



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Η σχέση της κοινωνικής μοναξιάς των ηλικιωμένων με τα επίπεδα της
ευδόκιμης γήρανσης, στα πλαίσια της Φροντίδας Ενηλίκων**

Υπό

Ουρανίας Τάγγα

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική Παθολογία
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

----- 2019-----

© Ουρανία Τάγγα



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Title

OURANIA TANGA

The relationship between the social loneliness of the elderly and the levels of prosperous aging in the context of Adults Care.

----- 2019 -----

© OURANIA TANGA

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων: ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη: ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ

Αναπληρωτής καθηγητής Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΤΣΑΝΟΣ

Αναπληρωτής καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ευδόκιμη γήρανση έχει συνδεθεί με συνθήκες που οδηγούν στη μείωση των συμπτωμάτων κοινωνικής μοναξιάς και στην αύξηση του επιπέδου ζωής των ηλικιωμένων.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης της ποιότητας ζωής με τη κοινωνική μοναξιά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων.

Μέθοδος: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» από τον Φεβρουάριο του 2019 έως τον Σεπτέμβριο του 2019. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 117 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η κλίμακα συγχώρησης, Heartland Forgiveness Scale (HFS), β) το Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey- SF-36), γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), δ) η κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς, ε) η Κλίμακα μέτρησης Άγχους για την καρδιακή λειτουργία, στ) η Κλίμακα ελαστικότητας, ζ) η Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας (SCS) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.

Αποτελέσματα: Μετά την ανάλυση και τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων αποδείχθηκε ότι η αυξημένη ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων σχετίζεται με τη κοινωνική μοναξιά (p -τιμή <0.05) ενώ και η ποιότητα ζωής όπως αυτή προκύπτει από τη συνολική υγεία των ηλικιωμένων σχετίζεται με τη μοναξιά που βιώνουν οι ηλικιωμένοι (p -τιμή <0.05). Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την κοινωνική μοναξιά είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος κατοικίας των ηλικιωμένων (p -τιμή <0.05). Ενώ οι σχέσεις με τα εγγόνια και η συχνότητα επίσκεψης του καφενείου και της γειτόνισσας σχετίζονται με τη ψυχική και σωματική υγεία των ηλικιωμένων (p -τιμή <0.05).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη αναδεικνύουν το σημαντικό ρόλο της μοναξιάς στην ευδόκιμη γήρανση των ηλικιωμένων και στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που παρουσιάζονται.

Λέξεις κλειδιά: ηλικιωμένοι, ευδόκιμος γήρανση, μοναξιά, προβλήματα υγείας

ABSTRACT

Introduction: Prosperous aging has been linked to conditions that reduce the symptoms of social loneliness and increase the standard of living of the elderly.

Aim: Exploring the relationship between quality of life and social loneliness in the elderly population.

Method: The present study was conducted under the Interdisciplinary Postgraduate Program "Adult Nursing Care" from February 2019 to September 2019. The sample of the study consisted of 117 elderly people over 65 years. The research tools used were: (a) the Forgiveness Scale, Heartland Forgiveness Scale (HFS), (b) the Short-Form Health Survey (SF-36), (c) the Psychopathology Scale (SCL-90), (d) the Social Loneliness Rating Scale; (e) the Cardiac Anxiety Scale; (f) the Resilience Scale; (g) the Self-Compassion Scale (SCS) and another socio-demographic questionnaire..

Results: After analyzing and statistically processing the data, it turned out that the increased psychopathology of the elderly is related to social loneliness (p-value <0.05) and the quality of life as it results from the overall health of the elderly is related to the loneliness experienced the elderly (p-value <0.05). Other factors influencing social loneliness are the gender, marital status and the place of residence of the elderly (p-value <0.05). While the relationships with the grandchildren and the frequency of visits to the cafeteria and the neighborhood are related to the mental and physical health of the elderly (p-value <0.05).

Conclusions: The results from this study highlight the important role of loneliness in the successful aging of the elderly and the way they deal with the problems presented.

Keywords: Elderly, Successful Aging, Loneliness, Health problems

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του διατμηματικού μεταπτυχιακού προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων». Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας που πραγματοποιήθηκε νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Μαίρη Γκούβα για την αμέριστη στήριξη και καθοδήγηση καθ'όλη τη διάρκεια περάτωσης της διπλωματικής μου εργασίας. Οι υποδείξεις και οι συμβουλές της υπήρξαν καθοριστικές για την ολοκλήρωση της έρευνας αυτής.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω το Χρήστο το συνοδοιπόρο μου στη ζωή και σ' αυτό το ταξίδι του μεταπτυχιακού. Η συμπαράσταση και στήριξή του σε κάθε φάση της διπλωματικής μου εργασίας μου έδωσαν το κουράγιο να συνεχίσω και με υπομονή να ολοκληρώσω τη μεταπτυχιακή μου εργασία.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	16
Τρίτη ηλικία: χαρακτηριστικά και ευδόκιμη γήρανση.....	16
1.1 Θεωρίες γήρατος	16
1.2 Χαρακτηριστικά και προβλήματα ηλικιωμένων	18
1.3 Ευδόκιμη γήρανση	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	25
Το συναίσθημα της μοναξιάς	25
2.1 Ορισμός της μοναξιάς	25
2.2 Μοναξιά και σωματική υγεία - θνησιμότητα	25
2.3 Μοναξιά και ψυχική υγεία	26
2.4 Κοινωνική μοναξιά.....	27
2.4.1 Συναισθηματική μοναξιά και σύνδεσή της με την κοινωνική.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	30
Φροντίδα και ποιότητα ζωής	30
3.1 Η έννοια της φροντίδας των ηλικιωμένων	30
3.2 Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων	32
3.2.1 Ποιότητα ζωής και ευδόκιμη γήρανση	33
3.2.2 Ευδόκιμη γήρανση – Δημογραφικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα.....	34
3.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	37
Μεθοδολογία	37
4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	37
4.2 Υλικό και Μέθοδος	37
4.3 Διαδικασία.....	38
4.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	38
4.4.1 Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς	38
4.4.2 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	39
4.4.3 Κλίμακα Αξιολόγησης της Συγχώρεσης (HFS)	39
4.4.4 Κλίμακα επισκόπησης της Υγείας SF- 36.....	40
4.4.5 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων.....	40
4.5 Στατιστική επεξεργασία	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	41
Αποτελέσματα Ανάλυσης	41
5.1 Περιγραφική Ανάλυση.....	41
5.2 Επαγωγική Ανάλυση	62
Γραμμική Παλινδρόμηση	78
Κοινωνική μοναξιά – SF36	78
Κοινωνική μοναξιά – SCL90	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	80
Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	80
6.1 Συζήτηση	80
6.2 Περιορισμοί.....	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	93
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	93

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος	41
Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα φύλου και οικογενειακής κατάστασης του δείγματος	42
Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα τόπου καταγωγής και εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος	42
Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της σύνταξης του δείγματος.....	43
Πίνακας 5 Συχνότητα και σχετική συχνότητα εργασίας σήμερα και ύπαρξης αδερφιών στην οικογένεια του δείγματος	43
Πίνακας 6 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του αριθμού αδερφών του δείγματος ...	43
Πίνακας 7 Συχνότητα και σχετική συχνότητα αδερφών	44
Πίνακας 8 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της σειράς γέννησης του δείγματος	44
Πίνακας 9 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της σχέσης με τα αδέρφια και της ύπαρξης παιδιών	44
Πίνακας 10 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση αριθμού παιδιών του δείγματος	45
Πίνακας 11 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της σχέσης με τους γονείς και της ομοιότητας σε χαρακτήρα και φυσιογνωμία του δείγματος	45
Πίνακας 12 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αδυναμίας του δείγματος στα μέλη της οικογένειας και τους γονείς	46
Πίνακας 13 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της διαμονής και της ύπαρξης κόρης του δείγματος	47
Πίνακας 14 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ύπαρξης γιου και του τόπου διαμονής της κόρης και του γιου του δείγματος.....	47
Πίνακας 15 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των διακοπών, της συνήθειας του περιπάτου και της ύπαρξης κήπου του δείγματος.....	48
Πίνακας 16 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της άποψης για τα γηρατειά και της ύπαρξης φίλων στο παρελθόν	48

Πίνακας 17 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ύπαρξης φίλων σήμερα και της επιθυμίας περισσότερων επισκέψεων στο σπίτι	49
Πίνακας 18 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της διατροφής και άσκησης του δείγματος.....	50
Πίνακας 19 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της υγείας και του ύπνου του δείγματος	51
Πίνακας 20 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της καθαριότητας και εμφάνισης του δείγματος.....	52
Πίνακας 21 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της προσοχής στον ήλιο του δείγματος	53
Πίνακας 22 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής του καπνίσματος και του παθητικού καπνίσματος του δείγματος.....	53
Πίνακας 23 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής του αλκοόλ και του ξενυχτιού του δείγματος	54
Πίνακας 24 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής των μικροβίων και του άγχους του δείγματος.....	55
Πίνακας 25 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής καυγάδων και της ταχύτητας στο αυτοκίνητο του δείγματος.....	56
Πίνακας 26 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής της γκρίνιας, των γιατρών και των ασθενών του δείγματος.....	57
Πίνακας 27 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής των νοσοκομείων και των κηδεϊών	58
Πίνακας 28 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των προβλημάτων υγείας του δείγματος	58
Πίνακας 29 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των προβλημάτων υγείας του δείγματος	59
Πίνακας 30 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των προβλημάτων υγείας του δείγματος	59

Πίνακας 31 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της επίσκεψης στο καφεενείο, στη γειτόνισσα και στην εκκλησία	60
Πίνακας 32 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ύπαρξης εγγονιών και.....	61
Πίνακας 33 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ψυχοπαθολογίας – μοναξιάς.....	62
Πίνακας 34 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ψυχοπαθολογίας - μοναξιάς	63
Πίνακας 35 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ψυχοπαθολογίας - μοναξιάς	64
Πίνακας 36 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ψυχοπαθολογίας - μοναξιάς	64
Πίνακας 37 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων γενικής υγείας - μοναξιάς.....	65
Πίνακας 38 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων συγχωρετικότητας - μοναξιάς	66
Πίνακας 39 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων συγχωρετικότητας - μοναξιάς	66
Πίνακας 40 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων μοναξιάς - αυτοσυμπόνιας	67
Πίνακας 41 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ποιότητας ζωής - μοναξιάς.....	67
Πίνακας 42 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ποιότητας ζωής - μοναξιάς.....	68
Πίνακας 43 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ποιότητας ζωής - μοναξιάς.....	69
Πίνακας 44 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ηλικίας – γενικής υγείας.....	70
Πίνακας 45 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ηλικίας – μοναξιάς και γενικής υγείας	70
Πίνακας 46 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ηλικίας – αυτοσυμπόνιας και ψυχοπαθολογίας.....	71
Πίνακας 47 Αποτελέσματα ελέγχου μέσω των τιμών του φύλου του δείγματος	71
Πίνακας 48 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος.....	72
Πίνακας 49 Αποτελέσματα ελέγχου πίνακα ANOVA της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος	72
Πίνακας 50 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA του τύπου κατοικίας του δείγματος ..	73
Πίνακας 51 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA του τύπου κατοικίας του δείγματος ..	74

Πίνακας 52 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της σωματικής λειτουργικότητας με την εκπαίδευση του δείγματος.....	75
Πίνακας 53 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της σωματοποίησης και κατάθλιψης με τη συχνότητα επίσκεψης του δείγματος στο καφενείο	75
Πίνακας 54 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της συχνότητας επίσκεψης του δείγματος στην εκκλησία	76
Πίνακας 55 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων των διάφορων αιτιάσεων και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων με τη συχνότητα επίσκεψης στην εκκλησία ..	77
Πίνακας 55 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης κοινωνικής μοναξιάς με την κλίμακα SF36.....	78
Πίνακας 55 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης κοινωνικής μοναξιάς με την κλίμακα SCL90.....	79

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Figure 1 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων του φύλου των ερωτηθέντων	41
---	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες η κοινωνική ομάδα των ηλικιωμένων αυξάνεται σε πλήθος και το γεγονός αυτό αποτελεί μια πρόκληση που πρέπει να αντιμετωπίσει η σύγχρονη κοινωνία. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας συχνά αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες τους μένοντας αβοήθητοι και εκδηλώνουν ποικίλα προβλήματα που αφορούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία. Επομένως, είναι σημαντικό για ένα άτομο να έχει ευδόκιμη γήρανση, να διατρέχει δηλαδή χαμηλό κίνδυνο να εκδηλώσει κάποια ασθένεια ή αναπηρία, να διατηρεί σε υψηλά επίπεδα τις σωματικές και ψυχικές του λειτουργίες όπως επίσης και να διατηρεί τις κοινωνικές του επαφές. Ένα από τα πιο συχνά συναισθήματα που βιώνεται έντονα από τους ηλικιωμένους είναι εκείνο της μοναξιάς.

Η μοναξιά, αν και επηρεάζει άτομα όλων των ηλικιών, συνδέεται περισσότερο με τη μεγαλύτερη ηλικία. Οι διάφορες απώλειες που επέρχονται με την ηλικία καθώς και η έκπτωση της υγείας έχουν ως συνέπεια την ελάττωση των κοινωνικών επαφών και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου για την εκδήλωση μοναξιάς. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το συναίσθημα της μοναξιάς είναι ποικίλοι και μπορεί να οφείλονται σε δημογραφικά, πολιτισμικά, κοινωνικά ή οικονομικά αίτια, ακόμη και να συνδέονται με την εκδήλωση προβλημάτων υγείας.

Η εργασία αυτή σκοπό έχει να διερευνήσει τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής μοναξιάς και τη σχέση της με τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας και της ευδόκιμης γήρανσης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται ορισμένες θεωρίες του γήρατος που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς, τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι καθώς και οι έννοιες της γήρανσης και της ευδόκιμης γήρανσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται το συναίσθημα της μοναξιάς, ο αντίκτυπος που έχει στη σωματική και ψυχική υγεία όπως επίσης και οι διαφορές μεταξύ της κοινωνικής και συναισθηματικής μοναξιάς. Στο τρίτο κεφάλαιο, το τελευταίο του θεωρητικού μέρους, αναλύονται οι έννοιες της φροντίδας και της ποιότητας ζωής και συσχετίζονται με την ομάδα των ηλικιωμένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την ολοκλήρωση της έρευνας, ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν έπειτα από την επεξεργασία των

δεδομένων. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο γίνεται μια συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα, αναφέρονται τα συμπεράσματα και οι περιορισμοί της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Τρίτη ηλικία: χαρακτηριστικά και ευδόκιμη γήρανση

1.1 Θεωρίες γήρατος

Τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές έχουν δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη διερεύνηση της γήρανσης του ανθρώπινου οργανισμού. Οι βιολογικές θεωρίες παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένο ενδιαφέρον καθώς επιχειρούν να επεξηγήσουν τη βιολογική γήρανση. Οι περισσότερες μελέτες έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα πως υπάρχουν τόσο ενδογενής όσο και εξωγενής παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν τη πορεία της διαδικασίας της γήρανσης. Στη πρώτη κατηγορία, αυτή των ενδογενών παραγόντων συγκαταλέγονται οι κυτταρικές μεταλλάξεις και οι αυτοάνοσες αντιδράσεις του οργανισμού, ενώ στη δεύτερη κατηγορία, των εξωγενών παραγόντων περιλαμβάνονται παράγοντες όπως η διατροφή που ακολουθεί κάθε άνθρωπος, αλλά και οι συνθήκες περιβάλλοντος μέσα στις οποίες εκτίθεται καθημερινά, όπως είναι η ακτινοβολία, η εκτεταμένη μόλυνση κ.ά. (Copi, 2006) Δεν είναι λίγες οι μελέτες εκείνες που υποστηρίζουν πως για κάθε άνθρωπο υπάρχει ένα συγκεκριμένο γενετικό διάγραμμα το οποίο κληροδοτεί η μία γενιά στην επόμενη, επηρεάζοντας τον αναμενόμενο χρόνο ζωής.

Οι κυτταρικές μεταλλάξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως θεωρείται πως αποτελούν ένα από τους κυριότερους ενδογενείς παράγοντες που καθορίζουν τη γήρανση ενός πληθυσμού. Ο Kaplan αποτελεί έναν από τους ερευνητές που έχουν αναφερθεί σε μεγάλο βαθμό στη γήρανση των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού. Το κάθε κύτταρο του ανθρώπινου οργανισμού έχει συγκεκριμένο διάστημα ζωής, ενώ πριν πεθάνει έχει τη δυνατότητα να αντιγράψει τον εαυτό του ορισμένες φορές. Ο χρόνος επηρεάζει τη δομή των κυττάρων και ενίοτε δρα εκφυλιστικά απέναντί τους.

Μία θεωρία σχετική με το γήρας που προσπάθησε να αναλύσει και να επεξηγήσει τη διαδικασία της βιολογικής γήρανσης αναλύοντας τον τρόπο με τον οποίο αλλάζει ο κολλαγονικός ιστός με τη πάροδο των χρόνων. Η αλλαγή αυτή πραγματοποιείται στη σύσταση του κολλαγονικού ιστού που με τα χρόνια αποκτά άκαμπτη μορφή, με αποτέλεσμα να μην επιτρέπει την απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών διατηρώντας μόνο εκείνες που έχουν θεραπευτική αξία για τον οργανισμό. Μέχρι στιγμής δεν είναι ξεκάθαρο εάν

ο επιπλέον κολλαγονικός ιστός, που παρατηρείται στον πληθυσμό των ηλικιωμένων είναι εκείνος που ευθύνεται για τη γήρανση (JoeVerghese, 2013). Την ίδια στιγμή ένα μεγάλο μέρος των ερευνητών θεωρούν πως η διαρκής έκθεση του ανθρώπου σε στρεσογόνες καταστάσεις για εκτεταμένο χρονικό διάστημα μπορούν να επηρεάσουν και να μειώσουν το χρονικό διάστημα ζωής του ανθρώπου. (Hewstone & Stroebe, 2007)

Εξετάζοντας την συσχέτιση των εξωγενών παραγόντων με την γήρανση του πληθυσμού αποδείχθηκε ότι η διατροφή παίζει κυρίαρχο ρόλο στη διαδικασία γήρανσης του ανθρώπινου οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα έχει αποδειχθεί ότι παθήσεις που σχετίζονται με τη διατροφή, όπως είναι η παχυσαρκία είναι πιθανό να μειώσουν το χρόνο ζωής του ανθρώπου. Από την άλλη πλευρά η διατήρηση ισορροπημένης διατροφής, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες απαιτήσεις και ανάγκες (ποιοτικές και ποσοτικές) κάθε οργανισμού μπορεί να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής ενός ανθρώπου. Οι περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες ζουν οι άνθρωποι στη σημερινή εποχή, ειδικά στις μεγάλες αστικές πόλεις, διαμορφώνουν και σε ορισμένες περιπτώσεις επιταχύνουν τη διαδικασία γήρανσης. Βέβαια, θα πρέπει να αναλογιστεί κανείς τη τεράστια σημασία που έχει η ψυχολογία στην επιβράδυνση ή την ενίσχυση της διαδικασίας της γήρανσης (Manuel Montero-Odasso, 2009).

Η διαδικασία της γήρανσης αποτελεί το κέντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος με μία από τις θεωρίες που επικρατούν να ορίζει τη γήρανση ως τη διαδικασία αποδέσμευσης του ανθρώπου από την κοινωνία μέσα στην οποία ζει. Με την πάροδο των χρόνων οι κοινωνικοί ρόλοι του ανθρώπου σταδιακά μειώνονται ενώ η δύναμή τους μεταβιβάζεται στις νεότερες γενιές προετοιμάζοντας την κοινωνία για τη συνέχεια μετά το θάνατό τους. (Slater, 2003)

Μία ακόμη θεωρία η οποία συνδέεται με τη γήρανση του πληθυσμού είναι η θεωρία της δραστηριότητας, σύμφωνα με την οποία η διατήρηση της δραστηριότητας στη ζωή των ηλικιωμένων παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο και καθορίζει τη ταχύτητα της διεργασίας του γήρατος. Είναι φανερό πως οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με πλήθος αλλαγών, όπως είναι η έλλειψη ρόλων που κατείχαν στο παρελθόν, η μεταβολή της οικονομικής τους επιφάνειας και της καθημερινότητάς τους εν γένει και είναι απαραίτητο γι' αυτούς να παραμένουν δραστήριοι προκειμένου να ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής.

