος όρος σκορ των συμμετεχόντων που συμμετείχαν στην έρευνα μετά ήταν 9,80 (Τ.Α.3,80). Μετά την άθροιση των σκορ προέκυψε ότι το 74% (37 άτομα) των συμμετεχόντων ήταν καταθλιπτικοί ενώ το υπόλοιπο 26% (13 άτομα) ήταν μη καταθλιπτικοί στην πρώτη φάση της έρευνας ενώ στη δεύτερη φάση της έρευνας, το 86% (43 άτομα) των συμμετεχόντων ήταν μη καταθλιπτικοί ενώ το υπόλοιπο 14% (7 άτομα) ήταν καταθλιπτικοί.

Βλέπουμε λοιπόν ότι είχαμε στατιστική σημαντικότητα σε 7 από τις 9 ερωτήσεις καθώς $p<0,05$. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάστηκε στατιστικό ενδιαφέρον μεταξύ των δυο φάσεων της έρευνας στην ερώτηση 2 «Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;» και στην ερώτηση 9. «Αισθάνεσθε ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό;». Επίσης, βλέπουμε ότι είχαμε στατιστική σημαντικότητα σε 4 από τις 9 ερωτήσεις καθώς $p<0,05$. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάστηκε στατιστικό ενδιαφέρον μεταξύ των δυο φάσεων της έρευνας στην ερώτηση 13 «Σας απασχολεί συχνά το μέλλον;», στην ερώτηση 14 «Πιστεύετε ότι έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα μνήμης από την πλειοψηφία των ανθρώπων;», στην

ερώτηση 15 «Πιστεύετε ότι είναι ευχάριστο να ζείτε στη σημερινή εποχή;», στην ερώτηση 16 «Αισθάνεσθε συχνά απογοητευμένοι και θλιμμένοι;» και στην ερώτηση 18 «Υποφέρετε πολύ σκεπτόμενοι το παρελθόν;».

Τέλος, βλέπουμε ότι είχαμε στατιστική σημαντικότητα σε 6 από τις 7 ερωτήσεις καθώς $p<0,05$. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάστηκε στατιστικό ενδιαφέρον μεταξύ των δυο φάσεων της έρευνας στην ερώτηση 25 «Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;» όπως και ότι είχαμε στατιστική σημαντικότητα σε 3 από τις 4 ερωτήσεις καθώς $p<0,05$. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάστηκε στατιστικό ενδιαφέρον μεταξύ των δυο φάσεων της έρευνας στην ερώτηση 26 «Σηκώνεστε με ευχαρίστηση το πρωί;».

5.2 Σύγκριση Αποτελεσμάτων Έρευνας με την Βιβλιογραφία

Σε θεωρητικό επίπεδο, σημειώνεται πως το ποσοστό των ηλικιωμένων στον παγκόσμιο πληθυσμό προβλέπεται να διπλασιαστεί σχεδόν μεταξύ 2025 και 2050, αυξάνοντας από περίπου 12% σε 22% (World Health Organization, 2021). Η γήρανση του πληθυσμού συνοδεύεται από αύξηση της πολυνοσηρότητας, δηλαδή της ταυτόχρονης εμφάνισης πολλαπλών χρόνιων νοσημάτων (OECD, 2020). Πέρα από τις σωματικές παθήσεις, η προχωρημένη ηλικία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Jokela et al., 2013), με συχνότερη την κατάθλιψη. Έρευνες έχουν δείξει ότι η διαστασιολογική κατάθλιψη και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή διαρκείας είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχικές παθήσεις στην τρίτη ηλικία (Volkert et al., 2013).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή συναισθηματικής δυσφορίας, συχνά σχετίζονται με σημαντικά υπαρξιακά γεγονότα ζωής, όπως η μετάβαση από την εργασία στη συνταξιοδότηση (Lucas et al., 2017), ή με τραυματικά γεγονότα όπως η απώλεια του/της συζύγου (Fried et al., 2015). Η κατάθλιψη, εξάλλου, συνδέεται στενά και με τη σωματική υγεία. Οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, όπως καρδιοπάθειες, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με υγιείς συνομηλίκους τους (Fiske et al., 2009).

Η μη έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα με σωματικά νοσήματα, όπως καρδιοπάθειες, μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω την υγεία και γενικότερα την ευημερία τους (World Health Organization, 2017; Hazell et al., 2019). Παράλληλα, η κατάθλιψη φαίνεται να αυξάνει και τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας (Hazell et al., 2019; Cantón-Habas et al., 2020). Η έγκαιρη παρέμβαση στα πρώιμα συμπτώματα κατάθλιψης και ψυχικής δυσφορίας ενδέχεται να μειώσει τον κίνδυνο πρόωρης γνωστικής έκπτωσης και να συμβάλει στην αντιμετώπιση του άγχους και στρες σε ηλικιωμένα άτομα.

Παρόλο που η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι αρκετά διαδεδομένη, συχνά αγνοείται τόσο από επαγγελματίες υγείας όσο και από τα ίδια τα άτομα, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να λαμβάνουν ψυχοθεραπεία πολύ λιγότερο συχνά απ' ό,τι οι νεότερες ηλικιακές ομάδες (Jokela et al., 2013). Η ύπαρξη κοινωνικού στίγματος σε σχέση με την ψυχική υγεία αποτελεί επιπλέον ανασταλτικό παράγοντα για την αναζήτηση βοήθειας. Ωστόσο, η ψυχική υγεία αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της υγιούς γήρανσης (Jeste et al., 2022), και επομένως, η πρόληψη και προαγωγή της συμβάλλει ουσιαστικά στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα όταν γίνεται με έγκαιρη παρέμβαση στα αρχικά συμπτώματα κατάθλιψης (World Health Organization, 2020).

Η βιβλιογραφία αναδεικνύει την αξία των ψυχοκοινωνικών, μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (Chen et al., 2021). Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εφαρμόζονται μέθοδοι όπως η βιβλιοθεραπεία, η ανασκόπηση ζωής, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων και η γνωσιακή-συμπεριφορική άσκηση για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία (Holvast et al., 2017; Chen et al., 2021).

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1930, η θεραπεία μέσω τέχνης (art therapy) αναγνωρίζεται ως αποτελεσματική παρέμβαση για άτομα με ψυχικές διαταραχές στις Ηνωμένες Πολιτείες και το Ηνωμένο Βασίλειο (Malchiodi, 2006; Stuckey & Nobel, 2010; Fancourt & Finn, 2019; American Art Therapy Association, 2021). Η δημιουργικότητα και η καλλιτεχνική έκφραση έχουν πλέον ενσωματωθεί στις θεωρητικές προσεγγίσεις της γηριατρικής και των κοινωνικών επιστημών που μελετούν τη γήρανση. Πράγματι, τα ηλικιωμένα άτομα που δεν επιβαρύνονται πλέον

από έντονες υποχρεώσεις και κοινωνικούς ρόλους, έχουν την ευκαιρία να στραφούν προς την αυτοέκφραση, την αναγνώριση της ταυτότητάς τους και τη δημιουργικότητα (Erikson, 1959; Cohen, 2000). Αυτή η προσέγγιση προσφέρει ένα νέο πλαίσιο για την κατανόηση της σχέσης τέχνης και υγείας στην τρίτη ηλικία και μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην αντιμετώπιση του άγχους και στρες σε ηλικιωμένα άτομα, ενισχύοντας την ψυχική και συναισθηματική τους ευεξία.

Ο βασικός στόχος της θεραπείας μέσω τέχνης (art therapy – AT) είναι η βελτίωση ή αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ατόμου και της προσωπικής του ευεξίας (American Art Therapy Association, 2021). Πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η χρήση καλλιτεχνικών μέσων στο πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας μπορεί να έχει μακροχρόνια οφέλη για την υγεία. Η τέχνη μπορεί να επηρεάσει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, να ενθαρρύνει υγιεινές συμπεριφορές, να συμβάλλει στην πρόληψη προβλημάτων υγείας και να ενισχύσει τη φροντίδα ατόμων με ανάγκες.

Επιπλέον, η τέχνη μπορεί να μειώσει τα επίπεδα στρες, συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη ή επιβράδυνση της εξέλιξης διαφόρων παθήσεων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Stuckey & Nobel, 2010; Fancourt & Finn, 2019). Η δημιουργία και η βίωση της τέχνης έχουν βαθύ αντίκτυπο σε άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές, ενώ η γνωστική διέγερση που προσφέρουν αποδεικνύεται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της άνοιας και άλλων παθήσεων που σχετίζονται με την ηλικία (Deshmukh et al., 2018). Η τέχνη, ως μέσο συναισθηματικής επεξεργασίας, είναι επίσης αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους (Abbing et al., 2019), κάτι που την καθιστά ιδιαίτερα χρήσιμη για την αντιμετώπιση του άγχους και στρες σε ηλικιωμένα άτομα.

Επιπρόσθετα, η κοινωνική αλληλεπίδραση που προκύπτει από τη συμμετοχή σε καλλιτεχνικές δραστηριότητες μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά έναντι παραγόντων κινδύνου για ψυχικές ασθένειες, όπως η μοναξιά, οι διακρίσεις και η απώλεια κοινωνικού κεφαλαίου. Το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στα δίκτυα σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων μιας κοινότητας, τα οποία διευκολύνουν τη λειτουργικότητά της (Fancourt & Finn, 2019). Σύμφωνα με τους Carr και Hass-Cohen (2008), η δημιουργική έκφραση και η εφαρμογή της θεραπείας μέσω τέχνης στον χώρο

της γηριατρικής μπορούν να προάγουν τη θετική γήρανση, ενισχύοντας το αίσθημα ελέγχου και την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων που επηρεάζουν ευεργετικά τη σωματική υγεία, την πλαστικότητα του εγκεφάλου, τους μηχανισμούς αίσθησης ελέγχου και την κοινωνική συμμετοχή.

Η ψυχονευροανοσολογία (psychoneuroimmunology – PNI) είναι ο επιστημονικός κλάδος που μελετά τη σχέση νου και σώματος, εξετάζοντας πώς ο εγκέφαλος και το νευρικό σύστημα επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα (Kiecolt-Glaser et al., 2002a). Σύμφωνα με μελέτες (Kiecolt-Glaser et al., 2002b), τα θετικά συναισθήματα που απορρέουν από την αίσθηση ελέγχου μπορούν να ενεργοποιήσουν τον εγκέφαλο ώστε να στείλει σήματα στο ανοσοποιητικό σύστημα για την παραγωγή ωφέλιμων κυττάρων, βελτιώνοντας τη συνολική υγεία.

Η σύγχρονη νευροεπιστήμη της συμπεριφοράς έχει φέρει στο φως την ικανότητα του εγκεφάλου να προσαρμόζεται και να παραμένει ενεργός – μια ιδιότητα γνωστή ως νευροπλαστικότητα (Kramer et al., 2004). Η χρήση χρωμάτων, κινήσεων και υλικών στη θεραπεία μέσω τέχνης ενεργοποιεί περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με το συναισθηματικό σύστημα, και ειδικότερα τον ιππόκαμπο, που είναι υπεύθυνος για τον σχηματισμό νέων εγκεφαλικών κυττάρων (Stern, 2009). Μέσω στοχευμένης διέγερσης, μπορεί να αυξηθεί ή να διατηρηθεί η πυκνότητα και η μάζα του ιππόκαμπου, προάγοντας τη νευρογένεση ακόμη και σε προχωρημένη ηλικία. Αυτό το εύρημα ενισχύει την επιστημονική τεκμηρίωση ενός νευροβιολογικού πλαισίου για τη θεωρία και την πρακτική της θεραπείας μέσω τέχνης.

Η ενασχόληση με την τέχνη προσφέρει μοναδικές ευκαιρίες για καλλιέργεια του αισθήματος ελέγχου και δεξιότητας. Η δυνατότητα δημιουργίας κάτι νέου και όμορφου συνδέεται άμεσα με την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και την ψυχολογική ενδυνάμωση των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας στην αντιμετώπιση του άγχους και στρες σε ηλικιωμένα άτομα.

Ως μηχανισμός προαγωγής της υγείας, η κοινωνική συμμετοχή φαίνεται να σχετίζεται με τη βελτίωση της γενικής υγείας και τη μείωση της θνησιμότητας (Bassuk et al., 1999; Hebblethwaite et al., 2021; Avlund et al., 1998). Πολλές μορφές τέχνης προσφέρουν ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως χορωδίες, ομάδες ποίησης,

μουσικά σύνολα, ζωγραφική, θεατρικές και χορευτικές ομάδες. Μέσα από αυτές, ενισχύεται η κοινωνική συνοχή και ενδυναμώνεται η ψυχική υγεία, προσφέροντας ουσιαστικά εργαλεία για την αντιμετώπιση του άγχους και στρες σε ηλικιωμένα άτομα.