Προτείνεται σε πολλές περιπτώσεις η αντικατάσταση φυσικών δραστηριοτήτων με άλλες πνευματικές ώστε να διατηρείται ενεργή η δραστηριότητα του ηλικιωμένου ενώ σημειώνεται πως η απώλεια πολλών κοινωνικών ρόλων συμβάλει στη πνευματική και φυσική εξάντληση των ηλικιωμένων (Πλατή, 2000)

1.2 Χαρακτηριστικά και προβλήματα ηλικιωμένων

Τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν πηγή κοινωνικών, πολιτικών και πολιτισμικών πληροφοριών καθώς έχουν βιώσει πλήθος καταστάσεων. Τα ηλικιωμένα άτομα της σημερινής εποχής έχουν βιώσει τα αποτελέσματα που είχε στην κοινωνία και Β' Παγκόσμιος Πόλεμος του 20^{ου} αιώνα. Οι κοινωνικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί τις τελευταίες δεκαετίες οδήγησαν στη μεταβολή της δομής της οικογένειας και την αλλαγή του ρόλου των ηλικιωμένων ατόμων μέσα σε αυτή (Patrick, 2015). Το παραδοσιακό μοντέλο οικογένειας έχει διαφοροποιηθεί και ενώ στο παρελθόν η γυναίκα ήταν επιφορτισμένη με τη φροντίδα των ηλικιωμένων οι οποίοι ζούνε στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά τους πλέον οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζούσαν μακριά από τα παιδιά και τα εγγόνια τους μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι οικονομικές δυσκολίες και οι ψυχολογικές μεταπτώσεις που βιώνουν οι ηλικιωμένοι τους καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτους. Η απώλεια του συντρόφου ή αγαπημένων φίλων και συγγενών φαίνεται να ενισχύει το αίσθημα θλίψης και μοναξιάς (Πλατή, 2000).

Τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι εντείνονται όταν δεν έχουν τη φροντίδα κάποιου από το οικείο περιβάλλον τους, νιώθοντας παραγκωνισμένοι και απογοητευμένοι. Ειδικά εκείνοι που ζουν μακριά από την οικογένειά τους και η μόνη στήριξη που δέχονται είναι από υπηρεσίες υγείας, έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής από τους ηλικιωμένους που απολαμβάνουν τη φροντίδα των αγαπημένων τους προσώπων. (Ζαιμάκης & Κανδυλάκη, 2005)

Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που είναι τυπικά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων και σχετίζονται με τον χαρακτήρα τους και τον τρόπο με τον οποίο αυτός έχει διαμορφωθεί. Οι γνώσεις που διαθέτουν και οι εμπειρίες είναι πολλές και συχνά η στάση τους απέναντι σε αρκετά ζητήματα είναι αδιάλλακτη. Οι απόψεις τους δεν

συμβαδίζουν με την εποχή στην οποία ζουν και για το λόγο αυτό πολλές φορές χαρακτηρίζονται ως συντηρητικές, ενώ δεν είναι πρόθυμοι να προσαρμόσουν τις συνήθειες τους στα νέα δεδομένα της εποχής. Τα συναισθήματα που βιώνουν είναι κυρίως αυτό της μοναξιάς και της εσωστρέφειας. Βέβαια υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και να καθορίσουν τη καθημερινότητά τους. Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν τη ποιότητα ζωής τους, όπως και η οικονομική τους ευχέρεια, μιας και με τη συνταξιοδότησή τους οι περισσότεροι διαμορφώνουν και περιορίζουν το σύνολο των δαπανών τους. Την ίδια στιγμή, οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα υγείας έχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής μπαίνοντας στην τρίτη ηλικία. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999)

Οι αλλαγές που βιώνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας σε βιολογικό επίπεδο, προέρχονται από τον τρόπο που λειτουργεί ο κάθε οργανισμός και τις μεταβολές που συμβαίνουν στο κάθε σύστημα. Οι βιολογικές αλλαγές μπορεί να είναι ευδιάκριτες και να σχετίζονται με την εμφάνιση ρυτίδων, την αλλαγή του χρώματος και την αραίωση των μαλλιών, αλλά και να σχετίζονται και με αλλαγές που πραγματοποιούνται στο ανοσολογικό, μυοσκελετικό και ουροποιητικό σύστημα. Επιπλέον, με την πάροδο των χρόνων αλλάζει ο τρόπος λειτουργίας των αισθήσεων, του καρδιακού συστήματος ενώ επηρεάζεται σημαντικό η λειτουργία του εγκεφάλου, η οποία επιβραδύνεται αισθητά. (Πλατή, 2000)

Τα προβλήματα που βιώνουν οι ηλικιωμένοι είναι πολλά και σχετίζονται κυρίως με την εκδήλωση έντονων πόνων, τις διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο, το συνεχές βίωμα αρνητικών συναισθημάτων μοναξιάς, κατάθλιψης και ο φόβος του θανάτου. Έρευνες έχουν δείξει πως μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων συνηθίζει να ζει με χρόνιους πόνους έχοντας την εντύπωση πως είναι φυσιολογικό να βιώνουν πόνους οι οποίοι δεν είναι εφικτό να θεραπευτούν. Η αντίληψη αυτή φέρνει τους ηλικιωμένους αντιμετώπους με μια οδυνηρή καθημερινότητα την οποία και δεν επικοινωνούν με το περιβάλλον τους προκειμένου να μη θεωρηθεί πως παραπονιούνται (Brown et. al., 2011) Παράλληλα, η διαδικασία του ύπνου αποτελεί μία από τις βασικότερες διεργασίες του οργανισμού κατά τη διάρκεια του οποίου ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να ξεκουραστεί σωματικά και πνευματικά. Οι ανάγκες κάθε οργανισμού σε ύπνο διαφέρουν και μεταβάλλονται ανάλογα

με την ηλικία, την φυσική του δραστηριότητα και τη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει (Luyster et. al. 2015).

Οι ηλικιωμένοι υποφέρουν συχνά από διαταραχές ύπνου οι οποίες αποτελούν ένα από τα βασικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Για τους περισσότερους είναι αρκετά δύσκολη η έλευση και διατήρηση του ύπνου και οι κυριότεροι λόγοι είναι οι έντονοι πόνοι, η ανησυχία, το άγχος και οι άσχημες σκέψεις. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και εκείνοι οι ηλικιωμένοι που εξαιτίας της λήψης πολλών φαρμάκων κοιμούνται για πολλές ώρες πέραν του φυσιολογικού. Άλλοι είναι πιθανό να εκδηλώσουν διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου όπως είναι η υπνοβασία, οι επιληπτικές κρίσεις κ.ά. Το σύνδρομο της άπνοιας που συνδέεται και θεωρείται ως επακόλουθο του ροχαλητού συμβαίνει αρκετά συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας διαταράσσοντας την ομαλότητα του ύπνου των ηλικιωμένων. Αποτέλεσμα αυτού είναι να νιώθουν διαρκώς το αίσθημα κούρασης στη διάρκεια της μέρας επηρεάζοντας την απόδοσή τους στις καθημερινές τους δραστηριότητες. (Μαδιανός, 2000)

Τα τελευταία χρόνια μελέτες έδειξαν πως το 29% του πληθυσμού των ηλικιωμένων υποφέρει από κατάθλιψη. Οι γυναίκες είναι εκείνες που πιο συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους άντρες, ενώ το ποσοστό που απευθύνεται σε κάποιον ειδικό προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αυτό είναι αρκετά μικρό (Verhaak, 2014). Με την εμφάνιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης επηρεάζεται άμεσα και σε μεγάλο βαθμό η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, καθώς τα επίπεδα άγχους τους αυξάνονται σημαντικά, σταματούν να έχουν έντονη κοινωνική παρουσία, αρνούνται να τραφούν σωστά, εκφράζουν την επιθυμία θανάτου, ενώ σε ορισμένους η κακή τους ψυχολογία σωματοποιείται με τη μορφή έντονων πόνων κ.λπ.

1.3 Ευδόκιμη γήρανση

Οι επιστήμονες προσπάθησαν να ορίσουν τη διαδικασία της γήρανσης με διαφορετικούς τρόπους στο πέρασμα των χρόνων επισημαίνοντας το γεγονός πως ξεκινά σχεδόν από τη στιγμή γέννησης του ανθρώπου σε αντίθεση με ορισμένους που υποστηρίζουν πως η διαδικασία αυτή ξεκινά από την ηλικία των 25 και μετά και

χαρακτηρίζεται από την μείωση της λειτουργικότητας του ανθρώπου καταλήγοντας τελικά στο θάνατό του. Σύμφωνα με τη θεωρία του Thomas (1977) η ζωή του ανθρώπου χωρίζεται σε τέσσερα βασικά στάδια, του βρέφους, του εφήβου, της ωρίμανσης και του θανάτου. Της διατύπωσης αυτής προηγήθηκε εκείνη του Neugarten (1974) που όριζε για πρώτη φορά την τρίτη και τέταρτη ηλικία, στις οποίες ανήκαν αντίστοιχα οι ηλικιωμένοι κάτω των 75 και οι ηλικιωμένοι άνω των 75. Οι ηλικιωμένοι της τέταρτης ηλικίας χαρακτηρίζονται από οικονομική εξάρτηση από τα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, βρίσκονται στο έσχατο γήρας και βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο πριν το θάνατο. (Redfern, 2011).

Οι έννοιες της «ενεργούς γήρανσης» και «επιτυχούς γήρανσης», χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια προκειμένου να περιγράψουν τη διαδικασία γήρανσης του πληθυσμού. Οι δύο αυτές έννοιες συχνά συγχέονται ενώ στη πραγματικότητα πρόκειται για δύο διαφορετικές έννοιες. Η θεωρία των Rowe και Kahn υπογραμμίζει το γεγονός ότι η «επιτυχής γήρανση» ορίζεται ως η κατάσταση του ανθρώπου που χαρακτηρίζεται από την απουσία ασθενειών, αναπηριών και άλλων παραγόντων, επικίνδυνων για την υγεία του ανθρώπου όπως είναι η συνήθεια του καπνίσματος, οι βλαβερές διατροφικές συνήθειες, η απουσία φυσικής κατάστασης κ.ά. Με τον τρόπο αυτό γίνεται αντιληπτό πως ένας άνθρωπος μπορεί να θεωρηθεί πως βιώνει «επιτυχή γήρανση», εφόσον δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα από τα παραπάνω και φροντίζει ώστε να μην διατηρεί βλαβερές συνήθειες. Με λίγα λόγια η διαδικασία της γήρανσης μπορεί να χαρακτηριστεί ως επιτυχής αν το άτομο συνεχίσει να διατηρεί τις δραστηριότητές του και καταφέρει να παρατείνει την περίοδο της μέσης ηλικίας καθυστερώντας την εμφάνιση των χαρακτηριστικών της τρίτης ηλικίας. Η έννοια της ενεργούς γήρανσης έχει απασχολήσει τις τελευταίες δεκαετίες τον ερευνητικό κόσμο κυρίως λόγω των διαστάσεών της και της πολύπλευρης ερμηνείας της. Από την οπτική της οικονομίας περιγράφεται ως «επέκταση του εργασιακού βίου», ενώ από την οπτική της γεροντολογίας και της ψυχολογίας περιγράφεται ως «επιτυχημένη γήρανση» καθώς συμβάλλει στη λειτουργικότητα του ατόμου και στη διατήρηση της ψυχοσωματικής του υγείας.

Το 2002 η ενεργός γήρανση ορίστηκε ως η «διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία σε όλη τη διάρκεια της ζωής, έτσι ώστε να επεκταθεί το προσδόκιμο ζωής, η παραγωγικότητα και η ποιότητα ζωής των

ηλικιωμένων», σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η σύγχρονη εποχή δεν επιθυμεί τη περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων αλλά επιδιώκει να αξιοποιήσει στο έπακρο τις γνώσεις και τις εμπειρίες των ανθρώπων αυτών καθιστώντας τους ενεργά και χρήσιμα μέλη της κοινωνίας (Κωσταρίδου –Ευκλείδη Α. 2008). Προκειμένου να ενισχυθεί η ενεργός γήρανση από το 2012 έχει ξεκινήσει μια προσπάθεια ώστε οι ηλικιωμένοι να συμμετέχουν πιο ενεργά στα κοινωνικά δρώμενα και να διατηρούν την ανεξαρτησία τους.

Η απασχόληση των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί ένα ζήτημα που προβληματίζει τους περισσότερους ηλικιωμένους. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής είχε σαν επακόλουθο την αύξηση του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης. Για το λόγο αυτό πολλοί ηλικιωμένοι ανησυχούν ιδιαίτερα σχετικά με την παραμονή τους στη δουλειά αλλά και για το αν τελικά θα καταφέρουν να εξασφαλίσουν μια σύνταξη που θα τους επιτρέψει να ζουν αξιοπρεπώς καλύπτοντας τα καθημερινά τους έξοδα. Ωστόσο, τονίζεται το γεγονός ότι θα πρέπει να υπάρξει ιδιαίτερη μέριμνα για την δημιουργία ευκαιριών στον εργασιακό τομέα που θα επιτρέψουν στους ηλικιωμένους να συνεχίσουν να διεκδικούν ίσες ευκαιρίες. Από την άλλη πλευρά θα πρέπει να αναγνωριστεί η προσφορά των ηλικιωμένων ατόμων στην κοινωνία. Μεγάλο μέρος αυτών συμμετέχουν σε πλήθος δράσεων προσπαθώντας να δημιουργήσουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας διεκδικώντας τα δικαιώματά της ενώ παράλληλα συμβάλλουν στη μείωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η κοινωνία στην οποία ζουν. Επιπλέον, τα προβλήματα υγείας που δημιουργούνται με την πάροδο του χρόνου και τα οποία διαρκώς αυξάνονται, δεν επιτρέπουν στα άτομα να απολαμβάνουν την ανεξαρτησία που είχαν στο παρελθόν. Η ανεξάρτητη διαβίωση των ηλικιωμένων μπορεί να αποτυπώσει τη ποιότητα ζωής αυτών ενώ επιδρά αρνητικά σε μεγάλο βαθμό στη ψυχολογία των ατόμων αυτών, καθώς νιώθουν πως γίνονται «βάρος» στα συγγενικά τους πρόσωπα τα οποία επιβαρύνονται με τη φροντίδα τους.

Μέσα από την προώθηση της ενεργούς γήρανσης δίνεται η ευκαιρία στον πληθυσμό των ηλικιωμένων να αξιοποιήσουν το σύνολο των δυνατοτήτων τους προκειμένου να καταφέρουν να διεκδικήσουν τον ρόλο τους στην αγορά εργασίας καταφέροντας να διατηρήσουν ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο, διεκδικώντας την θέση τους στην κοινωνία ως ενεργά και χρήσιμα μέλη, τόσο για όσα προσφέρουν στην οικογένειά τους όσο και για την κοινωνική τους προσφορά. Βέβαια για να είναι εφικτή η εργασιακή απασχόληση των

ηλικιωμένων είναι απαραίτητη η προσαρμογή των συνθηκών ώστε αυτές να γίνουν πιο ευνοϊκές αποφεύγοντας την αντιμετώπιση στερεοτυπικών ή άλλων διακρίσεων σε βάρος αυτής της ευάλωτης κοινωνικής ομάδας. Η κρατική μέριμνα για τη διασφάλιση των συνθηκών εργασίας των ηλικιωμένων είναι απαραίτητη ώστε να υπάρχει η κατάλληλη θεσμική κάλυψη. Βέβαια, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι η γήρανση αντιμετωπίζεται συχνά ως απειλή από μερίδα των νεότερων εργαζομένων οι οποίοι βλέπουν με αρνητική διάθεση την παράταση της συνταξιοδότησης των ηλικιωμένων εργαζομένων.

Από την άλλη πλευρά, ο όρος «ενεργός γήρανση», αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών που είναι δυνατόν να λάβει κανείς προκειμένου οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν υγιείς, να αποφύγουν την λήψη πολλών φαρμάκων, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό το κόστος υγείας που προκύπτει.

Βέβαια ο όρος «επιτυχής» δεν θεωρείται ως η πλέον κατάλληλη λέξη καθώς δεν είναι ορθό ένας άνθρωπος που αντιμετωπίζει μία ασθένεια όπως είναι το σάκχαρο να θεωρείται «ανεπιτυχής». Παράλληλα, θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι η διατήρηση της σωματικής και διανοητικής λειτουργίας των ηλικιωμένων όπως και η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες αποτελούν σημάδια της επιτυχούς γήρανσης (Strawbridg et al., 2002).

Η ολιστική φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελεί τη φροντίδα του σώματος και του πνεύματος των ατόμων αυτών, αναγνωρίζοντας πως πρόκειται για δύο στοιχεία τα οποία συνδέονται ισχυρά μεταξύ τους και το ένα επηρεάζει το άλλο. Είναι γενικά αποδεκτό το γεγονός ότι η πνευματικότητα και η διαφύλαξη αυτής καθορίζει την ευημερία των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας (Rowe & Kahn, 1997). Η ευδόκιμη γήρανση εξαρτάται άμεσα από τις κοινωνικές και πολιτισμικές προσλαμβάνουσες που έχει ο κάθε ηλικιωμένος και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Μια από τις σκέψεις με την οποία οι ηλικιωμένοι καλούνται να συμφιλιωθούν είναι εκείνη του θανάτου. Η σκέψη αυτή απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τους ηλικιωμένους και ευθύνεται για την εκδήλωση ψυχικών νόσων όπως η κατάθλιψη, αλλά και σωματικών. Πιο συγκεκριμένα από την ηλικία των 65 και μετά οι ηλικιωμένοι αρχίζουν να αναπολούν στιγμές του παρελθόντος προσπαθώντας να βρουν το νόημα της ζωής προκειμένου να αντιμετωπίσουν με

αποτελεσματικότητα τα προβλήματα που προκύπτουν αλλά και να διαχειρίζονται με περισσότερη ευκολία τις απογοητεύσεις που γεύονται (Taghiabadi et al, 2017).

Μελέτες έχουν αποδείξει πως η ικανοποίηση από τη ζωή είναι ο βασικότερος παράγοντας που καθορίζει τη ποιότητα των γηρατειών. Η επιτυχία των γηρατειών έγκειται στην άποψη που έχουν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι για τη μέχρι τότε ζωή τους και μπορεί να αποτελέσει παράγοντα εκτίμησης της πορείας τους. Η ευημερία των ηλικιωμένων φαίνεται να σχετίζεται επίσης με την σχέση που έχουν με τη θρησκεία και τη συχνότητα συμμετοχής τους σε θρησκευτικές δραστηριότητες καθώς η συχνότητα εμφάνισης περιστατικών κατάθλιψης είναι εμφανώς μικρότερη (Fisher, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Το συναίσθημα της μοναξιάς

2.1 Ορισμός της μοναξιάς

Η μοναξιά αποτελεί ένα από τα πιο βασικό συναισθήματα που μπορεί να βιώσει κανείς στη πορεία της ζωής του. Ο βαθμός και το στάδιο της ζωής όπου μπορεί ο άνθρωπος να βρεθεί αντιμέτωπος με το συναίσθημα της μοναξιάς διαφέρουν και σχετίζονται με τις εμπειρίες ζωής. Με τον όρο μοναξιά αναφερόμαστε στη δυσάρεστη τροπή που μπορεί να πάρει η κοινωνική ζωή ενός ανθρώπου με την αποδυνάμωση των κοινωνικών του σχέσεων (Perlman & Perlau, 1984). Ακόμη η μοναξιά πολλές φορές ορίζεται ως η διαφορά της κοινωνικότητας και του κοινωνικού δικτύου που θα ήθελε κανείς να έχει και αυτής που έχει στην πραγματικότητα. Οι λόγοι που κάνουν έναν άνθρωπο να βιώσει το συναίσθημα της μοναξιάς ποικίλουν και καθορίζουν το βαθμό στον οποίο το άτομο νιώθει μόνο του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού αποτελεί η διάκριση ανάμεσα στη μοναξιά που βιώνει ένα παιδί που έχει χάσει τους γονείς του και σε ένα παιδί που δεν έχει αποκτήσει παρέες (Heinrich & Gullone, 2006).