Η κύρια καινοτομία της παρούσας ανασκόπησης έγκειται στη συγκέντρωση και ανάλυση ερευνών που αξιολογούν τα αποτελέσματα παρεμβάσεων θεραπείας μέσω τέχνης (art therapy – AT) σε αυτόνομους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα, από προληπτική σκοπιά. Η θεματική ανάλυση των ευρημάτων ανέδειξε την αποτελεσματικότητα της AT στην ενίσχυση των γνωστικών λειτουργιών (Marmeleira et al., 2009; Pitkala et al., 2011; Alders Pike, 2013), στην προαγωγή της ψυχικής ευεξίας –μέσω ενίσχυσης της αυτοταυτότητας, της αυτοαποτελεσματικότητας και μείωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων– (Stephenson, 2013; Engelbrecht & Shoemark, 2015; Ilali et al., 2018; Diaz Abrahan et al., 2019; McCarthy et al., 2019; Malyn et al., 2020; Schoales et al., 2020), καθώς και στην κοινωνικοποίηση (Greaves & Farbus, 2006; Poulos et al., 2019). Όλες αυτές οι παράμετροι αποτελούν βασικές ψυχολογικές διαστάσεις της υγιούς γήρανσης και μπορούν να θεωρηθούν προληπτικοί παράγοντες για την κατάθλιψη (World Health Organization, 2017, 2020), αλλά και για την αντιμετώπιση του άγχους και στρες σε ηλικιωμένα άτομα.

Η ανάλυση των δεδομένων επιβεβαιώνει και ενισχύει την υπάρχουσα γνώση γύρω από τη δημιουργικότητα και τη θεραπεία μέσω τέχνης, ως εργαλεία ενίσχυσης της προσωπικής αίσθησης ευεξίας και της λειτουργικότητας σε κρίσιμες βιολογικές και ψυχολογικές διαστάσεις, όπως η γνωστική λειτουργία, τα συναισθήματα και η ιδιοδεκτικότητα (Carr & Hass-Cohen, 2008). Συγκεκριμένα, η AT μπορεί να διαδραματίσει καίριο ρόλο στο πλαίσιο παρεμβάσεων υγείας και κοινωνικής φροντίδας για την προώθηση της υγιούς γήρανσης (World Health Organization, 2017).

Αν και οι μελέτες που εξετάστηκαν εστίαζαν σε επιμέρους διαστάσεις της ευεξίας, το θεωρητικό πλαίσιο των Carr και Hass-Cohen (2008) τονίζει ότι όλοι αυτοί οι παράγοντες είναι αλληλένδετοι, καθώς συμβάλλουν συλλογικά στην ψυχολογική ευημερία και μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη συχνών παθολογιών της τρίτης ηλικίας, όπως η νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας (Deshmukh et al., 2018; Fancourt & Finn, 2019).

Τα ευρήματα της ανασκόπησης συγκλίνουν με προηγούμενες μελέτες που υποστηρίζουν ότι η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε περιβάλλοντα εμπλουτισμένα με δημιουργικά ερεθίσματα και υλικά μπορεί να ενισχύσει τη νευρογένεση (παραγωγή νέων νευρώνων). Τέτοια περιβάλλοντα προάγουν τη σωματική δραστηριότητα (π.χ. μέσα από τη δημιουργία ζωγραφικών ή γλυπτικών έργων), την επίλυση προβλημάτων (π.χ. μέσω της επιλογής χρωμάτων ή σχεδιαστικών στοιχείων) και την κοινωνικοποίηση (π.χ. μέσα από την παρουσίαση και περιγραφή έργων σε ομαδικό πλαίσιο· Bassuk et al., 1999). Όλες αυτές οι διαστάσεις μπορούν να λειτουργήσουν ενισχυτικά στην αντιμετώπιση του άγχους και στρες σε ηλικιωμένα άτομα.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη σημασία της ομαδικής διάστασης στις παρεμβάσεις ΑΤ. Οι καλλιτεχνικές και εκφραστικές δραστηριότητες σε ομάδα φαίνεται να ενισχύουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, η οποία με τη σειρά της μειώνει την αίσθηση μοναξιάς και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπου αυτά υπάρχουν (Hocoy, 2002).

Συνοψίζοντας, η παρούσα ανασκόπηση επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων θεραπείας μέσω τέχνης στην ενίσχυση της υγιούς γήρανσης, με ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχική ευεξία και την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων που ζουν αυτόνομα. Παράλληλα, αναδεικνύει τις δυνατότητες της ΑΤ ως προληπτικό εργαλείο έναντι των ασθενειών που σχετίζονται με τη γήρανση (Fiske et al., 2009; Jokela et al., 2013; World Health Organization, 2017; Barnes et al., 2021).

Στα αποτελέσματα της εργασίας, σημειώνονται εκείνα που αναφέρουν πως η χρήση της τέχνης ως θεραπευτική μέθοδος για τον γηράσκον πληθυσμό, είναι μια δημιουργική και ευεργετική μορφή έκφρασης. Τα οφέλη εκτείνονται πέρα από την απλή ενίσχυση των καλλιτεχνικών δεξιοτήτων, προάγουν επίσης τη συναισθηματική ευεξία, τη γνωστική λειτουργία και τις κοινωνικές συνδέσεις. Η ενασχόληση με τη χρήση της τέχνης ως θεραπευτική μέθοδος, μπορεί να επηρεάσει θετικά τη συνολική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Μέσα από την σχετική ανάλυση, αναμένεται οι διάφορες μελέτες να δείξουν ότι η θεραπεία τέχνης μπορεί να υποστηρίξει τη συναισθηματική ευεξία, παρέχοντας μια διέξοδο για αυτοέκφραση και δημιουργικότητα. Μέσω διαφόρων στοιχείων όπως

η ζωγραφική, το σχέδιο ή η γλυπτική, οι ηλικιωμένοι μπορούν να εξερευνήσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με μη λεκτικό τρόπο. Αυτή η διαδικασία τους επιτρέπει να αποκτήσουν εικόνα για τα συναισθήματά τους και να βελτιώσουν τη διάθεσή τους.

Εκτός από τη βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας, η θεραπεία τέχνης έχει επίσης γνωστικά οφέλη. Η ενασχόληση με καλλιτεχνικές δραστηριότητες διεγείρει διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου, προάγοντας την ανάκληση μνήμης, τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και την έκταση της προσοχής. Η δημιουργία έργων τέχνης, συχνά περιλαμβάνει κριτική σκέψη και διαδικασίες λήψης αποφάσεων που βοηθούν στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

Ως εκ τούτου, η θεραπεία με τη χρήση της τέχνης ως θεραπευτική μέθοδος, μπορεί να παρέχει μια ευκαιρία για κοινωνικές συνδέσεις μεταξύ των ηλικιωμένων. Η συμμετοχή σε ομαδικές συνεδρίες τέχνης επιτρέπει στα άτομα να αλληλεπιδρούν με συνομηλίκους που μοιράζονται παρόμοια ενδιαφέροντα. Αυτή η κοινή εμπειρία μπορεί να καλλιεργεί την αίσθηση του ανήκειν και να ενθαρρύνει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, μειώνοντας τα συναισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς που συνήθως βιώνουν οι ηλικιωμένοι.

Στα θεωρητικά αποτελέσματα της εργασίας, σημειώνονται εκείνα που αναφέρουν πως η χρήση της τέχνης ως θεραπευτική μέθοδος για τον γηράσκον πληθυσμό, είναι μια δημιουργική και ευεργετική μορφή έκφρασης. Τα οφέλη εκτείνονται πέρα από την απλή ενίσχυση των καλλιτεχνικών δεξιοτήτων, προάγουν επίσης τη συναισθηματική ευεξία, τη γνωστική λειτουργία και τις κοινωνικές συνδέσεις. Η ενασχόληση με τη χρήση της τέχνης ως θεραπευτική μέθοδος, μπορεί να επηρεάσει θετικά τη συνολική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Μέσα από την σχετική ανάλυση, οι διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η θεραπεία τέχνης μπορεί να υποστηρίξει τη συναισθηματική ευεξία, παρέχοντας μια διέξοδο για αυτοέκφραση και δημιουργικότητα. Μέσω διαφόρων στοιχείων όπως η ζωγραφική, το σχέδιο ή η γλυπτική, οι ηλικιωμένοι μπορούν να εξερευνήσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με μη λεκτικό τρόπο. Αυτή η διαδικασία τους επιτρέπει να αποκτήσουν εικόνα για τα συναισθήματά τους και να βελτιώσουν τη διάθεσή τους.

Εκτός από τη βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας, η θεραπεία τέχνης έχει επίσης γνωστικά οφέλη. Η ενασχόληση με καλλιτεχνικές δραστηριότητες διεγείρει διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου, προάγοντας την ανάκληση μνήμης, τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και την έκταση της προσοχής. Η δημιουργία έργων τέχνης, συχνά περιλαμβάνει κριτική σκέψη και διαδικασίες λήψης αποφάσεων που βοηθούν στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

Ως εκ τούτου, η θεραπεία με τη χρήση της τέχνης ως θεραπευτική μέθοδος, μπορεί να παρέχει μια ευκαιρία για κοινωνικές συνδέσεις μεταξύ των ηλικιωμένων. Η συμμετοχή σε ομαδικές συνεδρίες τέχνης επιτρέπει στα άτομα να αλληλεπιδρούν με συνομηλίκους που μοιράζονται παρόμοια ενδιαφέροντα. Αυτή η κοινή εμπειρία μπορεί να καλλιεργεί την αίσθηση του ανήκειν και να ενθαρρύνει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, μειώνοντας τα συναισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς που συνήθως βιώνουν οι ηλικιωμένοι.

5.3 Περιορισμοί Έρευνας

Οι κυριότεροι μεθοδολογικοί περιορισμοί αφορούν τον σχεδιασμό και το δείγμα. Η προ–μετά σύγκριση χωρίς τυχαιοποιημένη ομάδα ελέγχου δυσχεραίνει την αιτιώδη ερμηνεία, καθώς πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες (συννοσηρότητες, αλλαγές αγωγής, εποχικότητα διάθεσης, παράλληλες δραστηριότητες) δεν μπορούν να αποκλειστούν με βεβαιότητα. Το δείγμα ήταν ευκολίας και σχετικά μικρό, με πιθανή αυτοεπιλογή συμμετεχόντων που ήταν ήδη θετικά διακείμενοι σε δημιουργικές παρεμβάσεις, στοιχείο που περιορίζει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η αξιολόγηση βασίστηκε κυρίως σε αυτοαναφερόμενα εργαλεία και σε βραχύ ορίζοντα παρακολούθησης, με αποτέλεσμα να μην τεκμηριώνεται επαρκώς η διατήρηση των ωφελειών στον χρόνο και να μην ελέγχεται η επίδραση της εξοικείωσης/μάθησης από την επαναλαμβανόμενη μέτρηση.

Πρακτικοί και υλοποιητικοί περιορισμοί σχετίζονται με την ετερογένεια της παρέμβασης και τον έλεγχο πιστότητας. Οι δραστηριότητες και τα υλικά προσαρμόστηκαν στις ανάγκες των συμμετεχόντων, γεγονός που αυξάνει την οικολογική εγκυρότητα αλλά εισάγει μεταβλητότητα στη «δόση» και στην ακριβή σύνθεση της παρέμβασης. Δεν υπήρξε τυφλοποίηση αξιολογητών, ενώ η παρουσία του/της διευκολυντή/τριας και η ομαδική δυναμική μπορεί να παρήγαγαν φαινόμενα

Hawthorne ή κοινωνικής επιθυμητότητας. Τέλος, οι αναλύσεις επηρεάζονται από πιθανές ελλείπουσες τιμές και πολλαπλές συγκρίσεις, παρά τους προβλεπόμενους χειρισμούς στο SPSS, και το πλαίσιο εφαρμογής (π.χ. συγκεκριμένες δομές φροντίδας) ενδέχεται να έχει ιδιαιτερότητες που δεν αναπαράγονται εύκολα σε άλλα περιβάλλοντα. Προτείνεται σε μελλοντικές μελέτες μεγαλύτερο και πιο ποικιλόμορφο δείγμα, τυχαιοποίηση με ενεργό έλεγχο, τυποποίηση και έλεγχο πιστότητας της παρέμβασης, τυφλές αξιολογήσεις και μακροχρόνια παρακολούθηση.

5.4 Μελλοντικές Έρευνες

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να υιοθετήσουν αυστηρότερους σχεδιασμούς (τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με ενεργές ομάδες σύγκρισης), μεγαλύτερα και πιο ποικιλόμορφα δείγματα (φύλο, πολιτισμικό υπόβαθρο, επίπεδο λειτουργικότητας) και πολυκεντρική υλοποίηση σε κοινότητα και μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας. Προτείνεται τυποποίηση της παρέμβασης (π.χ. λεπτομερές πρωτόκολλο τύπου TIDieR), έλεγχος πιστότητας, ανάλυση «δόσης–απόκρισης» και αποδόμηση συστατικών (component analysis) για να αποσαφηνιστεί ποια στοιχεία (υλικά, ρυθμός, ομαδική δυναμική) οδηγούν τα αποτελέσματα.