Είναι καθολικά αποδεκτό το γεγονός ότι αν και η μοναξιά μπορεί να απαντηθεί σε ανθρώπους κάθε ηλικίας αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων (Shute and Howitt 1990). Οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή έχουν βιώσει την απώλεια αγαπημένων τους προσώπων διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να βιώσουν το συναίσθημα της μοναξιάς. Έχει αποδειχθεί πως η ηλικία, η απώλεια αγαπημένων προσώπων και οι κοινωνικές επαφές συνδέονται με το βαθμό στον οποίο είναι κανείς ευάλωτος απέναντι στη μοναξιά (Victor et al. 2005).

2.2 Μοναξιά και σωματική υγεία - θνησιμότητα

Πλήθος ερευνών υποστηρίζουν το γεγονός ότι η μοναξιά συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση ασθενειών και οδηγεί σε αύξηση της θνησιμότητας (Caspi et al 2006). Με τη πάροδο του χρόνου οι επιπτώσεις που έχει η μοναξιά για έναν άνθρωπο σωρεύονται και επιταχύνουν τη φυσιολογική γήρανση. (Hawkley & Cacioppo, 2007) Ακόμα και σε πιο

μικρές ηλικίες, έρευνες έχουν δείξει πως η μοναξιά σχετίζεται με τον κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων, πιο συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερο επίπεδο μοναξιάς έχει βιώσει ένας άνθρωπος κατά την παιδική και εφηβική του ηλικία τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να αντιμετωπίσουν καρδιαγγειακά προβλήματα σε νεαρή ηλικία. Με τον ίδιο τρόπο έχει αποδειχθεί ότι η μοναξιά συνδέεται με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, σε έρευνα της οποίας το δείγμα αποτελούνταν από μεσήλικες. Η παρακολούθηση του δείγματος αυτού για ένα χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών έδειξε πως όταν τα συμπτώματα μοναξιάς επιμένουν, τότε το ποσοστό της αρτηριακής πίεσης αυξάνει (Hawkley et al, 2010)

Την ίδια στιγμή σε μια άλλη μελέτη που εξέταζε τις επιπτώσεις της μοναξιάς στον πληθυσμό των ενήλικων ατόμων έδειξε ότι στη διάρκεια τεσσάρων ετών που διήρκησε η μελέτη, όλοι όσοι από τους συμμετέχοντες υπέφεραν από χρόνια μοναξιά είχαν αποβιώσει. Στην έρευνα Sugisawa et al (1994) αποδείχθη ότι η επίδραση της μοναξιάς στη θνησιμότητα των ανθρώπων είναι πολύ ισχυρή και συνδέεται με την πρόκληση σωματικών ασθενειών, και αλλαγή στη λειτουργικότητα του οργανισμού όσων υπέφεραν από μοναξιά. Επιπλέον, τα συμπτώματα της κατάθλιψης φαίνεται πως συνδέονται άμεσα με τη μοναξιά που βιώνει το άτομο και τα αποτελέσματα που έχει για την υγεία του ατόμου καθώς επίσης, μοναξιά στον πληθυσμό των γυναικών συνδέεται με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Τέλος, η μοναξιά θεωρείται υπεύθυνη για περιπτώσεις θνησιμότητας εξαιτίας καρδιαγγειακών προβλημάτων, με εκείνους που δεν έχουν υπάρξει ποτέ μόνοι τους να έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο. Συμπερασματικά όσων αναφέρθηκαν, ο άνθρωπος είναι ένα κοινωνικό ον με έντονη την ανάγκη της κοινωνικής συναναστροφής, η οποία όταν απουσιάζει, το άτομο είναι πιθανό να αντιμετωπίζει πλήθος σωματικών προβλημάτων (Olsen et al., 1991).

2.3 Μοναξιά και ψυχική υγεία

Η επίδραση της μοναξιάς στη γνωστική λειτουργία του ατόμου είναι ακόμη ένα ζήτημα το οποίο μελετήθηκε από τους ερευνητές. Ακολουθώντας τα ευρήματα αυτών διαπιστώνουμε ότι η μοναξιά συνδέεται με διαταραχές της προσωπικότητας και ψυχώσεις, χαμηλές γνωστικές επιδόσεις, την αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, αλλά και με την

εξασθένηση της μνήμης και την αύξηση του κινδύνου να νοσήσει κανείς από Alzheimer (Wilson et al., 2007). Ανάμεσα στη μοναξιά και τα συμπτώματα κατάθλιψης φαίνεται να υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση ως προς την αιτιακή τους φύση καθώς η μοναξιά μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, αλλά και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση της μοναξιάς στη ζωή του ατόμου. Βέβαια, μελέτες των τελευταίων ετών έχουν δείξει ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης δεν μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση της κατάθλιψης (Cacioppo et al., 2010). Εκτός από την αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η μοναξιά θεωρείται υπεύθυνη για την αύξηση συναισθημάτων όπως το άγχος και ο θυμός ενώ την ίδια στιγμή προκαλεί τη μείωση της αυτοεκτίμησης και της αισιοδοξίας του ατόμου.

Απόρροια της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς που βιώνει το άτομο αποτελεί η σταδιακή γνωστική του εξασθένηση και η εκδήλωση των συμπτωμάτων της άνοιας. Ένα άτομο που βιώνει το συναίσθημα της μοναξιάς στην ηλικία των 79 είναι πιθανό να εμφανίσει προβλήματα όπως η εξασθένηση της μνήμης και η μεταβολή του γνωστικού επιπέδου του (Gow et al., 2007). Τον ισχυρισμό αυτό ενισχύουν κι άλλες μελέτες που θεωρούν πως η μοναξιά αποτελεί πρόδρομο της γνωσιακής παρακμής του ατόμου. Εκτός βέβαια από την αλλαγή της γνωσιακής κατάστασης του ατόμου, το επίπεδο μοναξιάς στον πληθυσμό των ηλικιωμένων φαίνεται πως είναι ικανό να προβλέψει τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου του Αλτσχάιμερ. Στην ίδια αυτή έρευνα επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός της επίδρασης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στην εμφάνιση της νόσου Αλτσχάιμερ, ωστόσο η μοναξιά συνέχισε να αποτελεί τον κορυφαίο παράγοντα που καθόριζε την εκδήλωση της νόσου και το βαθμό στον οποίο το άτομο θα εμφάνιζε τα συμπτώματα της νόσου (Wilson et al., 2007).

2.4 Κοινωνική μοναξιά

Οι άνθρωποι από τη φύση τους είναι κοινωνικά όντα και έχουν ανάγκη από την κοινωνική επαφή και τη συναναστροφή με τους άλλους ανθρώπους. Οι ερευνητές Baumeister και Leary (1995) έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στη κοινωνική μοναξιά τονίζοντας ιδιαίτερα το πόσο αυτή μπορεί να επηρεάσει και να καθορίσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων. Σε έρευνα που

πραγματοποιήθηκε από τους Depp και Jeste (2006) φάνηκε ότι οι ηλικιωμένοι δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην ύπαρξη κοινωνικών επαφών ακόμη και από τη κατάσταση της σωματικής τους υγείας προκειμένου να χαρακτηρίσουν τη διαδικασία της γήρανσης ως επιτυχή. Οι κοινωνικές σχέσεις έχουν τεράστια σημασία για τη συνολική υγεία των ανθρώπων καθώς έχει αποδειχθεί ότι ηλικιωμένοι που βιώνουν την κοινωνική απομόνωση έχουν πολύ πιο υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (Fratiglioni et al., 2004). Η κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων ατόμων έρχεται να βελτιώσει και να ενισχύσει τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων με στόχο οι ελλείψεις αυτές να μη προκαλέσουν μελλοντικά, προβλήματα υγείας όπως είναι η κατάθλιψη αλλά και η επί τούτου πρόκληση σωματικών βλαβών εξαιτίας της ταραγμένης ψυχικής υγείας του ατόμου (Uchino, 2006, Reblin και Uchino, 2008). Οι κοινωνικές σχέσεις και η αξία τους είναι διαφορετική για κάθε άτομο καθώς η μοναξιά είναι κάτι το υποκειμενικό για τον καθένα, ενώ η ποιότητα και κυρίως η ποσότητα των κοινωνικών σχέσεων που επιθυμεί να διατηρεί κάθε άτομο εξαρτάται από την προσωπικότητά του και από τις προσωπικές του ανάγκες για κοινωνική συναναστροφή (Blazer, 2002). Η κοινωνική μοναξιά αν και έχει αποδειχθεί πως συνδέεται με αρνητικές συνέπειες στη ζωή των ανθρώπων εντούτοις αποτελεί ένα τομέα που δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (O'Luanaigh και Lawlor, 2008). Πέρα από τη προφανή αύξηση της θνησιμότητας και την εκδήλωση έντονων συμπτωμάτων κατάθλιψης, η κοινωνική μοναξιά συνδέεται με περιπτώσεις αυτοκτονίας (Cacioppo et al., 2006). Από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται πως η κοινωνική μοναξιά συνδέεται με περιπτώσεις απελπισίας και κοινωνικής απομόνωσης εξαιτίας της αυξημένης καταθλιπτικής διάθεσης των ατόμων, οδηγώντας σε πολλές περιπτώσεις σε αύξηση των κοινωνικά απομονωμένων ατόμων (Stek et al., 2005).

Βέβαια θα πρέπει να επισημάνουμε το γεγονός ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το είδος των κοινωνικών επαφών, η ποιότητα και η ποσότητά τους αλλά και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση. (Drageset, 2004) Τα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με την αλληλεπίδραση μεταξύ ποιότητας και ποσότητας των κοινωνικών επαφών είναι περιορισμένη και η εξαγωγή εσφαλμένων συμπερασμάτων θα μπορούσε να έχει αντίκτυπο στη κοινωνική μοναξιά. Εκείνο που αναμένεται βέβαια, είναι η ποσότητα των κοινωνικών επαφών να έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα αυτών (House 1987). Η ποιότητα των

κοινωνικών επαφών είναι κάτι που μπορεί να αξιολογηθεί από τον καθένα με διαφορετικό τρόπο και σχετίζεται με τις προσωπικές του προσλαμβάνουσες.

2.4.1 Συναισθηματική μοναξιά και σύνδεσή της με την κοινωνική

Η συναισθηματική μοναξιά αποτελεί το αποτέλεσμα της έλλειψης ενός οικείου προσώπου με το οποίο υπάρχει σχέση εμπιστοσύνης ενώ από την άλλη πλευρά η κοινωνική μοναξιά είναι αποτέλεσμα ελλειμάτων στον κοινωνικό κύκλο επαφών του ανθρώπου (Weiss 1973). Η διάκριση ανάμεσα στις έννοιες της κοινωνικής και συναισθηματικής μοναξιάς δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης του τρόπου με τον οποίο εκδηλώνεται η μοναξιά όσο αυξάνει η ηλικία των ανθρώπων. Οι αιτίες που προκαλούν κάθε τύπο μοναξιάς είναι διαφορετικές όπως διαφορετικός είναι και ο τρόπος αντιμετώπισης και βελτίωσης προκειμένου το άτομο να διευρύνει το κοινωνικό του δίκτυο. Η μοναξιά γενικά προσδιορίζεται ως το αρνητικό συναίσθημα που βιώνει κανείς και σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των κοινωνικών του σχέσεων (de Jongervier, van Tilburg και Dykstra 2006, Perlman 2004). Αν και η έννοια της κοινωνικής απομόνωσης δεν ταυτίζεται με την έννοια της μοναξιάς, ωστόσο πολλοί ερευνητές θεωρούν πως υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες (Dykstra and Fokkema 2007). Σύμφωνα με τη θεωρία του Weiss κάθε άνθρωπος ανεξάρτητα από τη προσωπικότητα και το χαρακτήρα του, όταν βρεθεί σε συγκεκριμένες καταστάσεις μπορεί να υποφέρει από το συναίσθημα της μοναξιάς. Η διατήρηση κοινωνικών επαφών μπορεί να αποτελέσει έναν παράγοντα αποφυγής εκδήλωσης του συναισθήματος της μοναξιάς. Για να οριστεί πλήρως η έννοια της μοναξιάς θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν οι προσδοκίες των ανθρώπων σχετικά με τις κοινωνικές τους επαφές. Έτσι, στην περίπτωση αυτή εξετάζονται οι πραγματικές σχέσεις των ανθρώπων και συγκρίνονται με αυτές που θα επιθυμούσαν να έχουν και όταν αυτές οι δύο δεν ταιριάζουν τότε λέμε πως το άτομο βιώνει το συναίσθημα της μοναξιάς (Perlman and Peplau 1981, de Jong-Gierveld, van Tilburg και Dykstra 2006). Ανεξάρτητα από το αν επιτυγχάνονται οι επιθυμητές κοινωνικές σχέσεις ή όχι, όλοι οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη διατήρησης ενός βασικού επιπέδου κοινωνικών επαφών ώστε το συναίσθημα της κοινωνικής μοναξιάς να μην είναι τόσο έντονο. (Johnson and Mullins, 1987)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Φροντίδα και ποιότητα ζωής

3.1 Η έννοια της φροντίδας των ηλικιωμένων

Η φροντίδα ως έννοια περιλαμβάνει πολλές πτυχές και όπως διαπιστώνει κανείς και από τη βιβλιογραφία είναι πολυδιάστατη. Η στάση ενός ατόμου προς τη φροντίδα ποικίλει ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο έχει μεγαλώσει και συγκεκριμένα από τις κοινωνικές, θρησκευτικές και πολιτιστικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτό (Κοτρώτσιου και συν., 2008). Σύμφωνα με τη Leininger (1997) η φροντίδα συνδέεται άμεσα με την εκάστοτε κουλτούρα και τις δομές της κοινωνίας και παρόλο που πρόκειται για μια παγκόσμια γνωστή και αποδεκτή έννοια, η έκφρασή της και οι διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα ποικίλουν ανάλογα με τον πολιτισμό που εκφράζεται.

Στα περισσότερα ευρωπαϊκά και άλλα ανεπτυγμένα κράτη πρόνοιας, οι κοινωνίες που γερνούν αναφέρθηκαν ως μία από τις κύριες προκλήσεις για τις εθνικές ρυθμίσεις κοινωνικής πολιτικής, κυρίως όσον αφορά την παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους. Παρόμοια με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στην Αυστρία ο λόγος για τη φροντίδα των ηλικιωμένων συνδέεται στενά με οικογενειακά ιδεώδη, αντανακλώντας τις ιδιαιτερότητες της κοινωνικής πρόνοιας (Strell & Duncan, 2001). Η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους βασίζεται επομένως σε μεγάλο βαθμό σε ανεπίσημες συνθήκες, συνήθως εντός της οικογένειας του παραλήπτη της φροντίδας. Οι Strell και Duncan (2001) επικεντρώνονται στον ισχυρό ρόλο της οικογενειακής πολιτικής της Αυστρίας, τόσο από κοινωνική όσο και από ιδεολογική άποψη, που περιγράφει το αυστριακό μοντέλο πρόνοιας ως μοντέλο ανδρικής οικογένειας που βασίζεται στο ιδεώδες της «σωστής οικογένειας», που συνδέονται είτε με ατομικές σχέσεις εργασίας είτε με οικογενειακές σχέσεις (Hammer & Österle, 2003).

Στο πλαίσιο της μακροχρόνιας περίθαλψης, η σημαντικότητα της οικογένειας σημαίνει ότι το 80% των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα στην Αυστρία φροντίζονται στο σπίτι από στενούς συγγενείς, εκ των οποίων το 80% είναι γυναίκες, και μόνο το 4 έως 5% των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω ζουν σε κλινικό περιβάλλον (Österle & Hammer, 2004). Πιο πρόσφατα, οι προετοιμασίες για την κατ' οίκον φροντίδα διευκολύνθηκαν

ακόμη περισσότερο από την απασχόληση περίπου 40.000 μεταναστών φροντιστών που εργάζονταν και ζούσαν στο σπίτι του ατόμου που φρόντιζαν (Weicht, 2010). Η φροντίδα των ηλικιωμένων, βασισμένη σε αυτό το οικογενειακό ιδανικό, όπως και άλλες ρυθμίσεις κοινωνικής πολιτικής, περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη δομή του θέματος για το οποίο σχεδιάζονται πολιτικές και ρυθμίσεις. Επομένως, τόσο στις πολιτικές όσο και στις δημόσιες ομιλίες, οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται ως υποκείμενα που συνδέονται με ιδιαίτερες ανάγκες και επιθυμίες και για τους οποίους πρέπει να διασφαλίζεται και να οργανώνεται η φροντίδα. Έτσι, η κατανόηση του πώς οι ηλικιωμένοι ενσωματώνονται ως υποκείμενα με τις ιδιαίτερες επιθυμίες, τις ανάγκες, την κατάσταση και τη θέση τους μέσα στην κοινωνία θα συμβάλει στην κατανόηση των τρεχουσών πρακτικών και των ρυθμίσεων κοινωνικής πολιτικής και μπορεί να αποτελέσει τη βάση για κριτική και παρέμβαση.

Στην Ιρλανδία, από την άλλη, η φροντίδα των ηλικιωμένων είναι ένας συνδυασμός τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών παροχών, μεγάλο μέρος των οποίων παρέχεται από ιδιώτες στην οικογένεια, μαζί με ορισμένες παροχές εθελοντικού τομέα και ιδιωτικές υπηρεσίες που βασίζονται στην αγορά. Το ιρλανδικό σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την περίθαλψη η οποία δεν αμείβεται και το μεγαλύτερο μέρος αυτής της φροντίδας παρέχεται από τις γυναίκες με τους άντρες να έχουν ιδιαίτερα χαμηλή συμβολή στη φροντίδα. Η αναγκαιότητα και η ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά τις επόμενες δεκαετίες, καθώς το ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού αυξάνεται και οι εξαρτώμενοι - ή αυτοί με αναπηρία - έχουν υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού. Σε τοπικό επίπεδο, η σημαντικότερη πηγή βοήθειας και υποστήριξης για τους ηλικιωμένους προέρχεται από γυναίκες που ανήκουν σε εκτεταμένες οικογενειακές δομές, γενικούς ιατρούς και ορισμένες κοινωφελείς και εθελοντικές υπηρεσίες. Υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά με την άτυπη φροντίδα που παρέχεται από τις οικογένειες και τις κοινότητες, αλλά όλα τα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι η άτυπη φροντίδα είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων στην Ιρλανδία (Barry & Conlon, 2010).

3.2 Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολύ ευρεία και δυναμική. Μπορεί κανείς να εντοπίσει ένα πλήθος ορισμών για την έννοια αυτή στη βιβλιογραφία, αλλά όλοι τους λαμβάνουν υπόψη την πολιτιστική, κοινωνική και περιβαλλοντική ατομικότητα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, είναι η αντίληψη της θέσης των ατόμων στη ζωή, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες (Figueira et al., 2010). Η έννοια αυτή συναντάται συνήθως στις κοινωνικές επιστήμες όμως περιλαμβάνεται πλέον στη βιβλιογραφία και άλλων τομέων, όπως εκείνου της ιατρικής. Η ποιότητα ζωής δεν είναι ένας πρόσφατος όρος καθώς χρησιμοποιείται ήδη από την αρχαιότητα. Σε αυτήν έχει αναφερθεί ο φιλόσοφος Αριστοτέλης με τον αντίστοιχο όρο της «ευδαιμονίας» (Οικονόμου και συν., 2001).