Παράλληλα, απαιτούνται μακροχρόνιες παρακολουθήσεις για διατήρηση οφελών, συγκριτικές μελέτες κόστους–αποτελεσματικότητας έναντι εναλλακτικών μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων, καθώς και μεικτές μέθοδοι (ποσοτικές/ποιοτικές) με συν-σχεδιασμό από συμμετέχοντες και φροντιστές ώστε να εντοπίζονται εμπόδια και διευκολυντές εφαρμογής στην πράξη.

Σε επίπεδο μηχανισμών, μελλοντική έρευνα μπορεί να διερευνήσει μεσολαβητές και τροποποιητές επίδρασης (αίσθηση ελέγχου, κοινωνική συνδεσιμότητα, αυτοεκτίμηση, γνωστική διέγερση) με προχωρημένα στατιστικά μοντέλα (π.χ. πολυεπίπεδη παλινδρόμηση, διαμεσολάβηση/τροποποίηση), ενσωματώνοντας και βιοδείκτες στρες (κορτιζόλη σιέλου, μεταβλητότητα καρδιακού ρυθμού) ή/και ψηφιακές μετρήσεις (φορετές συσκευές). Χρήσιμες είναι προσαρμοστικές δοκιμές (SMART) για εξατομίκευση, υβριδικά μοντέλα δια ζώσης–εξ αποστάσεως για προσβασιμότητα, καθώς και μελέτες εφαρμοσμένης επιστήμης υλοποίησης (εκπαίδευση προσωπικού, επιτήρηση ποιότητας, κλιμάκωση σε πρωτοβάθμια φροντίδα). Η διαφάνεια (προεγγραφή, δημοσιοποίηση πρωτοκόλλων,

ανοιχτά ανωνυμοποιημένα δεδομένα) και η συμμόρφωση με οδηγίες αναφοράς (π.χ. CONSORT) θα ενισχύσουν την αναπαραγωγιμότητα και την αξιοπιστία του πεδίου.

Βιβλιογραφία

Αγγλική Βιβλιογραφία

Abrahms, S. (October 2011). Artists bring creative aging to care facilities. AARP Bulletin. Retrieved from http://www.aarp.org/health/brain-health/info-10-2011/art-programs-for-long-term-care- residents.html

Alders, A., Levine-Madori, L. (2010). The Effect of Art Therapy on Cognitive Performance of Hispanic/Latino Older Adults. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 27(3). 127-135.

American Psychological Association. (January 2014). Guidelines for Psychological Practice with Older Adults. American Psychologist 69(1). 34-65. doi: 10.1037/a0035063

Asnaani, A., Richey, J., Dimaite, R., Hinton, D., Hofmann, S. (2010). A Cross-Ethnic Comparison of Lifetime Prevalence Rates of Anxiety Disorders. Journal of Nervous and Mental Disease 198(8). 551-555. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181ea169f

Abbing, A., Baars, E. W., de Sonneville, L., Ponstein, A. S., and Swaab, H. (2019). e e ectiveness of art therapy for anxiety in adult women: a randomized controlled trial. *Front. Psychol.* 10:1203. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01203

American Art erapy Association, (2021). http://www.arttherapy.org

Barba, B., Tesh, A., Cowen, K., Hancock, D., Moore, C. (2010). Older Adults: What Every Paediatric Nurse Should Know. Child Care in Practice 16(3). 275-286.

Barret, D. (1993). Art Programming for Older Adults: What's Out There? Studies in Art Education 34(3). 133-140.

Bassil, N. (2011). How Anxiety Presents Differently in Older Adults. Current Psychiatry 10(3). 1-8.

Beauchet, O., Launay, C., Annweiler, C., Remondiere, S., Decker, L. (2014). Geriatric Inclusive Art and Risk of In-Hospital Mortality in Patients with Dementia: Results

From a Quasi-Experimental Study. Journal of the American Geriatrics Society 62(3). 573- 575.

Beauchet, O., Remondiere, S., Mahe, M., Repussard, F., Decavel, F., Annweiler, C. (2012). Geriatric Inclusive Art and Length of Stay in Acute Care Unit: A Case-Control Pilot Study. Journal of the American Geriatrics Society 60(8). 1585-1587.

Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D. (ed.). (2012). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.

Caldwell, R. (2005). At the Confluence of Memory and Meaning: Life Review with Older Adults and Families: Using Narrative Therapy and the Expressive Arts to Re-member

and Re-author Stories of Resilience. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families 13(2). 172-175.

Chambala, A. (2008). Anxiety and Art Therapy: Treatment in the Public Eye. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 25(4). 187-189.

Chen, Y. (2010). Clinical Issues: Perceived Barriers to Physical Activity Among Older Adults Residing in Long-Term Care Institutions. Journal of Clinical Nursing 19. 432-439.

Choi, N., Kim, J., Asseff, J. (2009). Self-Neglect and Neglect of Vulnerable Older Adults: Reexamination of Etiology. Journal of Gerontological Social Work, 52(2). 171-187.

Chonody, J., Webb, S., Ranzijn, R., Bryan, J. (2014). Working with Older Adults: Predictors of Attitudes Towards Ageing in Psychology and Social Work Students, Faculty, and Practitioners. Australian Psychologist 49(6). 374-383.

Clifford, K., Duncan, N., Heinrich, K., Shaw, J. (2015). Update on Managing Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. Journal of Gerontological Nursing 41(4). 10-20.

Cohen, G., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K., Simmens, S. (2006). The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults. The Gerontologist 46(6). 726-734.

Cohen-Mansfield, J., Wirtz, P. (2007). Characteristics of Adult Day Care Participants Who Enter a Nursing Home. Psychology and Aging 22(2). 354-360.

Crosson, C. (1976). Art Therapy with Geriatric Patients: Problems of Spontaneity. American Journal of Art Therapy, 15(1). 51-55.

Deaver, S. (2002). What Constitutes Art Therapy Research? Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 19(1). 23-27.

Doric-Henry, L. (1997). Pottery as Art Therapy with Elderly Nursing Home Residents. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 14(3). 163-171.