Η ποιότητα ζωής θεωρείται ως μια γενική, πολυδιάστατη παράμετρος, που περιγράφει την υποκειμενική αντίληψη ενός ατόμου για τη σωματική και ψυχολογική υγεία του καθώς και την κοινωνική και περιβαλλοντική του λειτουργία και τη γενική κατάσταση της ζωής του. Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν συνήθως ορισμένους τομείς της ζωής, τον σωματικό, το συναισθηματικό, τον κοινωνικό, τον περιβαλλοντικό και τον υλικό (Dykstra, 2009). Οι άνθρωποι που καλούνται να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής τους συνθέτουν τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις τους. Η συναισθηματική ωριμότητα ευνοεί τις κοινωνικές σχέσεις, πέρα από την απλή ικανοποίηση της ευελιξίας, ενθαρρύνοντας τις εθελοντικές ενέργειες και αποδεικνύοντας ότι εκτός από την εξυπηρέτηση της ευημερίας του καθενός, πρέπει να εξυπηρετείται και η κοινότητα. Τα συναισθήματα θα πρέπει να μοιράζονται, δείχνοντας τα έμπρακτα και στους υπόλοιπους συμπεριλαμβανομένων των ανταλλαγών αγάπης και φιλίας (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

Έχουν αναπτυχθεί αρκετές μελέτες για να εξεταστεί η σημασία της ποιότητας της υγείας στην τρίτη ηλικία. Πολλές από αυτές έχουν τονίσει τη σημασία της σωματικής δραστηριότητας ή της κινητικότητας ως τρόπο βελτίωσης της σωματικής υγείας καθώς και της επιβράδυνσης της γήρανσης (Siqueira Rodrigues et al., 2010). Τα συμπεράσματα των ερευνών αποτελούν αποδείξεις που δείχνουν την ευεργετική επίδραση ενός ενεργού τρόπου ζωής, κυρίως αν η σωματική και λειτουργική αυτονομία μπορεί να διατηρηθεί καθ' όλη τη διάρκεια της γήρανσης, εφόσον ελαχιστοποιείται ο εκφυλισμός βελτιώνοντας την

υγεία και την ποιότητα ζωής. Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι αρκετά πολύπλοκη και περιλαμβάνει διάφορες πτυχές (Figueira et al., 2008).

Η μειωμένη φυσιολογική ικανότητα που εμφανίζεται με τη γήρανση μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα εκτέλεσης πολλών καθηκόντων, ενδεχομένως επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής. Προηγούμενη έρευνα επέδειξε με σαφήνεια τη μειωμένη ικανότητα του αναπνευστικού συστήματος με τη γήρανση και περιέγραψε την επίδραση που έχει η συνήθης σωματική δραστηριότητα σε αυτή την παρακμή (Watsford, Murphy & Pine, 2007).

3.2.1 Ποιότητα ζωής και ευδόκιμη γήρανση

Μελετώντας κανείς μερικούς από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν και σε πολλές περιπτώσεις καθορίζουν την ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία, θα διαπιστώσει πως είναι σε μεγάλο βαθμό κοινοί με εκείνους της ευδόκιμης γήρανσης. Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας, η κοινωνική συμμετοχή, ο έλεγχος της ζωής, η λειτουργικότητα του κοινωνικού ρόλου, η γνωστική ικανότητα, η προσαρμοστικότητα, το ηθικό και η ικανοποίηση από τη ζωή. Παρόλα αυτά, το γεγονός αυτό δεν συνεπάγεται πως οι έννοιες αυτές είναι και οι ίδιες αφού είναι σαφές πως η ποιότητα ζωής έχει ένα ευρύτερο πλαίσιο αναφοράς σε σύγκριση με τη γήρανση. Επιπρόσθετα, η ευδόκιμη γήρανση έχει έναν ενσωματωμένο προσανατολισμό στην αξία και το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών έχει επικεντρωθεί σε μεμονωμένα μέτρα ικανοποίησης της ζωής, του ηθικού και άλλων ψυχολογικών χαρακτηριστικών (Walker, 2005).

Από την άλλη, η ποιότητα ζωής είναι μια ευρύτερη έννοια που εξελίσσεται μέσα από μια ποικιλία πειθαρχικών προοπτικών, κυρίως κοινωνιολογικών, βιοϊατρικών, ψυχολογικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών. Υπό το πρίσμα μιας προσεκτικότερης εστίασης στις έρευνες που αφορούν την ευδόκιμη γήρανση παρά την ποιότητα ζωής ίσως δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός πως η εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση που διεξήχθη από τους Brown et al. (2004) διαπίστωσε ότι οι προσεγγίσεις των εμπειρογνομόνων για την ευημερία και την ευδόκιμη γήρανση δεν σχετίζονται επαρκώς με τις απόψεις των ηλικιωμένων πάνω σε αυτές τις έννοιες. Το συμπέρασμα της

ανασκόπησης αυτής υποστηρίζεται από έρευνες που έρχονται σε αντίθεση με τα κοινά αντικειμενικά μέτρα της ποιότητας ζωής με τις απόψεις των ηλικιωμένων που εκφράζονται σε ποιοτικές συνεντεύξεις (von Faber et al., 2002).

3.2.2 Ευδόκιμη γήρανση – Δημογραφικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκέντρωσε η Ελληνική Στατιστική Αρχή, το 1981 το σύνολο των ηλικιωμένων στην Ελλάδα ανερχόταν στο 16.92% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ενώ μια δεκαετία αργότερα το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σημαντικά φτάνοντας το 19.98% (ΕΣΑ, 1991). Φαίνεται πως ο ηλικιωμένος πληθυσμός της Ελλάδας αυξάνεται με σταδιακό και σταθερό ρυθμό, ενώ οι εκτιμήσεις των ερευνητών θέλουν το ποσοστό της τρίτης ηλικίας της χώρας μέχρι το 2020 να αγγίζει το 22% και το 2050 το 35% αντίστοιχα. Τα στοιχεία αυτά αν συνδυαστούν με το γεγονός της υπογεννητικότητας στη χώρα αποδεικνύει πως ο πληθυσμός της Ελλάδας είναι ένας πληθυσμός που γερνάει. (Μπαμπάτσικου, 2009) Το ποσοστό των ατόμων τρίτης και τέταρτης ηλικίας αυξήθηκε στη χώρα μας ιδιαίτερα με το πέρας των πολέμων, προκαλώντας όπως ήταν φυσικό μεταβολές στο κοινωνικό ιστό της χώρας διαμορφώνοντας μια νέα διάρθρωση. Αναζητώντας τα αίτια της αλλαγής αυτής και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μεταβολή της ποιότητας ζωής επηρέασε τη θνησιμότητα στο πληθυσμό των ηλικιωμένων καθώς πλέον είχαν τη δυνατότητα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, προφυλάσσοντας την υγεία τους από σοβαρές ασθένειες που στο παρελθόν δεν ήταν ιάσιμες και έχοντας τη δυνατότητα να τρέφονται και να ζουν σε καλύτερες συνθήκες (Τεπέρογλου, 2004).

3.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Το 1978 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με τη Unicef πραγματοποίησαν στο Καζακστάν και συγκεκριμένα στην Alma -ATA ένα διεθνές συνέδριο με απώτερο στόχο τη διασφάλιση της εφαρμογής ενός πλάνου που θα εξασφάλιζε «υγεία για όλους το 2000». Σύμφωνα με όσα όριζε η διακήρυξη της Alma -ATA η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας θα πρέπει να στηρίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές, οι οποίες να είναι προσιτές από την οικογένεια του ασθενούς και να υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης του κόστους. Η διακήρυξη αυτή έθεσε ορισμένους στόχους σχετικά

με τη διατήρηση και ανάπτυξη του επιπέδου υγείας, η επίτευξη των οποίων μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της πρόληψης. Η παροχή από τη πλευρά του συστήματος υγείας υπηρεσιών που είναι προσβάσιμες από όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την εθνικότητα, την οικονομική τους κατάσταση ή την ηλικία μπορεί να οδηγήσει στη πρόληψη σοβαρών νοσημάτων. Η συμβολή των σύγχρονων τεχνολογικών μέσων στην ανάπτυξη της πρόληψης στη χώρα μας είναι τεράστια. Προκειμένου να επιτευχθεί η πρόληψη της εκδήλωσης σοβαρών ασθενειών είναι απαραίτητη η συνεργασία των επιμέρους φορέων του κράτους.

Στην Ελλάδα η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επιτυγχάνεται κυρίως μέσα από τα Κέντρα Υγείας και την παροχή κατ' οίκον φροντίδας και θεσπίστηκε με το Νόμο 1397/1983 σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στόχος ήταν μέσω του νόμου αυτού να βελτιωθεί το επίπεδο περίθαλψης, η παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας και την εν γένει προαγωγή και διασφάλιση της υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο Νόμο ο κάθε πολίτης έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι έχει σαν στόχο τη διαχείριση της νόσου των ασθενών και για το λόγο αυτό η χώρα φαίνεται να έχει αναπτύξει έντονα νοσοκομειακό χαρακτήρα. Με τον τρόπο αυτό γίνεται αντιληπτό πως δεν υπάρχει χαρακτήρας μέριμνας και πρόληψης στη χώρα ως απόρροια της έλλειψης ενός συστήματος εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών, όπως είναι η λειτουργία των ημερήσιων κέντρων φροντίδας αλλά και της παροχής κατ' οίκον νοσηλείας. Αποτέλεσμα αυτού είναι η συγκέντρωση μεγάλου αριθμού ασθενών στις αίθουσες των εξωτερικών ιατρείων και στην γενικότερη λειτουργία του νοσοκομειακού ιδρύματος.

Βέβαια τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να τίθεται σε εφαρμογή το σύστημα που εφαρμόζεται τις τελευταίες δεκαετίες στις χώρες του εξωτερικού και το οποίο είναι προσηλωμένο στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών που σχετίζονται με την πρόληψη. Η ενίσχυση της προληπτικής ιατρικής έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των εξόδων του συστήματος υγείας, τη στιγμή που φαίνεται ότι τα συνολικά έξοδα περίθαλψης μπορούν να καλύψουν το 55% του συνόλου των δαπανών. Την ίδια στιγμή σημειώθηκε η ίδρυση δομών που είχαν σαν στόχο τη παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους ηλικιωμένους. Τέτοιοι χώροι και δομές είναι οι ξενώνες φροντίδας, τα ΚΑΠΗ και τα γηροκομεία. Εκτός των δομών αυτών σημαντική συμβολή στην ανάπτυξη του συστήματος

πρόληψης διαδραματίζει η εφαρμογή του Προγράμματος Βοήθεια στο σπίτι, η λειτουργία των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα κέντρα αποκατάστασης, τα ιδρύματα χρόνια πασχόντων κ.ά.

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια από τις κοινωνικές ομάδες που λόγω της ευαισθησίας τους απέναντι σε διάφορες ασθένειες χρειάζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα την παροχή υψηλού επιπέδου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Η τρίτη ηλικία συχνά στρέφεται στις δομές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας προκειμένου να προχωρήσει στη διάγνωση της ασθένειας από την οποία ταλαιπωρείται. Ωστόσο λόγω του γεγονότος ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός συμπτωμάτων και άλλων παθήσεων η διάγνωση μιας ασθένειας μπορεί να αποδειχθεί δύσκολο εγχείρημα για το ιατρικό προσωπικό. Η λήψη του ατομικού ιστορικού κάθε ηλικιωμένου τόσο από το προσωπικό του νοσοκομείου όσο και από το άτομο που είναι υπεύθυνο για την φροντίδα του ηλικιωμένου είναι εξαιρετικά σημαντικό καθώς λόγω χρόνιων ασθενειών που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος μπορεί να μπερδεύει τις ασθένειες και τη φαρμακευτική αντιμετώπιση που ακολούθησε στο παρελθόν (Beers, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση και η σύνδεση της κοινωνικής μοναξιάς των ηλικιωμένων με τον τρόπο που διαμορφώνονται τα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσης που σχετίζονται με ενήλικες άνω των 65 ετών.

Μέσα από την έρευνα επιχειρήθηκε να δοθούν απαντήσεις στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Σε ποιο βαθμό συνδέονται τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας με τη μοναξιά των ηλικιωμένων ατόμων και πως την επηρεάζουν;
2. Πως επηρεάζει η κοινωνική μοναξιά επηρεάζει τη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων;

Για τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων λήφθηκε υπόψιν το πρωτόκολλο εργασίας και τα αναμενόμενα αποτελέσματα, όπως αυτά αναφέρονται σε αυτό.

4.2 Υλικό και Μέθοδος

Η ερευνητική αυτή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» από τον Φεβρουάριο του 2019 έως τον Σεπτέμβριο του 2019. Γενικός σκοπός της έρευνας αυτής υπήρξε η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η κοινωνική μοναξιά μπορεί να επηρεάσει την ευδόκιμη γήρανση των ηλικιωμένων, δηλαδή εάν η μοναξιά των ηλικιωμένων επηρεάζει τον τρόπο ζωής και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, η συγχωρετικότητα, η αυτοσυμπόνια, η υγεία των ηλικιωμένων σωματική και ψυχική ελέγχθηκαν και διερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν τη κοινωνική μοναξιά των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ήπειρο και τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 117 ηλικιωμένους κατοίκους πόλεων μικρότερων των 150.000 κατοίκων, οι οποίοι είχαν ενημερωθεί για τη διαδικασία αλλά και το σκοπό της έρευνας.

4.3 Διαδικασία

Η ερευνητική διαδικασία που επέλεξε να ακολουθήσει ο ερευνητής είναι η ποσοτική. Για το λόγο αυτό ο ερευνητής επιλέγοντας τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, έδωσε τα ερωτηματολόγια στα 117 άτομα που συμφώνησαν να συμμετάσχουν εθελοντικά και χωρίς αμοιβή στην έρευνα μέσα σε κλειστό φάκελο. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν ήταν τα εξής:

1. Οι ηλικιωμένοι ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό της έρευνας και διασφαλίστηκε η ανωνυμία και το απόρρητο των απαντήσεών τους, ενώ βεβαιώθηκαν πως οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιούνταν αυστηρά και μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα.
2. Ο ερευνητής κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν διαθέσιμος να απαντήσει σε κάθε αποσαφηνιστική ερώτηση των ηλικιωμένων.
3. Οι απαντήσεις συλλέχθηκαν με τη βοήθεια των κατάλληλων ερευνητικών εργαλείων
4. Και στη συνέχεια ο ερευνητής προχώρησε στην ανάλυση των δεδομένων με τη βοήθεια της ποσοτικής μεθόδου.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία

4.4.1 Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς

Η κλίμακα μοναξιάς, Scale for Overall Emotional and Social Loneliness αναπτύχθηκε από τους Jenny De Jong Gierveld και Theo Van Tilbur το 2006. Η μοναξιά είναι δείκτης της κοινωνικής ευημερίας και αφορά το αίσθημα της έλλειψης στενής σχέσης (συναισθηματική μοναξιά) ή έλλειψης ενός ευρύτερου κοινωνικού δικτύου (κοινωνική μοναξιά). Η κλίμακα μοναξιάς της De Jong Gierveld, των 11 θέσεων, έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης για τη συνολική, συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά, αν και το μέγεθος της κλίμακας της έχει μερικές φορές καταστήσει δύσκολη τη χρήση σε μεγάλες έρευνες. Το εργαλείο υπάρχει σε σύντομη εκδοχή της κλίμακας. Η εγκυρότητα και η σχέση με τους καθοριστικούς παράγοντες έχουν διαπιστωθεί εξαιρετικές και η κλίμακα μοναξιάς De Jong Gierveld των 6 στοιχείων είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο όργανο μέτρησης για τη συνολική, συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά που είναι κατάλληλο και για μεγάλες έρευνες.

4.4.2 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)

Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977) και χρησιμοποιείται για την καταγραφή της ψυχοπαθολογίας των ατόμων. Η κλίμακα αποτελείται από συνολικά 90 ερωτήσεις οι οποίες έχουν ως στόχο την καταγραφή των ψυχολογικών, συμπεριφορικών και σωματικών αιτιάσεων με βάση τις 9 υποκλίμακες που δημιουργούνται. Οι υποκλίμακες αυτές περιλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, τη κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις όπως είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και οι διαταραχές ύπνου. Η αξιολόγηση των απαντήσεων γίνεται με τη βοήθεια μιας πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert (0-1-2-3-4). Εκτός από το δείκτη που προκύπτει για κάθε υποκλίμακα, υπάρχουν και άλλοι τρεις συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η κλίμακα αυτή χρειάστηκε να προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα και η προσαρμογή αυτή φαίνεται να διασφάλιζε την εγκυρότητα του εργαλείου.

4.4.3 Κλίμακα Αξιολόγησης της Συγχώρεσης (HFS)

Η κλίμακα αυτή αρχικά δημιουργήθηκε το 1998, ενώ η μορφή που χρησιμοποιείται σήμερα είναι η εκδοχή που αναπτύχθηκε το 1999. Οι Thomson και Snyder το 2003 παρουσίασαν για πρώτη φορά το ερωτηματολόγιο της συγχώρεσης ενώ δύο χρόνια αργότερα δημοσίευσαν και μια σειρά μελετών αναφορικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες της HFS. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών το εργαλείο αυτό απεδείχθη ότι έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Η συγχωρετικότητα, προέβλεπε τέσσερα διαφορετικά συστατικά ψυχικής ευεξίας, τον θυμό, το άγχος, τη κατάθλιψη και την ικανοποίηση από τη ζωή. Η μοναδική συνιστώσα που εκφράζει την ευεξία είναι η συγχώρηση καταστάσεων. Παράλληλα, η συγχώρεση και η εχθρότητα, βρέθηκε πως είναι ισοδύναμα αντίστροφες και το μοναδικό συστατικό που οφείλεται στην ικανοποίηση από την οποιαδήποτε σχέση ήταν η συγχώρεση (Thomson et al., 2005).

4.4.4 Κλίμακα επισκόπησης της Υγείας SF- 36

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας διαμορφώθηκε προκειμένου να μετρήσει την ποιότητα της ζωής και αποτελείται από 8 διαστάσεις. Οι διαστάσεις αυτές είναι η φυσική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία (Ware 1992). Οι 36 ερωτήσεις που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο έχουν προκύψει από πηγή 149 ερωτήσεων, που δημιουργήθηκε μετά από την αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τη τελευταία 20ετία για να αξιολογήσουν τη ποιότητα ζωής. Η κλίμακα προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού, φαίνεται να παρουσιάζει υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Ware 1993).

4.4.5 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων

Εκτός των ερωτηματολογίων που αναφέρθηκαν πιο πάνω στους συμμετέχοντες έγιναν και ορισμένες ερωτήσεις που αφορούσαν την ηλικία, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, τον τόπο κατοικίας τους και άλλα χαρακτηριστικά, προκειμένου να διερευνηθεί αν τα χαρακτηριστικά αυτά συνδέονται με την ευδόκιμη γήρανση των ατόμων. Στο ερωτηματολόγιο αυτό συμπεριλαμβάνονταν και ορισμένες ερωτήσεις με στόχο την ανίχνευση της σχέσης των ηλικιωμένων με την εκκλησία, τους γείτονες, τα εγγόνια και γενικότερα με το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον.

4.5 Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS21 ενώ μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι t test και ANOVA, ενώ την ίδια στιγμή έγιναν και οι αντίστοιχοι έλεγχοι συσχέτισεων Pearson. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε να είναι το 5% ($p < 0,05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αποτελέσματα Ανάλυσης

5.1 Περιγραφική Ανάλυση

Πίνακας 1 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος

	Min	Max	Mean	SD
1. Ηλικία	65	96	78	7

Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων είναι τα 78 έτη και η τυπική απόκλιση είναι 7.