Durost, S. (2011). Old is an attitude-Age is a concept: A qualitative study on aging and ageism with guidelines for expressive therapies literature. (Doctoral dissertation). Retrieved from http://ir.flo.org/lesley/searchRepositoryItems.action?query=durost

Eckert, J., Carder, P., Morgan, L., Frankowski, A., Roth, E. (2009). Inside assisted living: The search for home. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Ehresman, C. (2014). From Rendering to Remembering: Art Therapy for People with Alzheimer's Disease. International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape 19(1). 43-51.

Elkins, D., Deaver, S. (2013). American Art Therapy Association, Inc.: 2011 Membership Survey Report. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 30(1). 36-45.

Elkins, D., Deaver, S. (2015). American Art Therapy Association, Inc.: 2013 Membership Survey Report. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 32(2). 60-69.

Fancourt, D., and Finn, S. (2019). “What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review,” in *Health evidence network (HEN) synthesis report 67* (Copenhagen: WHO Regional O ce for Europe).

Fried, E. I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amsho, M., Cramer, A. O. J., et al. (2015). From loss to loneliness: the relationship between bereavement and depressive symptoms. *J. Abnorm. Psychol.* 124, 256–265. doi: 10.1037/ abn0000028

Family Caregiver Alliance (2015). Selected Long-Term Care Statistics. Retrieved from https://caregiver.org/selected-long-term-care-statistics

Fischer, M. (March, 2010). The fight for home-based care. Retrieved from

http://www.aarp.org/health/conditions-treatments/info-01-2010/fight-for-home-based-care.html

Fleming, J. (2006). Observations on the Use of Finger Painting in the Treatment of Adult Patients with Personality Disorders. Journal of Personality 8(4). 301-310.

Flood, M., Phillips, K. (2007). Creativity in Older Adults: A Plethora of Possibilities. Issues in Mental Health Nursing, 28. 389-411. doi: 10.1080/01612840701252956

Fuss, A. (2010). Client-centered play therapy with an elderly assisted living facility resident. (Doctoral dissertation). Retrieved from: http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1622&context=utk_graddiss

Ganote, S. (1990). A Look at Counseling in Longterm-Care Settings. Generations: Journal of the American Society on Aging 14(1). 31-34.

Gantt, L. (2004). The Case for Formal Art Therapy Assessments. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 21(1). 18-29.

Geller, S. (2013). Sparking the Creative in Older Adults. Psychological Perspectives: A Quarterly Journal of Jungian Thought 56(2). 200-211.

Goncalves, D., Byrne, G. (2012). Sooner or Later: Age at Onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. Depression and Anxiety 29. 39-46.

Gorman, A. (2006). Aging artfully. Berkeley, CA: Pal Publishing.

Hayes, J., Povey, S. (2011). The creative arts in dementia care. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.

Helmes, E., Gee, S. (2003). Attitudes of Australian Therapists Towards Older Clients: Educational and Training Imperatives. Educational Gerontology 29(8). 657-670.

Herbst, L. (2006). Applying the Concepts from Maslow in a Large U.S. Hospice Program. Journal of Palliative Medicine 9(5). 1049-1050.

Hickson, J., Housley, W. (1997). Creativity in Late Life. Educational Gerontology 23(6). 539- 547. doi10.1080/0360127970230604.

Hurley, S., Strumpf, N., Barg, F., Ersek, M. (2014). Not Quite Seamless: Transitions between

Home and Inpatient Hospice. Journal of Palliative Medicine 17(4). 428-434.

Jokela, M., Batty, G., and Kivimäki, M. (2013). Ageing and the prevalence and treatment of mental health problems. *Psychol. Med.* 43, 2037–2045. doi: 10.1017/ S0033291712003042

Jain, S., Muzzafarullah, S., Peri, S., Ellanti, R., Moorthy, K., Nath, I. (2008). Lower Touch Sensibility in the Extremities of Healthy Indians: Further Deterioration with Age. Journal of the Peripheral Nervous System 13. 47-53.

Kaimal, G., Blank, C. (2015). Program Evaluation: A Doorway to Research in the Creative Arts Therapies. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 32(2). 89-92.

Kaldy, J. (2016). Many Players Roil the Research Waters. Provider 42(1). 18-27.

Kapitan, L. (2010). The Empathic Imagination of Art Therapy: Good for the Brain? Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 27(4). 158-159.

Kaplan, F. (2001). Areas of Inquiry for Art Therapy Research. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 18(3). 142-147.

Karges-Bone, L. (2012). The "Love" Connection: Social Connectivity and Brain Health. A New Day Magazine. 50-51.

Katzmann, L., Breneman, D., Byrne, D. (2015). A Case for Integrated Care in Senior Living. Provider 41(6). 38-42.

Kim, S. (2013). A Randomized, Controlled Study of the Effects of Art Therapy on Older

Korean-Americans' Healthy Aging. The Arts in Psychotherapy 40. 158-164.

Kovach, C. (2012). Late-stage dementia care: A basic guide. New York, NY: Taylor & Francis.

Lanza, S. (1997). Essentials for the activity professional in long-term care. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.

Levasseur, M., Desrosiers, J., Whiteneck, G. (March 2010). Accomplishment Level and Satisfaction with Social Participation of Older Adults: Association with Quality of Life and Best Correlates. Quality of Life Research 19. 665-675.

Liu, Y., Kim, K., Almeida, D., Zarit, S. (2015). Daily Fluctuation in Negative Affect for Family Caregivers of Individuals with Dementia. Health Psychology 34(7). 729-740.

Lobban, J. (2016). Factors that Influence Engagement in an Inpatient Art Therapy Group for Veterans with Post Traumatic Stress Disorder. International Journal of Art Therapy 21(1). 15-22.

Lowman, E. (1992). Arts and crafts for the elderly: A resource book for activity directors in healthcare facilities. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.

Madori, L. (August, 2013). Arts and Imagery: A New Method for Engaging Individuals with Dementia Boosts Cognition, Self-Esteem, and Socialization. Provider 39(8). 43-46.

Magniant, R. (ed.). (2004). Art therapy with older adults: A Sourcebook. Springfield, IL: Charles Thomas Publisher, LTD.

Malchiodi, C. (ed.). (2005). Expressive therapies. New York, NY: The Guilford Press.

Mammarella, N., Fairfield, B., Domenico, A. (2012). When Touch Matters: An Affective Tactile Intervention for Older Adults. Geriatrics Gerontology International 12(4). 722- 724.

Marson, S., Powell, R. (2014). Goffman and the Infantilization of Elderly Persons: A Theory in Development. Journal of Sociology & Social Welfare 26(4). 143-158.

Martini, E., Weeks, M., Wirth, P. (2002). Long-term care for activity professionals, recreational therapists and social services professionals, fourth edition. Enumclaw, WA: Idyll Arbor, Inc.