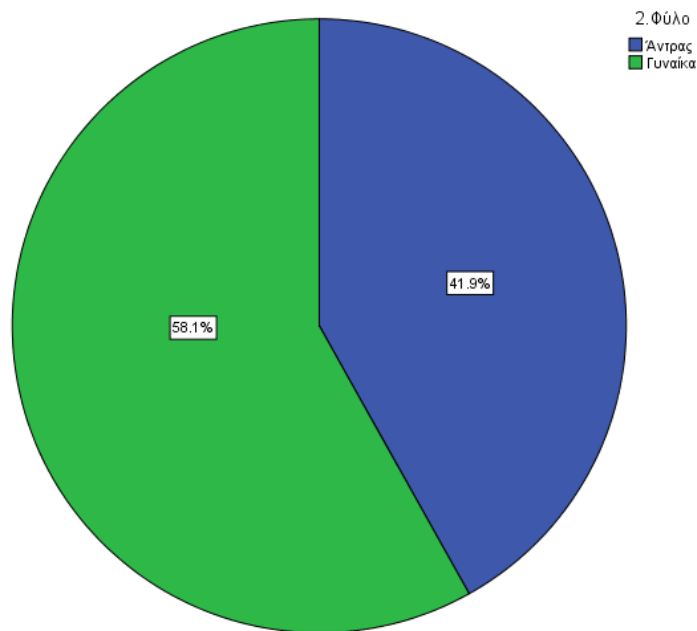


Figure 1 Κατανομή σχετικών συχνοτήτων του φύλου των ερωτηθέντων

Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα φύλου και οικογενειακής κατάστασης του δείγματος

		N	%
2.Φύλο	Άντρας	49	41.9%
	Γυναίκα	68	58.1%
	Σύνολο	117	100.0%
3.Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	5	4.3%
	Έγγαμος/η	78	66.7%
	Διαζευγμένος/η	0	0.0%
	Χήρος/α	34	29.1%
	Σύνολο	117	100.0%

Σχετικά με τον πίνακα 2 φαίνεται ότι, 6 στους 10 ερωτηθέντες είναι γυναίκες και οι υπόλοιποι άντρες. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων 7 στους 10 δήλωσαν έγγαμος/η και 3 στους 10 χήρος/α.

Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα τόπου καταγωγής και εκπαιδευτικού επιπέδου του δείγματος

		N	%
4.Τόπος καταγωγής	Χωριό/κωμόπολη	74	63.2%
	Πόλη <150.000 κατοίκους	40	34.2%
	Πόλη >150.000 κατοίκους	3	2.6%
	Σύνολο	117	100.0%
5.Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	14	12.0%
	Απόφοιτος δημοτικού	55	47.0%
	Απόφοιτος γυμνασίου	14	12.0%
	Απόφοιτος λυκείου	14	12.0%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	20	17.1%
Σύνολο	117	100.0%	

Αναφορικά με τον πίνακα 3, 6 στους 10 συμμετέχοντες ανέφεραν ως τόπο καταγωγής κάποιο χωριό/κωμόπολη και 3 στους 10 κάποια πόλη με πληθυσμό μικρότερο των 150.000 κατοίκων. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων 5 στους 10 δήλωσαν απόφοιτοι δημοτικού, 2 στους 10 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και 1 στους 10 δήλωσε είτε αναλφάβητος, είτε απόφοιτος γυμνασίου και λυκείου.

Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της σύνταξης του δείγματος

		N	%
6. Παίρνετε σύνταξη;	Ναι	113	96.6%
	Όχι	4	3.4%
Σύνολο		117	100.0%
7. Η σύνταξη είναι καλή;	Ναι	39	33.3%
	Όχι	78	66.7%
Σύνολο		117	100.0%

Παρατηρώντας τον πίνακα 4, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην ερώτηση «6. Παίρνετε σύνταξη;» δήλωσαν ότι παίρνουν σύνταξη. Επιπλέον 7 στους 10 ερωτηθέντες, στην ερώτηση «7. Η σύνταξη είναι καλή;», δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την σύνταξη που λαμβάνουν ενώ 3 στους 10 δήλωσαν ευχαριστημένοι.

Πίνακας 5 Συχνότητα και σχετική συχνότητα εργασίας σήμερα και ύπαρξης αδερφιών στην οικογένεια του δείγματος

		N	%
9. Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	8	6.8%
	Όχι	109	93.2%
Σύνολο		117	100.0%
10. Έχετε αδέρφια;	Ναι	113	96.6%
	Όχι	4	3.4%
Σύνολο		117	100.0%

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα 5, στην ερώτηση «9. Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;», 9 στους 10 συμμετέχοντες της έρευνα απαντούν «όχι» και μόνο ένας στους 10 δηλώνει πως εργάζεται σήμερα. Στην ερώτηση «10. Έχετε αδέρφια;» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν αδέρφια.

Πίνακας 6 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του αριθμού αδερφών του δείγματος

	Min	Max	Mean	SD
11. Πόσα;	1	8	3	2

Η μέση τιμή του αριθμού των αδερφών που δηλώνουν οι συμμετέχοντες είναι 3 και η τυπική απόκλιση είναι 2.

Πίνακας 7 Συχνότητα και σχετική συχνότητα αδερφών

		N	%
12.Έχετε αδερφή;	Ναι	82	73.2%
	Όχι	30	26.8%
Σύνολο		112	100.0%
13.Έχετε αδερφό;	Ναι	92	83.6%
	Όχι	18	16.4%
Σύνολο		110	100.0%

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα 7, 7 στους 10 ερωτηθέντες στην ερώτηση «12.Έχετε αδερφή;» ανέφεραν ότι έχουν αδερφή ενώ 3 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση. Επίσης 8 στους 10 στην ερώτηση «13.Έχετε αδερφό;» δήλωσαν ότι έχουν ενώ 2 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση.

Πίνακας 8 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της σειράς γέννησης του δείγματος

	Min	Max	Mean	SD
14.Η σειρά γέννησής σας	1	7	2	1

Αναφορικά με τον πίνακα 8, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «14.Σειρά γέννησης σας;» όπου προέκυψε ότι η μέση τιμή της σειράς γέννησης των ερωτηθέντων είναι 2 και η τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 9 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της σχέσης με τα αδέρφια και της ύπαρξης παιδιών

		N	%
15.Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	99	87.6%
	Όχι	3	2.7%
	Όχι με όλα	11	9.7%
Σύνολο		113	100.0%
16.Έχετε παιδιά;	Ναι	110	94.0%
	Όχι	7	6.0%
Σύνολο		230	100.0%

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα 9, 9 στους 10 ερωτηθέντες στην ερώτηση «15.Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» απάντησαν ότι έχουν καλές σχέσεις με τα

αδέρφια τους. Επίσης στην ερώτηση «16.Έχετε παιδιά» 9 στους 10 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά και μόνο ένας στους 10 έδωσε αρνητική απάντηση.

Πίνακας 10 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση αριθμού παιδιών του δείγματος

	Min	Max	Mean	SD
17.Πόσα;	1	6	2	1

Παρατηρώντας τον πίνακα 10, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «17.Πόσα παιδιά έχετε;» από όπου προέκυψε ότι η μέση τιμή του αριθμού των παιδιών είναι 2 και η τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 11 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της σχέσης με τους γονείς και της ομοιότητας σε χαρακτήρα και φυσιογνωμία του δείγματος

		N	%
18.Έχετε καλές σχέσεις με τους γονείς σας;	Ναι	111	94.9%
	Όχι με τον πατέρα	3	2.6%
	Όχι με την μητέρα	3	2.6%
Σύνολο		117	100.0%
19.Σε ποιον μοιάζετε φυσιογνωμικά;	Μητέρα	71	60.7%
	Πατέρα	42	35.9%
	Και στους δύο	4	3.4%
Σύνολο		117	100.0%
20.Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;	Μητέρα	57	48.7%
	Πατέρα	57	48.7%
	Κανέναν	3	2.6%
Σύνολο		117	100.0%

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα 11, 9 στους 10 ερωτηθέντες στην ερώτηση «18.Έχετε καλές σχέσεις με τους γονείς σας;» απάντησαν ότι έχουν καλές σχέσεις με τους γονείς. Στην ερώτηση «19.Σε ποιον μοιάζετε φυσιογνωμικά;» 6 στους 10 δήλωσαν ότι μοιάζουν στην μητέρα τους ενώ 3 στους 10 δήλωσαν πως μοιάζουν στον πατέρα τους. Επίσης στην ερώτηση «20.Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;» 5 στους 10 δήλωσαν ότι μοιάζουν και στον πατέρα και 5 στους 10 πως μοιάζουν στη μητέρα τους.

Πίνακας 12 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αδυναμίας του δείγματος στα μέλη της οικογένειας και τους γονείς

		N	%
21. Σε ποιον έχετε μεγαλύτερη αδυναμία από τα μέλη της οικογένειάς σας;	Αδέρφια	5	4.3%
	Γιο/κόρη	85	72.6%
	Εγγόνια	2	1.7%
	Σύζυγο	2	1.7%
	Μητέρα	1	.9%
	Όλους	20	17.1%
	Κανέναν	2	1.7%
	Σύνολο	117	100.0%
22. Σε ποιον είχατε περισσότερη αδυναμία από τους γονείς σας;	Μητέρα	46	39.3%
	Πατέρα	25	21.4%
	Και στους δύο	42	35.9%
	Σε κανέναν από τους δύο	4	3.4%
	Σύνολο	117	100.0%

Σχετικά με τον πιο πάνω πίνακα 12, στην ερώτηση «21. Σε ποιον έχετε μεγαλύτερη αδυναμία από τα μέλη της οικογένειάς σας;» 7 στους 10 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν μεγαλύτερη αδυναμία στον γιο/κόρη και 2 στους 10 ότι έχουν σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Επιπλέον, στην ερώτηση «22. Σε ποιον είχατε περισσότερη αδυναμία από τους γονείς σας;» 4 στους 10 δήλωσαν ότι έχουν περισσότερη αδυναμία στην μητέρα τους, 2 στους 10 στον πατέρα τους και 4 στους 10 και στους δύο γονείς.

Πίνακας 13 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της διαμονής και της ύπαρξης κόρης του δείγματος

		N	%
23.Με ποιον μένετε;	Μόνος/η	20	17.1%
	Με τον/την σύντροφο	71	60.7%
	Με κάποιον φίλο/η	1	.9%
	Με την αδερφή	0	0.0%
	Με τον αδερφό	0	0.0%
	Με τα παιδιά μου	25	21.4%
	Σύνολο	117	100.0%
24.Έχετε κόρη;	Ναι	87	74.4%
	Όχι	30	25.6%
	Σύνολο	117	100.0%

Από τον παραπάνω πίνακα 13, στην ερώτηση«23.Με ποιον μένετε;» 6 στους 10 ανέφεραν ότι μένουν με τον/την σύντροφο τους και 2 στους 10 ότι μένουν μόνοι ή με τα παιδιά τους. Επίσης στην ερώτηση «24.Έχετε κόρη» 7 στους 10 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά και 3 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση.

Πίνακας 14 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ύπαρξης γιου και του τόπου διαμονής της κόρης και του γιου του δείγματος

		N	%
25.Αν έχετε κόρη ζει κοντά σας;	Ναι	52	44.4%
	Όχι	65	55.6%
	Σύνολο	117	100.0%
26.Έχετε γιο;	Ναι	82	70.1%
	Όχι	35	29.9%
	Σύνολο	117	100.0%
27.Αν έχετε γιο ζει κοντά σας;	Ναι	52	44.4%
	Όχι	65	55.6%
	Σύνολο	117	100.0%

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα στην ερώτηση «25.Αν έχετε κόρη ζει κοντά σας;» 6 στους 10 ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά και 4 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση. Επιπλέον στην ερώτηση «26.Έχετε γιο;» 7 στους 10 δήλωσαν «ναι» και 3 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση. Τέλος στην ερώτηση «27.Αν έχετε γιο ζει κοντά σας;» 6 στους 10 δήλωσαν αρνητική απάντηση και 4 στους 10 θετική.

Πίνακας 15 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των διακοπών, της συνήθειας του περιπάτου και της ύπαρξης κήπου του δείγματος

		N	%
28.Κάνετε διακοπές;	Ναι	53	45.3%
	Όχι	64	54.7%
Σύνολο		117	100.0%
29.Περπατάτε;	Ναι	86	73.5%
	Όχι	31	26.5%
Σύνολο		117	100.0%
30.Έχετε κήπο;	Ναι	82	70.1%
	Όχι	35	29.9%
Σύνολο		117	100.0%

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα στην ερώτηση «28.Κάνετε διακοπές;» 4 στους 10 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι κάνουν διακοπές ενώ 6 στους 10 δήλωσαν ότι δεν κάνουν. Στην συνέχεια στην ερώτηση «29.Περπατάτε;» 7 στους 10 δήλωσαν ότι περπατάνε και 3 στους 10 ότι δεν περπατάνε. Στην ερώτηση «30.Έχετε κήπο;» 7 στους 10 συμμετέχοντες απαντούν θετικά και 3 στους 10 αρνητικά.

Πίνακας 16 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της άποψης για τα γηρατειά και της ύπαρξης φίλων στο παρελθόν

		N	%
31.Πιστεύετε ότι τα γηρατειά είναι κάτι δύσκολο;	Ναι	94	80.3%
	Όχι	23	19.7%
Σύνολο		117	100.0%
32.Είχατε φίλους;	Ναι	112	95.7%
	Όχι	5	4.3%
Σύνολο		117	100.0%

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα στην ερώτηση «31.Πιστεύετε ότι τα γηρατειά είναι κάτι δύσκολο;» 8 στους 10 από τους ερωτηθέντες απάντησαν θετικά και 2 στους 10 αρνητικά. Επιπλέον στην ερώτηση «32.Είχατε φίλους;» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε θετική απάντηση.

Πίνακας 17 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ύπαρξης φίλων σήμερα και της επιθυμίας περισσότερων επισκέψεων στο σπίτι

		N	%
33.Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	99	84.6%
	Όχι	18	15.4%
	Σύνολο	117	100.0%
34.Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	71	60.7%
	Όχι	46	39.3%
	Σύνολο	117	100.0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 17 στην ερώτηση «33.Σήμερα έχετε φίλους;» 8 στους 10 συμμετέχοντες της έρευνας έδωσαν θετική απάντηση και 2 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση. Επιπλέον στην ερώτηση «34.Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;» 6 στους 10 απάντησαν «ναι» και 4 στους 10 απάντησαν «όχι».

Πίνακας 18 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της διατροφής και άσκησης του δείγματος

		N	%	Mean	SD
35.Προσέχει τη διατροφή του;	Όχι, πολύ λίγο	17	14.5%	3	1
	2	22	18.8%		
	3	34	29.1%		
	4	19	16.2%		
	Ναι πάρα πολύ	25	21.4%		
Σύνολο		117	100.0%		
36.Προσέχει την άσκησή του;	Όχι, πολύ λίγο	39	33.3%	2	1
	2	27	23.1%		
	3	26	22.2%		
	4	13	11.1%		
	Ναι πάρα πολύ	12	10.3%		
Σύνολο		117	100.0%		

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα 16, στην ερώτηση «35.Προσέχει τη διατροφή του;» 2 στους 10 δήλωσαν ότι προσέχουν πάρα πολύ την διατροφή τους ενώ 1 στους 10 δήλωσε ότι την προσέχει πολύ λίγο με μέση τιμή 3 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «36.Προσέχει την άσκησή του;» 3 στους 10 δήλωσαν ότι δεν προσέχουν πολύ την άσκηση τους ενώ 1 στους 10 ότι την προσέχει πολύ, με μέση τιμή 2 και τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 19 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της υγείας και του ύπνου του δείγματος

		N	%	Mean	SD
37.Προσέχει την υγεία του;	Όχι, πολύ λίγο	12	10.3%	3	1
	2	19	16.2%		
	3	27	23.1%		
	4	30	25.6%		
	Ναι πάρα πολύ	29	24.8%		
Σύνολο		117	100.0%		
38.Προσέχει τον ύπνο του;	Όχι, πολύ λίγο	10	8.5%	4	1
	2	12	10.3%		
	3	33	28.2%		
	4	28	23.9%		
	Ναι πάρα πολύ	34	29.1%		
Σύνολο		117	100.0%		

Αναφορικά με τον πίνακα 19, στην ερώτηση «37.Προσέχει την υγεία του;» 2 στους 10 δήλωσαν ότι προσέχουν πάρα πολύ την υγεία τους ενώ 1 στους 10 δήλωσε ότι την προσέχει πολύ λίγο με μέση τιμή 3 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «38.Προσέχει τον ύπνο του;» 3 στους 10 δήλωσαν ότι προσέχουν τον ύπνο τους ενώ 1 στους 10 ότι προσέχει λίγο, με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 20 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της καθαριότητας και εμφάνισης του δείγματος

		N	%	Mean	SD
39.Προσέχει την καθαριότητά του;	Όχι, πολύ λίγο	1	.9%	4	1
	2	10	8.5%		
	3	9	7.7%		
	4	27	23.1%		
	Ναι πάρα πολύ	70	59.8%		
Σύνολο		117	100.0%		
40.Προσέχει την εμφάνισή του;	Όχι, πολύ λίγο	5	4.3%	4	1
	2	19	16.2%		
	3	18	15.4%		
	4	37	31.6%		
	Ναι πάρα πολύ	38	32.5%		
Σύνολο		117	100.0%		

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα 20, στην ερώτηση «39.Προσέχει την καθαριότητά του;» 6 στους 10 δήλωσαν ότι προσέχουν πάρα πολύ την καθαριότητα τους ενώ 1 στους 10 δήλωσε ότι την προσέχει πολύ λίγο με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «40.Προσέχει την εμφάνισή του;» 3 στους 10 δήλωσαν ότι προσέχουν πολύ την εμφάνιση τους ενώ 1 στους 10 ότι την προσέχει λίγο, με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 21 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της προσοχής στον ήλιο του δείγματος

		N	%	Mean	SD
41.Προσέχει στον ήλιο;	Όχι, πολύ λίγο	14	12.0%	3	1
	2	16	13.7%		
	3	32	27.4%		
	4	29	24.8%		
	Ναι πάρα πολύ	26	22.2%		
Σύνολο		117	100.0%		

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 21, στην ερώτηση «41.Προσέχει στον ήλιο;» 2 στους 10 δήλωσαν ότι προσέχουν πάρα πολύ στον ήλιο ενώ 1 στους 10 δήλωσε ότι προσέχει πολύ λίγο με μέση τιμή 3 και τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 22 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής του καπνίσματος και του παθητικού καπνίσματος του δείγματος

		N	%	Mean	SD
42.Αποφεύγει το κάπνισμα;	Όχι, πολύ λίγο	8	6.8%	4	1
	2	4	3.4%		
	3	6	5.1%		
	4	10	8.5%		
	Ναι πάρα πολύ	89	76.1%		
Σύνολο		117	100.0%		
43.Αποφεύγει το παθητικό κάπνισμα;	Όχι, πολύ λίγο	10	8.5%	4	1
	2	7	6.0%		
	3	14	12.0%		
	4	22	18.8%		
	Ναι πάρα πολύ	64	54.7%		
Σύνολο		117	100.0%		

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα 22, στην ερώτηση «42.Αποφεύγει το κάπνισμα;» 8 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν πάρα πολύ το κάπνισμα ενώ 1 στους 10 όχι πολύ με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «43.Αποφεύγει το παθητικό κάπνισμα;» 5 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν το παθητικό κάπνισμα ενώ 1 στους 10 ότι το αποφεύγουν πολύ λίγο, με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 23 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής του αλκοόλ και του ξενυχτιού του δείγματος

		N	%	Mean	SD
44.Αποφεύγει το αλκοόλ;	Όχι, πολύ λίγο	7	6.0%	4	1
	2	6	5.1%		
	3	18	15.4%		
	4	23	19.7%		
	Ναι πάρα πολύ	63	53.8%		
	Σύνολο	117	100.0%		
45.Αποφεύγει να ξενυχτάει;	Όχι, πολύ λίγο	5	4.3%	4	1
	2	3	2.6%		
	3	15	12.8%		
	4	26	22.2%		
	Ναι πάρα πολύ	68	58.1%		
	Σύνολο	117	100.0%		

Σχετικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα 23, στην ερώτηση «44.Αποφεύγει το αλκοόλ;» 5 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν πάρα πολύ το αλκοόλ ενώ 1 στους 10 πολύ λίγο με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «45.Αποφεύγει να ξενυχτάει;» 6 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν να ξενυχτάνε ενώ 1 στους 10 ότι το αποφεύγουν πολύ λίγο, με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 24 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής των μικροβίων και του άγχους του δείγματος

		N	%	Mean	SD
46.Αποφεύγει τα μικρόβια;	Όχι, πολύ λίγο	12	10.3%	4	1
	2	17	14.5%		
	3	19	16.2%		
	4	26	22.2%		
	Ναι πάρα πολύ	43	36.8%		
	Σύνολο	117	100.0%		
47.Αποφεύγει το άγχος;	Όχι, πολύ λίγο	18	15.4%	3	1
	2	14	12.0%		
	3	35	29.9%		
	4	28	23.9%		
	Ναι πάρα πολύ	22	18.8%		
	Σύνολο	117	100.0%		

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα 24, στην ερώτηση «46. Αποφεύγει τα μικρόβια;» 4 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν πάρα πολύ τα μικρόβια ενώ 1 στους 10 πολύ λίγο με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «47.Αποφεύγει το άγχος;» 2 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν το άγχος ενώ 2 στους 10 ότι το αποφεύγουν όχι, πολύ λίγο, με μέση τιμή 3 και τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 25 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής καυγάδων και της ταχύτητας στο αυτοκίνητο του δείγματος

		N	%	Mean	SD
48.Αποφεύγει τους καυγάδες;	Όχι, πολύ λίγο	3	2.6%	4	1
	2	11	9.4%		
	3	22	18.8%		
	4	32	27.4%		
	Ναι πάρα πολύ	49	41.9%		
	Σύνολο	117	100.0%		
49.Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	Όχι, πολύ λίγο	6	5.1%	4	1
	2	8	6.8%		
	3	25	21.4%		
	4	24	20.5%		
	Ναι πάρα πολύ	54	46.2%		
	Σύνολο	117	100.0%		

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα 25, στην ερώτηση «48.Αποφεύγει τους καυγάδες;» 4 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν πάρα πολύ τους καυγάδες ενώ 1 στους 10 πολύ λίγο με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «49.Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;» 5 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν πάρα πολύ την ταχύτητα ενώ 2 στους 10 ότι το αποφεύγουν πολύ λίγο, με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1.

Πίνακας 26 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής της γκρίνιας, των γιατρών και των ασθενών του δείγματος

		N	%	Mean	SD
50.Αποφεύγει τη γκρίνια;	Όχι, πολύ λίγο	12	10.3%	4	1
	2	11	9.4%		
	3	24	20.5%		
	4	30	25.6%		
	Ναι πάρα πολύ	40	34.2%		
	Σύνολο	117	100.0%		
51.Αποφεύγει τους γιατρούς;	Όχι, πολύ λίγο	28	23.9%	3	1
	2	17	14.5%		
	3	25	21.4%		
	4	27	23.1%		
	Ναι πάρα πολύ	20	17.1%		
	Σύνολο	117	100.0%		
52.Αποφεύγει τους ασθενείς;	Όχι, πολύ λίγο	22	18.8%	3	1
	2	22	18.8%		
	3	31	26.5%		
	4	20	17.1%		
	Ναι πάρα πολύ	22	18.8%		
	Σύνολο	117	100.0%		

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 26, στην ερώτηση «50.Αποφεύγει τη γκρίνια» 3 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν πάρα πολύ την γκρίνια ενώ 1 στους 10 όχι, πολύ λίγο με μέση τιμή 4 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «51.Αποφεύγει τους γιατρούς;» 2 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν τους γιατρούς πάρα πολύ ενώ 2 στους 10 όχι, πάρα πολύ, με μέση τιμή 3 και τυπική απόκλιση 1. Επίσης στην ερώτηση «52.Αποφεύγει τους ασθενείς;» 2 στους 10 δήλωσαν πάρα πολύ όπως και 2 στους 10 δήλωσε όχι, πολύ λίγο.

Πίνακας 27 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της αποφυγής των νοσοκομείων και των κηδεϊών

		N	%	Mean	SD
53.Αποφεύγει τα νοσοκομεία;	Όχι, πολύ λίγο	21	17.9%	3	1
	2	16	13.7%		
	3	28	23.9%		
	4	20	17.1%		
	Ναι πάρα πολύ	32	27.4%		
Σύνολο		117	100.0%		
54.Αποφεύγει τις κηδεΐες;	Όχι, πολύ λίγο	50	42.7%	3	2
	2	12	10.3%		
	3	16	13.7%		
	4	19	16.2%		
	Ναι πάρα πολύ	20	17.1%		
Σύνολο		117	100.0%		

Αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα 27, στην ερώτηση «53.Αποφεύγει τα νοσοκομεία;» 3 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν πάρα πολύ τα νοσοκομεία ενώ 2 στους 10 πολύ λίγο με μέση τιμή 3 και τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «54.Αποφεύγει τις κηδεΐες;» 2 στους 10 δήλωσαν ότι αποφεύγουν τις κηδεΐες ενώ 4 στους 10 ότι τις αποφεύγουν πολύ λίγο, με μέση τιμή 3 και τυπική απόκλιση 2.

Πίνακας 28 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των προβλημάτων υγείας του δείγματος

		N	%
55.Έχετε πονοκεφάλους;	Ναι	40	34.2%
	Όχι	77	65.8%
Σύνολο		117	100.0%
56.Έχετε προβλήματα με το έντερο;	Ναι	31	26.5%
	Όχι	86	73.5%
Σύνολο		117	100.0%
57.Έχετε προβλήματα με το στομάχι;	Ναι	32	27.4%
	Όχι	85	72.6%
Σύνολο		117	100.0%

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα 28, στην ερώτηση «55.Έχετε πονοκεφάλους;» 7 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση και 3 στους 10 θετική. Στην ερώτηση «56.Έχετε προβλήματα με το έντερο;» 7 στους 10 δήλωσαν ότι δεν έχουν πρόβλημα και 3 στους 10

ότι έχουν. Επίσης στην ερώτηση « 57.Έχετε προβλήματα με το στομάχι;» 7 στους 10 έδωσαν αρνητική απάντηση και 3 στους 10 θετική.

Πίνακας 29 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των προβλημάτων υγείας του δείγματος

		N	%
58.Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);	Ναι	68	58.1%
	Όχι	49	41.9%
Σύνολο		117	100.0%
59.Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;	Ναι	33	28.2%
	Όχι	84	71.8%
Σύνολο		117	100.0%
60.Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε φοβίες;	Ναι	31	26.5%
	Όχι	86	73.5%
Σύνολο		117	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα 29, στην ερώτηση « 58.Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);» 6 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση ενώ 4 στους 10 αρνητική. Στην ερώτηση «59.Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;» 3 στους 10 απάντησαν «ναι» ενώ 7 στους 10 «όχι». Στην ερώτηση «60.Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε φοβίες;» 3 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση ενώ 7 στους 10 αρνητική.

Πίνακας 30 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των προβλημάτων υγείας του δείγματος

		N	%
61.Επίσης, θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;	Ναι	46	39.3%
	Όχι	71	60.7%
Σύνολο		117	100.0%
62.Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη;	Ναι	18	15.4%
	Όχι	99	84.6%
Σύνολο		117	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα 30, στην ερώτηση « 61.Επίσης, θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;» 4 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση ενώ 6 στους 10 αρνητική. Στην ερώτηση «62.Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη;» 2 στους 10 απάντησαν «ναι» ενώ 8 στους 10 «όχι».

Πίνακας 31 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της επίσκεψης στο καφενείο, στη γειτόνισσα και στην εκκλησία

		N	%
63.Πηγαίνετε στο καφενείο;	Κάθε μέρα δύο φορές	5	4.3%
	Κάθε μέρα μία φορά	28	23.9%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	28	23.9%
	Μερικές φορές το μήνα	19	16.2%
	Μερικές φορές το χρόνο	37	31.6%
	Σύνολο	117	100.0%
64.Πηγαίνετε στη γειτόνισσα;	Κάθε μέρα δύο φορές	12	10.3%
	Κάθε μέρα μία φορά	26	22.2%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	19	16.2%
	Μερικές φορές το μήνα	17	14.5%
	Μερικές φορές το χρόνο	43	36.8%
	Σύνολο	117	100.0%
65.Πηγαίνετε στην εκκλησία;	Κάθε Κυριακή	28	23.9%
	Μερικές Κυριακές το μήνα	35	29.9%
	Μερικές Κυριακές το χρόνο	54	46.2%
	Σύνολο	117	100.0%

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα 31, στην ερώτηση « 63.Πηγαίνετε στο καφενείο;» 3 στους 10 δήλωσαν μερικές φορές τον χρόνο ενώ 1 στους 10 μερικές φορές το μήνα. Στην ερώτηση «64.Πηγαίνετε στη γειτόνισσα;» 4 στους 10 απάντησαν μερικές φορές τον χρόνο και 1 στους 10 δήλωσε κάθε μέρα δύο φορές ή μερικές φορές τον μήνα. Στην ερώτηση «65.Πηγαίνετε στην εκκλησία» 5 στους 10 δήλωσαν μερικές Κυριακές το χρόνο και 2 στους 10 κάθε Κυριακή.

Πίνακας 32 Συχνότητα και σχετική συχνότητα της ύπαρξης εγγονιών και

		N	%
66.Έχετε εγγόνια;	Ναι	95	81.2%
	Όχι	22	18.8%
Σύνολο		117	100.0%
67.Έχετε καλές σχέσεις με τα εγγόνια σας;	Ναι	93	95.9%
	Όχι	1	1.0%
	Όχι με όλα	3	3.1%
Σύνολο		97	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα 32, στην ερώτηση « 66.Έχετε εγγόνια;» η πλειοψηφία 8 στους 10 έδωσαν θετική απάντηση ενώ 2 στους 10 αρνητική. Στην ερώτηση «67.Έχετε καλές σχέσεις με τα εγγόνια σας;» 9 στους 10 απάντησαν «ναι» ενώ 1 στους 10 «όχι με όλα».

5.2 Επαγωγική Ανάλυση

Πίνακας 33 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ψυχοπαθολογίας – μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Συνολική μοναξιά
Σωματοποίηση	Correlation	.284**	.260**
	Sig.	.002	.005
	N	117	117
Ιδεοψυχαναγκασμός	Correlation	.425**	.290**
	Sig.	.000	.001
	N	117	117
Διαπροσωπική ευαισθησία	Correlation	.418**	.291**
	Sig.	.000	.001
	N	117	117

Από τον έλεγχο συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκε, φαίνεται ότι η συναισθηματική και η συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται θετικά και ισχυρά με τις διαστάσεις του ιδεοψυχαναγκασμού (p -τιμή <0.05), της διαπροσωπικής ευαισθησίας (p -τιμή <0.05) και της σωματοποίησης (p -τιμή $=0.002<0.05$). Όσο περισσότερους ιδεοψυχαναγκασμούς έχει κάποιος και όσο υψηλότερη είναι η διαπροσωπική ευαισθησία που αισθάνεται και η σωματοποίηση των συναισθημάτων του τόσο υψηλότερη είναι η συναισθηματική αλλά και συνολική μοναξιά που βιώνει.

Πίνακας 34 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ψυχοπαθολογίας - μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Κοινωνική μοναξιά
Επιθετικότητα	Correlation	.242**	-.226*
	Sig.	.009	.014
	N	117	117
Κατάθλιψη	Correlation	.370**	.303**
	Sig.	.000	.001
	N	117	117
Άγχος	Correlation	.293**	.228*
	Sig.	.001	.013
	N	117	117

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, η συναισθηματική μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται θετικά και ισχυρά με την επιθετικότητα (p -τιμή=0.009<0.05), την κατάθλιψη (p -τιμή<0.05) και το άγχος (p -τιμή=0.001<0.05). Αυτό σημαίνει πώς όσο μεγαλύτερη επιθετικότητα ψυχωτική συμπεριφορά και άγχος έχει ένας ηλικιωμένος τόσο περισσότερη συναισθηματική μοναξιά βιώνει. Η κοινωνική μοναξιά των ηλικιωμένων ωστόσο σχετίζεται με το άγχος (p -τιμή=0.013<0.05) και τη κατάθλιψη (p -τιμή=0.001<0.05) θετικά και ισχυρά, ενώ με την επιθετικότητα η συσχέτιση που υπάρχει είναι αρνητική. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο άγχος και κατάθλιψη έχουν οι ηλικιωμένοι τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς που εκφράζουν, ενώ όσο περισσότερο επιθετικοί είναι τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς.

Πίνακας 35 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ψυχοπαθολογίας - μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Συνολική μοναξιά
Φοβικό άγχος	Correlation	.292**	.298**
	Sig.	.001	.001
	N	117	117
Παρανοειδής ιδεασμός	Correlation	.321**	.181
	Sig.	.000	.051
	N	117	117
Ψυχωτισμός	Correlation	.370**	.276**
	Sig.	.000	.003
	N	117	117

Η συναισθηματική μοναξιά σχετίζεται με το φοβικό άγχος (p-τιμή=0.001<0.05), παρανοειδή ιδεασμό (p-τιμή<0.05) και τον ψυχωτισμό (p-τιμή<0.05). Όσο περισσότερη συναισθηματική μοναξιά νιώθουν οι ηλικιωμένοι, τόσο περισσότερο φοβικό άγχος, παρανοειδή ιδεασμό και ψυχωτισμό εκδηλώνουν. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων καθώς σχετίζεται επίσης θετικά και ισχυρά με το φοβικό άγχος (p-τιμή=0.001<0.05) και το ψυχωτισμό (p-τιμή=0.003<0.05). Όσο υψηλότερη είναι η συνολική μοναξιά που βιώνουν οι ηλικιωμένοι, τόσο μεγαλύτερο είναι το φοβικό τους άγχος και τα ψυχωτικά επεισόδια.

Πίνακας 36 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ψυχοπαθολογίας - μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Συνολική μοναξιά
Διάφορες αιτιάσεις	Correlation	.184*	.152
	Sig.	.047	.103
	N	117	117
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	Correlation	.385**	.289**
	Sig.	.000	.002
	N	116	116
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	Correlation	.399**	.299**
	Sig.	.000	.001
	N	116	116

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι τόσο η συναισθηματική όσο και η συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζονται με τους παράγοντες «Διάφορες αιτιάσεις» (p-τιμή<0.05), «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων» (p-τιμή<0.05) και «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» (p-τιμή<0.05). Όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα συναισθηματικής και συνολικής μοναξιάς που βιώνουν οι ηλικιωμένοι τόσο πιο αυξημένοι είναι οι δείκτες συμπτωμάτων και ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων αλλά και η διάσταση που εκφράζει το σύνολο διαφόρων αιτιάσεων.

Πίνακας 37 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων γενικής υγείας - μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Συνολική μοναξιά
Σωματική λειτουργικότητα	Correlation	-.232*	-.310**
	Sig.	.012	.001
	N	117	117
Σωματικός πόνος	Correlation	.187*	.215*
	Sig.	.044	.020
	N	117	117
Γενική υγεία	Correlation	.222*	.219*
	Sig.	.016	.018
	N	117	117

Από τον έλεγχο συσχετίσεων φαίνεται ότι η συναισθηματική και συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται θετικά και ισχυρά με τη γενική υγεία τους (p-τιμή<0.05) και το σωματικό πόνο. Ενώ σχετίζονται αρνητικά με τη σωματική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων (p-τιμή<0.05). Όσο η συναισθηματική και συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων αυξάνει τόσο μειώνεται η σωματική τους λειτουργικότητα.

Πίνακας 38 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων συγχωρετικότητας - μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Κοινωνική μοναξιά
Συγχώρεση του εαυτού	Correlation	-.322**	.196*
	Sig.	.000	.034
	N	117	117
Συγχώρεση των άλλων	Correlation	-.395**	.324**
	Sig.	.000	.000
	N	117	117

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα η κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά σχετίζεται ισχυρά με την ικανότητα του ατόμου να συγχωρεί τους άλλους και τον εαυτό του (p -τιμή<0.05). Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη συναισθηματική μοναξιά βιώνει ο ηλικιωμένος τόσο μεγαλύτερη ικανότητα έχει να συγχωρεί τον ίδιο αλλά και τους άλλους. Ταυτόχρονα όσο μεγαλύτερη είναι η κοινωνική μοναξιά των ηλικιωμένων τόσο περισσότερο είναι σε θέση να συγχωρούν τους ίδιους και τον εαυτό τους.

Πίνακας 39 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων συγχωρετικότητας - μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Κοινωνική μοναξιά	Συνολική μοναξιά
Συγχώρεση καταστάσεων	Correlation	-.085	-.132	-.188*
	Sig.	.363	.155	.042
	N	117	117	117
Συνολική συγχωρετικότητα	Correlation	-.371**	.188*	-.222*
	Sig.	.000	.043	.016
	N	117	117	117

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως η συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται με τη συγχώρηση καταστάσεων, ενώ με τη συνολική συγχωρητικότητα των ηλικιωμένων σχετίζονται η συναισθηματική, η κοινωνική και η συνολική μοναξιά (p -τιμή<0.05). Αυτό σημαίνει πως όταν η συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων αυξάνει τότε μειώνεται η ικανότητά του να δείχνει συγχωρετικότητα απέναντι σε καταστάσεις. Η συναισθηματική και συνολική μοναξιά έχει αρνητική συσχέτιση με τη συνολική συγχωρετικότητα των ηλικιωμένων και μάλιστα όσο η συναισθηματική και συνολική

μοναξιά αυξάνει τόσο μειώνεται η συνολική συγχωρετικότητα. Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική μοναξιά σχετίζεται θετικά και ασθενώς με τη συνολική συγχωρετικότητα των ηλικιωμένων. Όσο η κοινωνική μοναξιά αυξάνει τόσο αυξάνεται και η συνολική ικανότητα συγχώρεσης των ηλικιωμένων.

Πίνακας 40 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων μοναξιάς - αυτοσυμπόνιας

		Συναισθηματική μοναξιά	Συνολική μοναξιά
Συνολική αυτοσυμπόνια	Correlation	-.258**	-.202*
	Sig.	.005	.029
	N	117	117

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι η συναισθηματική και συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται με τη συνολική αυτοσυμπόνια (p -τιμή<0.05). Πιο συγκεκριμένα, όσο η συναισθηματική και συνολική μοναξιά των ηλικιωμένων αυξάνει τόσο μειώνεται η συνολική αυτοσυμπόνια του.

Πίνακας 41 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ποιότητας ζωής - μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Κοινωνική μοναξιά
Προσέχει την καθαριότητά του;	Correlation	-.113	.274**
	Sig.	.224	.003
	N	117	117
Προσέχει την υγεία του;	Correlation	-.242**	.216*
	Sig.	.009	.019
	N	117	117

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα η κοινωνική μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται θετικά και ισχυρά με την προσοχή που δίνει στην υγεία τους (p -τιμή=0.019<0.05). και στην καθαριότητά του (p -τιμή=0.003<0.05). Με τον τρόπο αυτό βλέπουμε ότι όσο περισσότερη κοινωνική μοναξιά βιώνει ο ηλικιωμένος, τόσο περισσότερο προσέχει την υγεία και τη καθαριότητά του. Ακόμη, η συναισθηματική μοναξιά που βιώνει σχετίζεται με τη κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων (p -

τιμή=0.045<0.05). Όσο οι ηλικιωμένοι βιώνουν έντονη συναισθηματική μοναξιά τόσο λιγότερο προσέχουν την υγεία τους.

Πίνακας 42 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ποιότητας ζωής - μοναξιάς

		Συναισθηματική μοναξιά	Κοινωνική μοναξιά	Συνολική μοναξιά
Αποφεύγει το αλκοόλ;	Correlation	.185*	.054	.227*
	Sig.	.045	.560	.014
	N	117	117	117
Αποφεύγει να ξενυχτάει;	Correlation	.160	.216*	.329**
	Sig.	.084	.019	.000
	N	117	117	117
Αποφεύγει τα μικρόβια;	Correlation	-.074	.208*	.090
	Sig.	.428	.024	.336
	N	117	117	117

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα η συναισθηματική μοναξιά σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ (p-τιμή=0.045<0.05). Συγκεκριμένα, όσο περισσότερη συναισθηματική μοναξιά που βιώνει κάποιος ηλικιωμένος τόσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνει. Επίσης, η κοινωνική μοναξιά που βιώνει σχετίζεται θετικά και ισχυρά με το ξενύχτι (p-τιμή=0.019<0.05) και τα μικρόβια (p-τιμή=0.024<0.05). Όσο αυξάνεται η κοινωνική μοναξιά των ηλικιωμένων τόσο περισσότερο αποφεύγουν τα ξενύχτια και τα μικρόβια. Ακόμη, η συνολική μοναξιά που βιώνουν σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ (p-τιμή=0.014<0.05) και το ξενύχτι (p-τιμή<0.05). Δηλαδή, όσο μεγαλύτερη είναι η συνολική μοναξιά που βιώνουν οι ηλικιωμένη τόσο περισσότερο αποφεύγουν το αλκοόλ και το ξενύχτι.