Mayfield, E., Holmes, J. (2012). Dementia in the long-term care setting: Clinical practice guideline. Columbia, MD: American Medical Directors Association.

Mihailidis, A., Blunsden, S., Boger, J., Richards, B., Zutis, K., Young, L. Hoey, J. (2010). Towards the Development of a Technology for Art Therapy and Dementia: Definition of Needs and Design Constraints. The Arts in Psychotherapy 37. 293-300.

Mohlman, J. (2012). A Community Based Survey of Older Adults' Preferences for Treatment of Anxiety. Psychology and Aging 27(4). 1182-1190.

Molinari, V., Edelstein, B. (2011). Commentary on the Current Status and the Future of

Behavior Therapy in Long-Term Care Settings. Behavior Therapy 42. 59-65.

National Center on Elder Abuse. (2015). Statistics/Data: Abuse in Nursing Homes and other Long Term Care Facilities. Retrieved from http://www.ncea.aoa.gov/Library/Data/index.aspx

Orellano, E., Colon, W., Arbesman, M. (2012). Effect of Occupation- and Activity-Based Interventions on Instrumental Activites of Daily Living Performance Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. American Journal of Occupational Therapy 66. 292-300.

Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., Wahl, H. (2010). Is Aging in Place a Resource for or Risk to Life Satisfaction? The Gerontologist 51(2). 238-250.

Pachana, N., Byrne, G. (2012). The Geriatric Anxiety Inventory: International Use and Future Directions. Australian Psychologist 47. 33-38.

Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., Arnold, E. (2007). Development and Validation of the Geriatric Anxiety Inventory. International Psychogeriatrics 19(1). 103-114.

Piper, A., Campbell, R., Hollan, J. (2010). Exploring the Accessibility and Appeal of Surface Computing for Older Adult Health Care Support. Proceedings of the Sigchi Conference on Human Factors in Computing Systems. 907-916.

Porock, D. (2013). Institute centers on person-centered care. Provider. Retrieved from http://www.providermagazine.com/archives/2013_Archives/Pages/0813/Institute-Centers-On-Person-Centered-Care.aspx

Powers, D. (2008). Psychotherapy in Long-Term Care: II. Evidence-Based Psychological Treatments and Other Outcome Research. Professional Psychology: Research and Practice 39(3). 257-263.

Ramage, J. (2006). Creating therapeutic activity plans in long-term care facilities: The basic principles. Bloomington, IN: AuthorHouse.

Reynolds, M., Nabors, L., Quinlan, A. (2000). The Effectiveness of Art Therapy: Does it Work? Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 17(3). 207-213.

Richman, A. (April, 2012). Are Wii Ready for the Baby Boomers? Long-Term Living. 24-26.

Riley, R., Burgener, S., Buckwalter, K. (2014). Anxiety and Stigma in Dementia: A Threat to Aging in Place. Nursing Clinics North America 49(2). 213-231.

Robinson, L., Saisan, J., Russell, D. (July, 2015). Independent Living for Seniors: Choosing a Retirement Home or Retirement Facility. Retrieved from http://www.helpguide.org/articles/senior-housing/independent-living-for-seniors.htm

Rogers, J. (ed.). (2007). The art of grief: The use of expressive arts in a grief support group. New York, New York: Routledge Press.

Rollins, J. (2013). Bringing the arts to life: A guide to the arts and long-term care. Washington, DC: Global Alliance for Arts & Health.

Royer, R. (2015). Managing chronic conditions in older adults. Provider. 39-43.

Rozzini, R., Trabucchi, M. (2013). Use of the Geriatric Anxiety Inventory-Short Form as a Screening Tool for Detection of Generalised Anxiety in a Memory Clinic Population. International Journal of Geriatric Psychiatry 28. 766-768.

Stuckey, H. L., and Nobel, J. (2010). e connection between art, healing, and public health: a review of current literature. *Am. J. Public Health* 100, 254–263. doi: 10.2105/AJPH.2008.156497

Safar, L., Press, D. (2011). Art and the Brain: Effects of Dementia on Art Production in Art Therapy. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 28(3). 96-103.

Schoenwald, C. (2012). Feeling Connection: Engaging the Senses in Dementia Care. Chicago Bridge: Emerging Professionals in the Field of Aging.

Retrieved from http://www.thechicagobridge.org/feeling-connection-engaging-the-senses-in-dementia- care/

Serlin, I. (2011). Poetic Movement. [powerpoint presentation]. San Francisco, CA.

Slayton, S., D'Archer, J., Kaplan, F. (2010). Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 27(3). 108-118.

Sole, C., Mercadal-Brotons, M., Gallego, S., Riera, M. (2010). Contributions of Music to Aging Adults' Quality of Life. Journal of Music Therapy 47(3). 264-282.

Solway, E., Estes, C., Goldberg, S., Berry, J. (2010). Access Barriers to Mental Health Services for Older Adults from Diverse Populations: Perspectives of Leaders in Mental Health and Aging. Journal of Aging & Social Policy 22(4). 360-378.

Stallings, J. (2010). Collage as a Therapeutic Modality for Reminiscence in Patients With Dementia. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 27(3). 136- 140.

Stallings, J., Thompson, S. (2012). Use of Art Therapy in Geriatric Populations. Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging 20(6). 28-32.

Stanley, M., Wilson, N., Amspoker, A., Kraus-Schuman, C., Wagener, P., Calleo, J., Cully, J., Teng, E., Rhoades, H., Williams, S., Masozera, N., Horsfield, M., Kunik, M. (2014). Lay Providers Can Deliver Effective Cognitive Behavior Therapy for Older Adults with Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Trial. Depression and Anxiety 31. 391- 401.

Stewart, E. (2004). Art Therapy and Neuroscience Blend: Working with Patients who have Dementia. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 21(3). 148- 155.

Stone, R. (2012). Wake-up call from the IOM: We're not ready to meet geriatric mental health needs. Leading Age. Retrieved from http://www.leadingage.org/Wake_up_Call_from_the_IOM.aspx

Stone, T., McMinn, B. (2012). What's in a Word? Ageism: "The Bias Against Older People by the (Temporarily) Young?" Nursing and Health Sciences 14(4). 433-434.

Stuckey, H., Nobel, J. (2010). The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature. American Journal of Public Health 100(2). 254-263.