Πίνακας 43 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ποιότητας ζωής - μοναξιάς

		Κοινωνική μοναξιά	Συνολική μοναξιά
Αποφεύγει τους καυγάδες;	Correlation	.324**	.138
	Sig.	.000	.139
	N	117	117
Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	Correlation	.124	.201*
	Sig.	.183	.030
	N	117	117
Αποφεύγει τους γιατρούς;	Correlation	-.080	-.188*
	Sig.	.390	.043
	N	117	117

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα η κοινωνική μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται θετικά και ισχυρά με την αποφυγή των καυγάδων τους (p -τιμή <0.05). Με τον τρόπο αυτό βλέπουμε ότι όσο περισσότερη κοινωνική μοναξιά βιώνει ο ηλικιωμένος, τόσο περισσότερο αποφεύγει τους καυγάδες. Ακόμη, η συνολική μοναξιά που βιώνει σχετίζεται με τη ταχύτητα με την οποία τρέχει με το αυτοκίνητο του (p -τιμή $=0.030<0.05$) και με την αποφυγή να πάει σε γιατρούς (p -τιμή $=0.043<0.05$). Όσο οι ηλικιωμένοι βιώνουν έντονη συνολική μοναξιά τόσο λιγότερο αποφεύγουν την ταχύτητα στο αυτοκίνητο και τόσο περισσότερο αποφεύγει τους γιατρούς.

Πίνακας 44 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισεων ηλικίας – γενικής υγείας

		1.Ηλικία
Σωματική λειτουργικότητα	Correlation	-.562**
	Sig.	.000
	N	117
Σωματικός ρόλος	Correlation	-.247**
	Sig.	.007
	N	117

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως η ηλικία των ηλικιωμένων σχετίζεται με τη σωματική λειτουργικότητα (p -τιμή <0.05) και με το σωματικό ρόλο (p -τιμή $=0.007<0.05$). Αυτό σημαίνει πως όσο μεγαλώνουν οι ερωτηθέντες τόσο μειώνεται η σωματική λειτουργία και ο σωματικός ρόλος τους.

Πίνακας 45 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισεων ηλικίας – μοναξιάς και γενικής υγείας

		1.Ηλικία
Σωματικός πόνος	Correlation	.306**
	Sig.	.001
	N	117
Συνολική μοναξιά	Correlation	.266**
	Sig.	.004
	N	117

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως η ηλικία των ηλικιωμένων σχετίζεται με το σωματικό πόνο (p -τιμή <0.05) και με τη συνολική μοναξιά (p -τιμή $=0.004<0.05$). Αυτό σημαίνει πως όσο μεγαλώνουν οι ερωτηθέντες τόσο αυξάνεται ο σωματικός πόνος και η συνολική μοναξιά.

Πίνακας 46 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων ηλικίας – αυτοσυμπόνιας και ψυχοπαθολογίας

		1. Ηλικία
Σωματοποίηση	Correlation	.182*
	Sig.	.049
	N	117
Φοβικό άγχος	Correlation	.200*
	Sig.	.031
	N	117
Συνολική αυτοσυμπόνια	Correlation	-.208*
	Sig.	.025
	N	117

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως η ηλικία των ερωτηθέντων σχετίζεται με τη σωματοποίηση (p -τιμή=0.049<0.05), το φοβικό άγχος (p -τιμή=0.031<0.05) και την συνολική αυτοσυμπόνια (p -τιμή=0.025<0.05). Δηλαδή, όσο οι ερωτηθέντες μεγαλώνουν τόσο αυξάνεται η σωματοποίηση, το φοβικό άγχος και μειώνεται η συνολική αυτοσυμπόνια.

Πίνακας 47 Αποτελέσματα ελέγχου μέσων τιμών του φύλου ου δείγματος

2. Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματικός πόνος	Άντρας	49	2.04	1.11	-3.116	115	.002
	Γυναίκα	68	2.68	1.07			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Άντρας	49	8.79	1.08	-2.928	115	.004
	Γυναίκα	68	9.34	0.93			
Σωματοποίηση	Άντρας	49	8.57	7.55	-2.970	115	.004
	Γυναίκα	68	13.24	8.93			

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή του Σωματικού Πόνου, της Συνοπτικής Κλίμακας Φυσικής Υγείας και της Σωματοποίησης με τις γυναίκες σε όλες τις περιπτώσεις να εμφανίζουν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη τιμή. Συγκεκριμένα η μέση τιμή του σωματικού πόνου στις γυναίκες είναι $2,68 \pm 1.07$ μεγαλύτερη από ότι στους άντρες 2.04 ± 1.11 . Επίσης, προκύπτει ότι για τη συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας και της

σωματοποίησης, οι μέσες τιμές για τις γυναίκες ήταν 9.34 ± 0.93 και 13.24 ± 8.93 αντίστοιχα, ενώ για την περίπτωση των ανδρών οι τιμές που βρέθηκαν ήταν 8.79 ± 1.08 και 8.57 ± 7.55 αντίστοιχα..

Πίνακας 48 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος

		N	Mean	SD	F	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	Άγαμος/η	5	2.20	.54	6.106	.003
	Έγγαμος/η	78	2.14	.54		
	Χήρος/α	34	1.76	.55		
	Total	117	2.04	.57		
Σωματικός ρόλος	Άγαμος/η	5	1.30	.45	3.432	.036
	Έγγαμος/η	78	1.67	.41		
	Χήρος/α	34	1.49	.48		
	Total	117	1.60	.44		

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω ελέγχου, προκύπτει ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της σωματικής λειτουργίας (p-τιμή=0.003<0.05) και του σωματικού ρόλου (p-τιμή=0.036<0.05) ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα της μεταβλητής οικογενειακή κατάσταση. Παρατηρούμε ότι η σωματική λειτουργία και ο σωματικός ρόλος έχει μεγαλύτερη επίδραση στους έγγαμους από ότι στις υπόλοιπες κατηγορίες, επίσης παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των έγγαμων και των χήρων με τους δεύτερους να έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές (p<0.05)

Πίνακας 49 Αποτελέσματα ελέγχου πίνακα ANOVA της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος

		N	Mean	SD	F	Sig.
Ζωτικότητα	Άγαμος/η	5	3.55	.57	3.935	.022
	Έγγαμος/η	78	3.44	.50		
	Χήρος/α	34	3.76	.70		
	Total	117	3.54	.58		
Σωματικός πόνος	Άγαμος/η	5	2.60	1.29	7.315	.001
	Έγγαμος/η	78	2.15	1.05		
	Χήρος/α	34	2.99	1.10		
	Total	117	2.41	1.13		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ζωτικότητας (p -τιμή=0.022<0.05) και του σωματικού πόνου (p -τιμή<0.05). Παρατηρούμε ότι η ζωτικότητα και ο σωματικός πόνος έχει μεγαλύτερη επίδραση στους έγγαμους από ότι στις υπόλοιπες κατηγορίες. Όμοια με το προηγούμενο αποτέλεσμα οι χήροι εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές από τους έγγαμους (p <0.05).

Πίνακας 50 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA του τόπου κατοικίας του δείγματος

		N	Mean	SD	F	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	Χωριό/κωμόπολη	74	1.92	.57	4.763	.010
	Πόλη <150.000 κατοίκους	40	2.25	.51		
	Πόλη >150.000 κατοίκους	3	2.10	.46		
	Total	117	2.04	.57		
Γενική υγεία	Χωριό/κωμόπολη	74	3.13	.40	3.290	.041
	Πόλη <150.000 κατοίκους	40	2.94	.37		
	Πόλη >150.000 κατοίκους	3	2.89	.59		
	Total	117	3.06	.40		
Φοβικό άγχος	Χωριό/κωμόπολη	74	3.35	4.21	5.864	.004
	Πόλη <150.000 κατοίκους	40	3.20	3.84		
	Πόλη >150.000 κατοίκους	3	12.00	12.00		
	Total	117	3.52	4.53		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της σωματικής λειτουργίας (p -τιμή=0.010<0.05), της γενικής υγείας (p -τιμή=0.041<0.05), και του φοβικού άγχους (p -τιμή=0.004<0.05) με τον τόπο κατοικίας. Παρατηρούμε ότι η σωματική λειτουργία, η γενική υγεία και το φοβικό άγχος είναι μεγαλύτερες σε άτομα που μένουν σε χωριό/κωμόπολη. Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι τα άτομα που διαμένουν σε χωριό/ κωμόπολη εμφανίζουν μικρότερη τιμή σωματικής λειτουργικότητας και γενικής υγείας σε σύγκριση με τα άτομα που διαμένουν σε πόλη με

λιγότερους από 150.000 κατοίκους ($p < 0.05$). Αντίστοιχα για το φοβικό άγχος, παρατηρείται ότι τα άτομα που διαμένουν σε πόλη μεγαλύτερη των 150.000 κατοίκων έχουν μεγαλύτερο φοβικό άγχος από τα άτομα που μένουν σε χωριό/ κωμόπολη ($p < 0.05$)

Πίνακας 51 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA του τόπου κατοικίας του δείγματος

		N	Mean	SD	F	Sig.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Χωριό/κωμόπολη	74	1.74	.66	3.995	.021
	Πόλη <150.000 κατοίκους	39	1.64	.47		
	Πόλη >150.000 κατοίκους	3	2.67	.58		
	Total	116	1.73	.62		
Συγχώρεση των άλλων	Χωριό/κωμόπολη	74	28.66	5.99	3.202	.044
	Πόλη <150.000 κατοίκους	40	29.63	4.53		
	Πόλη >150.000 κατοίκους	3	21.33	5.67		
	Total	117	28.80	5.63		

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, προκύπτει ότι εμφανίζεται διαφορά στη μέση τιμή των συνολικών θετικών συμπτωμάτων (p -τιμή=0.021<0.05) και της συγχώρεση των άλλων (p -τιμή=0.044<0.05) ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα του τόπου κατοικίας. Παρατηρούμε γενικά ότι η σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και η συγχώρεση των άλλων είναι μεγαλύτερες σε άτομα που μένουν σε χωριό/κωμόπολη. Συγκεκριμένα, εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή του Συνόλου των θετικών συμπτωμάτων και στη Συγχώρεση των άλλων με τα άτομα που διαμένουν σε πόλη μεγαλύτερη των 150.000 κατοίκων να έχουν μεγαλύτερη τιμή στα αντίστοιχα score ($p < 0.05$).

Πίνακας 52 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της σωματικής λειτουργικότητας με την εκπαίδευση του δείγματος

		N	Mean	SD	rho	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	Αναλφάβητος	14	1.57	.56	0.271	0.003
	Απόφοιτος δημοτικού	55	2.01	.54		
	Απόφοιτος γυμνασίου	14	2.34	.50		
	Απόφοιτος λυκείου	14	2.09	.53		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	20	2.20	.54		
	Total	117	2.04	.57		

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της σωματικής λειτουργικότητας (p -τιμή=0.003<0.05) με την εκπαίδευση των ερωτηθέντων. Παρατηρούμε ότι η σωματική λειτουργικότητα και το εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζουν θετική συσχέτιση αν και τα άτομα που δηλώνουν απόφοιτοι γυμνασίου εμφανίζουν υψηλό score σωματικής λειτουργικότητας.

Πίνακας 53 Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης της σωματοποίησης και κατάθλιψης με τη συχνότητα επίσκεψης του δείγματος στο καφενείο

καφενείο		N	Mean	SD	rho	Sig.
Σωματοποίηση	Κάθε μέρα δύο φορές	5	7.80	8.90	0.234	.005
	Κάθε μέρα μία φορά	28	9.14	8.23		
	Μερικές φορές την εβδομάδα	28	9.14	6.97		
	Μερικές φορές το μήνα	19	16.21	10.88		
	Μερικές φορές το χρόνο	37	12.46	7.95		
	Total	117	11.28	8.66		
Κατάθλιψη	Κάθε μέρα δύο φορές	5	11.20	8.53	0.313	.005
	Κάθε μέρα μία φορά	28	10.46	7.17		
	Μερικές φορές την εβδομάδα	28	11.54	8.75		
	Μερικές φορές το μήνα	19	16.68	8.83		
	Μερικές φορές το χρόνο	37	15.05	6.01		
	Total	117	13.21	7.83		

Σχετικά με τα αποτελέσματα του πιο πάνω πίνακα η συχνότητα με την οποία επισκέπτονται οι ηλικιωμένοι το καφενείο έχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με

θετική κατεύθυνση με τη διάσταση της σωματοποίησης ($\rho=0.234$, $p<0.05$) και της κατάθλιψης ($\rho=0.313$, p -τιμή= $0.026<0.05$).

Πίνακας 54 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων της συχνότητας επίσκεψης του δείγματος στην εκκλησία

		N	Mean	SD	rho	Sig.
Σωματικός πόνος	Κάθε Κυριακή	28	2.32	.89	-0.212	.022
	Μερικές Κυριακές το μήνα	35	2.87	1.13		
	Μερικές Κυριακές το χρόνο	54	2.16	1.16		
	Total	117	2.41	1.13		
Σωματοποίηση	Κάθε Κυριακή	28	11.32	7.90	-0.263	.004
	Μερικές Κυριακές το μήνα	35	15.11	10.44		
	Μερικές Κυριακές το χρόνο	54	8.78	6.81		
	Total	117	11.28	8.66		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα η συχνότητα με την οποία οι ηλικιωμένοι επισκέπτονται την εκκλησία σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά και με αρνητική κατεύθυνση, τις διαστάσεις του σωματικού πόνου ($\rho=-0.212$, p -τιμή= $0.022<0.05$), και της σωματοποίησης ($\rho=-0.263$, p -τιμή= $0.004<0.05$). Κάτι που σημαίνει ότι καθώς οι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι επισκέπτονται συχνότερα την εκκλησία, αυξάνεται το επίπεδο του σωματικού πόνου που βιώνουν καθώς και το επίπεδο της σωματοποίησης.

Πίνακας 55 Αποτελέσματα ελέγχου συσχετίσεων των διάφορων αιτιάσεων και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων με τη συχνότητα επίσκεψης στην εκκλησία

		N	Mean	SD	rho	Sig.
Διάφορες αιτιάσεις	Κάθε Κυριακή	28	7.43	4.42	-0.308	.001
	Μερικές Κυριακές το μήνα	35	8.00	5.32		
	Μερικές Κυριακές το χρόνο	54	5.35	3.94		
	Total	117	6.64	4.63		
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Κάθε Κυριακή	28	40.71	24.01	-0.205	.029
	Μερικές Κυριακές το μήνα	35	47.09	23.22		
	Μερικές Κυριακές το χρόνο	53	34.21	15.47		
	Total	116	39.66	20.83		

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων του παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι η συχνότητα με την οποία επισκέπτονται οι ηλικιωμένοι την εκκλησία έχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση με τις διαστάσεις των διάφορων αιτιάσεων ($\rho = -0.308$, p -τιμή = $0.001 < 0.05$) και το δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($\rho = -0.205$, p -τιμή = $0.029 < 0.05$), κάτι που υποδηλώνει ότι όσο πιο συχνά πηγαίνουν στην εκκλησία, τόσο μεγαλύτερη τιμή εμφανίζουν στους αντίστοιχους δείκτες.

Γραμμική Παλινδρόμηση

Για να εξετάσουμε τη σχέση της κοινωνικής μοναξιάς, με τις υποκλίμακες που εξετάσαμε στη συγκεκριμένη μελέτη προχωρήσαμε στη γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη την υποκλίμακα της κοινωνικής μοναξιάς και ως ανεξάρτητες τις υπόλοιπες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου.

Κοινωνική μοναξιά – SF36

Πίνακας 56 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης κοινωνικής μοναξιάς με την κλίμακα SF36

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	13,542	1,894		7,149	,000
Σωματική λειτουργικότητα (SF36)	-2,312	,894	-,237	-2,587	,011

Από τα αποτελέσματα του σχετικού ελέγχου παρατηρούμε ότι η μεταβλητή Σωματική Λειτουργικότητα (SF36), προβλέπει την κοινωνική μοναξιά και το αντίστοιχο μοντέλο που δημιουργούμε είναι:

$$\text{Κοινωνική Μοναξιά} = -2.312 * \text{Σωματική Λειτουργικότητα} + 13.542$$

Από το γραμμικό μοντέλο που προέκυψε από την κοινωνική μοναξιά και του ερωτηματολογίου SF36, παρατηρούμε ότι μόνο η σωματική λειτουργικότητα προβλέπει την κοινωνική μοναξιά και συγκεκριμένα για κάθε μονάδα αύξησης της σωματικής λειτουργικότητας η κοινωνική μοναξιά μειώνεται κατά 2.312 μονάδες.

Κοινωνική μοναξιά – SCL90

Πίνακας 57 Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης κοινωνικής μοναξιάς με την κλίμακα SCL90

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	5,107	,921		5,547	,000
Ιδεοψυχαναγκασμός (SCL90)	,290	,095	,360	3,035	,003
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL90)	,321	,120	,299	2,672	,009
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) (SCL90)	-,248	,134	-,203	-1,856	,066

Από τα αποτελέσματα του σχετικού ελέγχου παρατηρούμε ότι οι μεταβλητές Ιδεοψυχαναγκασμός (SCL90), Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL90) και Διάφορες αιτιάσεις (SCL90) προβλέπουν την κοινωνική μοναξιά και το αντίστοιχο μοντέλο που δημιουργείται είναι:

$$\text{Κοινωνική Μοναξιά} = 0.290 * \text{Σωματική Λειτουργικότητα} + 0.321 * \text{Διαπροσωπική Ευαισθησία} - 0.248 * \text{Διάφορες αιτιάσεις} + 5.107$$

Από το γραμμικό μοντέλο που προέκυψε από την κοινωνική μοναξιά και του ερωτηματολογίου SCL90, παρατηρούμε ότι ο ιδεοψυχαναγκασμός, η διαπροσωπική ευαισθησία και οι διάφορες αιτιάσεις προβλέπουν την κοινωνική μοναξιά και συγκεκριμένα για κάθε μονάδα αύξησης της υποκλίμακας ιδεοψυχαναγκασμού η κοινωνική μοναξιά αυξάνεται κατά 0.290 μονάδες, για κάθε μονάδα που αυξάνεται η διαπροσωπική ευαισθησία η κοινωνική μοναξιά αυξάνεται κατά 0.321 μονάδες, τέλος για κάθε μονάδα αύξησης της υποκλίμακας των διαφόρων αιτιάσεων η κοινωνική μοναξιά μειώνεται κατά 0.248 μονάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συζήτηση – Συμπεράσματα

6.1 Συζήτηση

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε με στόχο τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η κοινωνική μοναξιά που βιώνουν οι ηλικιωμένοι επιδρά στην ευδόκιμη γήρανση και την ποιότητα ζωής τους. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε και στο οποίο στηρίχθηκε η έρευνα αποτελείται στη πλειοψηφία του από γυναίκες (58.1%), ηλικίας 78 ετών, έγγαμες (66.7%), που κατοικούν σε χωριό ή κωμόπολη (63.2%) και είναι απόφοιτοι δημοτικού (47%). Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από συνταξιούχους (96.6%), που δεν είναι ικανοποιημένοι από τη σύνταξη που λαμβάνουν (66.7%), ενώ αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι έχουν κατά μέσο όρο τρία αδέρφια (± 2), με τα οποία διατηρούν αρκετά καλές σχέσεις (87.6%). Επιπλέον, ο πληθυσμός που αποτελεί το δείγμα της έρευνας έχει κατά μέσο όρο δύο παιδιά (± 1), μένει τον σύντροφο του (60.7%), ενώ τα παιδιά μένουν μακριά από τους γονείς τους. Αναφορικά με τις συνήθειες των ερωτηθέντων, δεν συνηθίζουν να πηγαίνουν διακοπές (54.7%), αλλά κάνουν περιπάτους τακτικά (73.5%), έχουν μεγάλο κήπο (70.1%) και πιστεύουν πως τα γηρατεία είναι μια δύσκολη περίοδος στη ζωή των ανθρώπων (80.3%). Ακόμη, οι περισσότεροι είναι άτομα με έντονη κοινωνικότητα καθώς είχαν φίλους στο παρελθόν (95.7%) και συνεχίζουν να έχουν και σήμερα (84.6%) ενώ επιθυμούν να έχουν περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι τους (60.7%).