Sweeney, E., Greene, E., Lawlor, B. (2013). Use of the Geriatric Anxiety Inventory-Short Form as a Screening Tool for Detection of Generalised Anxiety in a Memory Clinic

Population. International Journal of Geriatric Psychiatry 28(7). 767-768. Therrien, Z., Hunsley, J. (2012). Assessment of Anxiety in Older Adults: A Systematic Review

of Commonly Used Measures. Aging & Mental Health 16(1). 1-16.

Tse, M., Leung, R., Ho, S. (April 9, 2011). Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: An exploratory study in planning patient-centered intervention. Journal of Advanced Nursing 68(2). 312-321.

United States Department of Health and Human Services. (December 31, 2013). Projected future growth of the older population. Retrieved from http://www.aoa.gov/Aging_Statistics/future_growth/future_growth.aspx#age

Vacha-Haase, T., Archibald, K., Brescian, N., Martin, K., Fitzpatrick, K. (December, 2009). Current Events Groups in Long-Term Care: A Guide to Facilitating a Successful Group. The Journal for Specialists in Group Work 34(4). 382-403.

Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O., and Andreas, S. (2013). e prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta- analysis. *Ageing Res. Rev.* 12, 339–353. doi: 10.1016/j.arr.2012.09.004

World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing (2020–2030).

World Health Organization (2021) Ageing and health. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

World health Organization (2022) Health topic, ageing. Available at: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1.

Wayman, L. (2011). A loving approach to dementia care. Baltimore, MA: The Johns Hopkins University Press.

Weisberg, N., Wilder, R. (ed.). (2001). Expressive arts with elders. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.

Wickland, A., Basting, A. (2009). 2009 Next Steps Think Tank: How Can We Radically Transform Activities in Long-Term Care? University of Wisconsin Milwaukee Center on Age & Community. 1-32.

Wijntjes, M., Lienen, T., Verstijnen, I., Kappers, A. (2008). Look What I Have Felt: Unidentified Haptic Line Drawings are Identified After Sketching. Acta Psychologica 128. 255-263.

Williams, K., Warren, C. (2008). Assisted Living and the Aging Trajectory. Journal of Women & Aging 20(3/4). 309-327.

Yan, T., Silverstein, M., Wilber, K. (2011). Does Race/Ethnicity Affect Aging Anxiety in American Baby Boomers? Research on Aging 33(4). 361-378.

Yang, Y. (2008) Social Inequalities in Happiness in the United States, 1972 to 2004: An Age- Period-Cohort Analysis. American Sociological Review 73. 204-226.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Prolepsis – Ινστιτούτο Προληπτικής Ιατρικής (2020). Στήριξη ηλικιωμένων στην κοινότητα. Αθήνα: Prolepsis.

Αλτσχάιμερ Ελλάς (2020). Οδηγός υποστήριξης φροντιστών. Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών.

Εθνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2022). Δείκτες υγείας και ευεξίας. Αθήνα: ΕΛΣΤΑΤ.

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) (2020). Οδηγίες για ηλικιωμένους. Αθήνα: ΕΟΔΥ.

Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία (2019). Θέσεις για την υγιή και ενεργό γήρανση. Αθήνα.

Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών (2015). Βασικοί άξονες για την υποστήριξη ατόμων με άνοια. Θεσσαλονίκη.

Ιωσηφίδης, Θ. (2008). Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες, Αθήνα: Κριτική.

Κυριαζή, Ν. (2005). Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Λυδάκη Α. (2001). Ποιοτικές μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτης.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (1994). Ενεργός Γήρανση – Έγγραφα πολιτικής. Γενεύη: Π.Ο.Υ.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (2002). Ενεργός Γήρανση: Πλαίσιο Πολιτικής. Γενεύη: Π.Ο.Υ.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (2019). Τέχνες και υγεία – Σύνοψη τεκμηρίων. Κοπεγχάγη: Π.Ο.Υ./Ευρώπη.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (2020). Υγιής Γήρανση – Πλαίσιο. Γενεύη: Π.Ο.Υ.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (2021–2030). Δεκαετία Υγιούς Γήρανσης. Γενεύη: Π.Ο.Υ.

Υπουργείο Υγείας (2014). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Άνοια – Νόσος Alzheimer. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.

G.D.S.

(Geriatric Depression Scale)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	**ΝΑΙ**	**ΟΧΙ**
Είστε σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι από τη ζωή σας;	0	1
Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;	1	0
Θεωρείται ότι η ζωή σας είναι άδεια;	1	0
Αισθάνεστε συχνά ανία;	1	0
Έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1
Βασανίζεσθε από σκέψεις που δεν μπορείτε να βγάλετε από το μυαλό σας;	1	0
Είσθε τον περισσότερο καιρό σε καλή ψυχική διάθεση;	0	1
Φοβάσθε μήπως σας συμβεί από ώρα σε ώρα κάτι δυσάρεστο;	1	0
Αισθάνεσθε ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό;	0	1
Αισθάνεσθε συχνά αναποφάσιστοι;	1	0
Σας συμβαίνει συχνά να είστε ανήσυχος και νευρικός;	1	0
Προτιμάτε να μένετε σπίτι από το να βγαίνετε έξω και να ασχολείστε με καινούρια πράγματα;	1	0
Σας απασχολεί συχνά το μέλλον;	1	0
Πιστεύετε ότι έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα μνήμης από την πλειοψηφία των ανθρώπων;	1	0
Πιστεύετε ότι είναι ευχάριστο να ζείτε στη σημερινή εποχή;	0	1
Αισθάνεσθε συχνά απογοητευμένοι και θλιμμένοι;	1	0
Βρίσκετε ότι η τωρινή σας κατάσταση είναι τόσο άσχημη που δεν αξίζει να τη ζει κανείς;	1	0
Υποφέρετε πολύ σκεπτόμενοι το παρελθόν;	1	0
Βρίσκετε ότι η ζωή είναι πολύ ενδιαφέρουσα;	0	1
Θεωρείτε δύσκολο το να αρχίσετε να ασχολείστε με καινούρια σχέδια;	1	0
Αισθάνεστε γεμάτοι ενέργεια;	0	1
Πιστεύετε ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από τη δική σας;	1	0
Σας συμβαίνει συχνά να ενοχλείστε για ασήμαντα πράγματα;	1	0
Έχετε συχνά τη διάθεση να κλάψετε;	1	0
Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;	1	0
Σηκώνεστε με ευχαρίστηση το πρωί;	0	1
Προτιμάτε να αποφεύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές;	1	0
Παίρνετε εύκολα αποφάσεις;	0	1
Εχετε καθαρή σκέψη όπως παλαιότερα;	0	1

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:
0-14=μη καταθλιπτικός
15-30=καταθλιπτικός

1 ☐

2 ☐