Από την καταγραφή των απόψεων σχετικά με τον εαυτό τους προέκυψε πως οι ηλικιωμένοι που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας δε δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στη διατροφή τους (29.1%), δεν προσέχουν καθόλου την φυσική τους κατάσταση μέσω της άσκησης (33.3%), προσέχουν πάρα πολύ την υγεία τους (50.4%) και φροντίζουν ώστε να κοιμούνται επαρκές διάστημα προκειμένου να ξεκουράζονται φυσικά και πνευματικά (29.1%). Η καθαριότητα είναι κάτι που απασχολεί τους περισσότερους ηλικιωμένους του δείγματος (59.1%), όπως επίσης η εμφάνισή τους (32.5%), χωρίς να δείχνουν την απαιτούμενη προσοχή στη προφύλαξή τους από τον ήλιο (22.2%). Παράλληλα, μεγάλο μέρος του πληθυσμού αποφεύγει το κάπνισμα (76.1%), ακόμα και το παθητικό (54.7%),

την κατανάλωση αλκοόλ (53.8%) και το ξενύχτι (58.1%), ενώ μεριμνά ιδιαίτερα για τη προστασία του από τα μικρόβια (36.8%), τις καταστάσεις που του προκαλούν στρες (18.8%) και τους διαπληκτισμούς (41.9%). Δεν αποφεύγει τη συνάντησή του με γιατρούς (23.9%) αλλά δεν πηγαίνει συχνά σε νοσοκομεία (27.4%). Τα κυριότερα προβλήματα υγείας που συχνότερα αντιμετωπίζει το δείγμα της έρευνας είναι η υπέρταση (58.1%). Την ίδια στιγμή οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες πηγαίνουν στο καφενείο μερικές φορές το χρόνο (31.6%), όπως επίσης μερικές φορές το χρόνο επισκέπτονται και τη γειτόνισσα (36.8%), ενώ στην εκκλησία πηγαίνουν μερικές Κυριακές το χρόνο (46.2%). Η συντριπτική πλειοψηφία (81.2%) των ερωτηθέντων έχει εγγόνια, με τα οποία διατηρεί καλές σχέσεις (95.9%).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης η μοναξιά που βιώνουν οι ηλικιωμένοι τόσο η συναισθηματική όσο και η κοινωνική επηρεάζει τη συγχωρητικότητα των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών δείχνουν πως η συγχωρητικότητα μπορεί να συνδεθεί με την αποφυγή ορισμένων ασθενειών όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η αλλά και με διαταραχή της διάθεσης και το άγχος (Taussaint et al. 2001), βέβαια η παρούσα μελέτη δε βρήκε κάποια σημαντική σύνδεση της συγχωρητικότητας με τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η συναισθηματική μοναξιά των ηλικιωμένων συνδέεται αρνητικά με την ικανότητά τους να συγχωρούν τους ίδιους και τους άλλους (p -τιμή <0.05). Η κοινωνική μοναξιά των ηλικιωμένων από την άλλη πλευρά συνδέεται θετικά με τη συγχώρεση του εαυτού των ηλικιωμένων (p -τιμή $=0.034<0.05$) και τη συγχώρεση των άλλων (p -τιμή <0.05).

Ένα άλλο συμπέρασμα αρκετά σημαντικό στο οποίο κατέληξε η παρούσα ερευνητική εργασία είναι πως η κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά που βιώνουν οι ηλικιωμένοι συνδέεται με τα επιμέρους στοιχεία ψυχοπαθολογίας του ατόμου. Το έντονο άγχος και η κατάθλιψη φαίνεται να αυξάνουν τη μοναξιά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Επιπλέον, περιπτώσεις ψυχωτισμού και ιδεοψυχαναγκαστικοί άνθρωποι είναι πιο πιθανό να δηλώσουν πως αισθάνονται μοναξιά την ίδια στιγμή που η αυξημένη ευαισθησία των ηλικιωμένων συνδέεται με τη συναισθηματική μοναξιά. (p -τιμή <0.05) Τα ευρήματα αυτά ενισχύονται και από άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και συνδέουν σε μεγάλο βαθμό τη κατάθλιψη των ηλικιωμένων με την κοινωνική μοναξιά (Cacioppo et al., 2006).

Μάλιστα, οι κοινωνικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα δείχνουν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με την αύξηση της μοναξιάς η οποία γίνεται ολοένα και πιο δυσβάσταχτη για τους ηλικιωμένους . Οι γυναίκες είναι εκείνες που υποφέρουν περισσότερο από άγχος και το οποίο συνδέεται με την αυξημένη κοινωνική μοναξιά, ενώ και άλλες μελέτες όπως η παρούσα έχουν δείξει πως συγκεκριμένα οι χήρες είναι εκείνες που λόγω της κακής ψυχικής τους κατάστασης και της μειωμένης σωματικής τους λειτουργικότητας, βιώνουν πιο έντονα τη κοινωνική μοναξιά (Stek et al. 2005). Η παρούσα έρευνα οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση της φυσικής υγείας των ερωτηθέντων σχετίζεται με το φύλο των συμμετεχόντων (p -τιμή <0.05). Η απομόνωση και η μοναχικότητα που συνδέεται με τη διαταραχή της διάθεσης, την κατάθλιψη και το έντονο άγχος διαταράσσουν την ευδόκιμη γήρανση των ηλικιωμένων και σε πολλές περιπτώσεις οδηγούν σε πρόωρη θνησιμότητα όπως υποστηρίζει και η έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2005. Οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι βιώνουν αισθήματα απελπισίας και αποκλεισμού, είναι περισσότερο πιθανό να μην επιθυμούν ή να μην έχουν κοινωνικό δίκτυο επαφών επιλέγοντας την απομόνωση (Dennis et al. 2005).

Παράλληλα, η παρούσα έρευνα οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η σωματική λειτουργικότητα και η γενική υγεία, ψυχική και σωματική των ηλικιωμένων σχετίζεται με την μοναξιά που πιθανά βιώνουν. Όσο η σωματική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων μειώνεται τόσο η κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά που βιώνουν αυξάνει (p -τιμή <0.05). Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύονται και από έρευνες που δείχνουν ότι η ικανοποίηση του ατόμου από το επίπεδο της υγείας του επηρεάζει τη μοναξιά (Goodwin et al., 2001, Kim, 1997, Schumaker, Shea & Marnat, 1993, Moore & Schultz, 1983).

Η μοναξιά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία τους, και μάλιστα η έρευνα δείχνει πως η μοναξιά των ηλικιωμένων αυξάνει με το πέρασμα του χρόνου (p -τιμή $=0.004<0.05$). Υπάρχουν ωστόσο και ορισμένοι επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν τη μοναξιά των ηλικιωμένων. Τέτοιοι παράγοντες είναι η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος κατοικίας και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, οι αναλφάβητοι και όσοι ζουν σε χωριό ή κωμόπολη έχουν χειρότερη σωματική λειτουργικότητα και μειωμένη συγχωρετικότητα τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους (p -τιμή <0.05). Επιπλέον, μέσα από την έρευνα αποδείχθηκε ότι η μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται με τη συχνότητα που επισκέπτονται το καφενείο (p -

τιμή<0.05), τη συχνότητα με την οποία επισκέπτονται τους γείτονες (p-τιμή=0.018<0.05, p-τιμή=0.011<0.05) και τη συχνότητα με την οποία πηγαίνουν στην εκκλησία (p-τιμή<0.05). Ενώ και η σχέση των ηλικιωμένων με τα εγγόνια τους φαίνεται να επηρεάζει την υγεία ψυχική (p-τιμή=0.005<0.05) και σωματική (p-τιμή=0.027<0.05) των ηλικιωμένων και κατ' επέκταση τη ποιότητα ζωής τους.

6.2 Περιορισμοί

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε με στόχο τη διερεύνηση της κοινωνικής μοναξιάς και τον τρόπο που αυτή επηρεάζει την ευδόκιμη γήρανση. Παρόλο που ο ερευνητής επέλεξε το δείγμα του με στόχο οι απαντήσεις που θα λάβει να επιτυγχάνουν τους στόχους της έρευνας, και το μέγεθος του δείγματος είναι ικανοποιητικό (117 συμμετέχοντες), τα αποτελέσματα μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά του συνόλου των ηλικιωμένων του ελληνικού πληθυσμού όμως η γενίκευσή τους θα πρέπει να γίνεται με φειδώ καθώς η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο τόπο και χρονικό διάστημα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ζαυμάκης Γ., Κανδυλάκη Α. (2005). «Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασεις σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες». Εκδόσεις: Κριτική, Αθήνα

Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999). Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (2008). Μεταγνωστικές διεργασίες και αυτο-ρύθμιση (3η έκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ. & Ριζούλης, Α. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού, 7(1), 57-71.

Μαδιανός Μ. (2000). Κοινωνική ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή. Εκδόσεις: Καστανιώτης, Αθήνα

Μπαμπάτσικου, Φ. (2009). Διαχρονική Δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 239-253.

Πλατή, Χ. (2000). Γερωντολογική Νοσηλευτική. Εκδόσεις: Παπανικολάου Γ, Αθήνα.

Τεπέρογλου, Α. (1994). Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων: Στασιμότητα ή Εξέλιξη, στο βιβλίο των Γ. Κυριόπουλου, Ε. Γεωργούση, Γ. Σκουτέλη, Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην τρίτη ηλικία. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Barry, U. & Conlon, C. (2010). Elderly care in Ireland - provisions and providers. UCD School of Social Justice Working Papers, 10(1), 1-34.

Baumeister R, Leary M. 1995. The need to belong desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychologic Bull* 117: 497–529.

Beers, M.,(2007). Η υγεία στην 3η ηλικία. Αθήνα: Πασχαλίδης

Blazer DG. 2002. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging Ment Health* 6: 315–324

Brown, J., Bowling, A. & Flynn, T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy and systematic review of the literature. FORUM Project, University of Sheffield (<http://www.shef.ac.uk/ageing-research>)

Brown, S., Kirkpatrick, M.K., Swanson, M.S., Leigh, I. (2011). Pain Experience of the Elderly, East Carolina University College of Nursing, Greenville, Capitol Nephrology, Raleigh, North Carolina.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C. & Thisted, R.A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: Five-year cross-lagged analysis of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations study. *Psychol Aging*, 25: 453–463.

Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, et al. 2006. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 21: 140–151.

Caspi A, Harrington H, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R. Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006; 160: 805–811.

Coni, N., Nicholl, C., Websterer, S., Wilson, K.J. (2006). Γηριατρική, Παρισσιανού Α.Ε., Αθήνα.

de Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. and Dykstra, P. 2006. Loneliness and social isolation. In Vangelisti, A. and Perlman, D. (eds), *Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge University Press, Cambridge, 485–500.

Dennis M, Wakefield P, Molloy C, et al. 2005. Self-harm in older people with depression: comparison of social factors, life events and symptoms. *Br J Psychiatry* 186: 538–539.

Depp CA, Jeste DV. 2006. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 14: 6–20.

Drageset, J. 2004. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 1, 65–71.

Dykstra, P. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.

Dykstra, P. & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1, 1–12.

Figueira, H., Figueira, O., Figueira, A., Figueira, J., Giani, T. & Dantas, E. (2010) Elderly quality of life impacted by traditional Chinese medicine techniques. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 301-305.

Figueira, H., Figueira, J., Mello, D. & Dantas, E. (2008). Quality of life throughout aging. *Acta Medica Lituanica*, 15, 169-172.

Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*; 41: 239-250.

Fleck, M.P.A., Chachamovich, E. & Trentini, C.M. (2003) Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37, 793-799.

Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. 2004. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 3: 343–353.

Gow AJ, Pattie A, Whiteman MC, Whalley LJ, Deary IJ. Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*. 2007; 28: 103–115.

Goodwin, R., Cook, O., & Yung, Y. (2001). Loneliness and life satisfaction among three cultural groups. *Personal Relationships*, 8, 225-230.

Hammer, E., & Österle, A. (2003). Welfare state policy and informal longterm care giving in Austria: Old gender divisions and new stratification processes among women. *Journal of Social Policy*, 32(1), 37–53.

Hawkley LC, Cacioppo JT. Aging and loneliness: Downhill quickly? *Current Directions in Psychological Science*. 2007; 16: 187–191.

Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: Five-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2010; 25: 132–141.

Heinrich, L. M., Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, .26(6), 695-718.

Hewstone, M. & Stroebe, W. (Eds) (2007). Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία. Παπαζήση. Αθήνα.

House, J. S. 1987. Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2, 1, 135–46.

Johnson, P. D. and Mullins, L. C. 1987. Growing old and lonely in different societies: towards a comparative perspective. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, 2, 257–75.

Kim, O. (1997). Loneliness: A predictor of health peceptions among older Korean immigrants. *Psychological Reports*, 81, 591-594.

Leininger, M. (1997). Culture Care Diversity and Universality Theory. 1. International Conference on Nursing Theories. Nürberg, April 1997.

Luyster F.S., JiYeon C., Chao-Hsing Y., Imes C.C., Johansson A., Chasens E.R. E.E. (2015) Screening and evaluation tools for sleep disorders in order, School of Nursing, University of Pittsburgh, PA, USA

Montero- Odasso, M. (2009). Gait Velocity as a Single Predictor of Adverse Events in Healthy Seniors Aged 75 Years and Older, Division of Geriatric Medicine, Jewish General

Hospital, McGill University, Lady Davis Institute/ Solidage Research Group, 3755 Cote-Ste-Catherine, Montreal, Quebec, H3T 1E2, Canada.

Moore, D., & Schultz, N. R. (1983). Loneliness at adolescence: Correlates, attributions and coping. *Journal of Youth and Adolescence.*, 12, (2), 95-100.

Neugarten, B. L. (1974). Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 415(1), 187–198. doi:10.1177/000271627441500114

O’Luanaigh C, Lawlor BA. 2008. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 1213–1221.

Olsen RB, Olsen J, Gunner-Svensson F, Waldstrøm B. Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Soc Sci Med.* 1991; 33: 1189–1195.

Österle, A., & Hammer, E. (2004). Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen: Rahmenbedingungen — Politikansätze — Entwicklungsperspektiven. On behalf of Caritas Österreich. Vienna: Kardinal König Akademie.

Patrick J. Brown, (2015) Inflammation, Depression, and Slow Gait: A High Mortality Phenotype in Later Life, Division of Geriatric Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, Columbia University’s Mailman School of Public Health, Columbia, New York, NY.

Perlman, D. & Peplau, L.A. (1984) Loneliness research: survey of empirical findings, in: L.A. Peplau & S.E. Goldston (Eds) *Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness* (Washington, DC, US Government Printing Office).

Perlman, D. and Peplau, L. A. (1981). Towards a social psychology of loneliness. In Duck, S. and Gilmour, R. (eds), *Personal Relationships*. Academic, London, 31–56.

Perlman, D. 2004. European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging*, 23, 2, 181–8.

Redfern, S., & Ross, F., (2011). *Νοσηλευτική Φροντιδα Ηλικιωμένων*. Αθηνά: Πασχαλίδης

Reblin M, Uchino BN. 2008. Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry* 21: 201–205.

Rowe, J. W., and R. L. Kahn. (2015) "Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century.": 593-596.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440 Slater, R. (2003). Γηρατειά θλιμμένος χειμώνας, ή δεύτερη Άνοιξη; Η ψυχολογία της γήρανσης. Μετάφραση Μεταξιάς Στέλιος. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Schumaker, J., Shea, J., & Marnat, G. (1993). Loneliness and life satisfaction in Japan and Australia. *Journal of Psychology*, 127, 65-71.

Siqueira Rodrigues, B. G. de, Ali Cader, S., Bento Torres, N. V. O., Oliveira, E. M. de, & Martin Dantas, E. H. (2010). Pilates method in personal autonomy, static balance and quality of life of elderly females. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(2), 195–202.

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.

Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, et al. 2005. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *Am J Psychiatry* 162: 178–180.

Strell, M., & Duncan, S. (2001). Lone motherhood, ideal type care regimes and the case of Austria. *Journal of European Social Policy*, 11(2), 149–164.

Sugisawa H, Liang J, Liu X. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *J Gerontol*. 1994; 49: S3–13.

Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, S. R., Keshvari, M., & Mehrabi, T. (2017). The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic physician*, 9(3), 3980.

Thomas, L. 1977. Biomedical Science and Human Health: The LongRange Prospect. *Daedalus*. Issued as Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences 106(3).

Taussaint L, Williams D, Musick M, Everson S. (2001). Forgiveness and health: age differences in a U.S. probability sample. *J Adult Develop*, 8(4):249-257.

Uchino BN. 2006. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med* 29: 377–387.

Verhaak, J.H., Dekker, M.W.M. de Waal, H.W.J. van Marwijk, H.C. Comijs (2014) Depression, disability and somatic diseases among elderly P.F.M. University Medical Center, Department of General Practice and EMGO Institute for Health Care Research, The Netherlands.

Verghese, J. (2013). Role of APOE Genotype in Gait Decline and Disability in Aging, Division of Cognitive and Motor Aging, Department of Neurology, Albert Einstein College of Medicine, 1165 Morris Park Avenue, Bronx, NY

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. and Bond, J. 2005. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 3, 357–75.

Von Faber, M. et al. (2001). Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern Med*, 161(22), 2694–2700.

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2-12.

Watsford, M.L., Murphy, A.J. & Pine, M.J. (2007). The effects of ageing on respiratory muscle function and performance in older adults. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 10, 36-44.

Weicht, B. (2010). Embodying the ideal carer: The Austrian discourse on migrant carers. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(2), 17–52.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge, Mass. The mit Press.

Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 234–240.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι **ΑΝΩΝΥΜΗ** και θα διαφυλαχθεί το **ΑΠΟΡΡΗΤΟ** των πληροφοριών που δίνονται.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:/...../.....

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ
ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η
ΧΗΡΟΣ (Α)

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ: ΝΑΙ
ΟΧΙ

Η ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΗ: ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;..... ΣΗΜΕΡΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΓΙΑ ΧΡΗΜΑΤΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ;___ ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΗ; ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΟ; ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ:___

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ;___

ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ ΟΧΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;..... ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΙΧΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ; ΜΗΤΕΡΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΥΟ

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ; ΜΟΝΟΣ (Η) ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ(Η) ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ
___ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ

ΕΧΕΤΕ ΚΟΡΗ (ΕΣ); ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΚΟΡΗ(ΕΣ) ΖΕΙ ΚΟΝΤΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΓΙΟ; ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΙΟ ΖΕΙ ΚΟΝΤΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΚΑΝΕΤΕ ΔΙΑΚΟΠΕΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΕΡΠΑΤΕ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΚΗΠΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Ουρανία Τάγγα, 'Η σχέση της κοινωνικής μοναξιάς των ηλικιωμένων με τα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσης, στα πλαίσια της Φροντίδας Ενηλίκων'

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΓΗΡΑΤΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΔΥΣΚΟΛΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΧΑΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ
ΟΧΙ ΟΧΙ

ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Θα λέγατε ότι ανήκετε σε κείνη την κατηγορία των ανθρώπων που: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Προσέχει τη διατροφή του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την άσκησή του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την υγεία του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει τον ύπνο του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την καθαριότητά του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την εμφάνισή του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει στον ήλιο;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την υγεία του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει το κάπνισμα;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει το παθητικό κάπνισμα;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει το αλκοόλ;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει να ξενυχτάει;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τα μικρόβια;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει το άγχος;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τους καυγάδες;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τη γκρίνια;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τους γιατρούς;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τους ασθενείς;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τα νοσοκομεία;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τις κηδείες;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ

Εσείς:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΠΙΟ ΣΥΓΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ
Έχετε πονοκεφάλους;			
Έχετε προβλήματα με το έντερο;			
Έχετε προβλήματα με το στομάχι;			
Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);			
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;			
Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε φοβίες;			
Επίσης, θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;			
Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη;			
Ποιο είναι το σοβαρότερο πρόβλημα της υγείας σας;			
Για ποιες παθήσεις παίρνετε φάρμακα;			

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενοχλήσης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεστε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεστε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είστε απεριποίητος ή ατιμώμενος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεστε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεστε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεστε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεστε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρέινο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τετωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είσθε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική.....1

Πολύ καλή2

Καλή3

Μέτρια4

Κακή5

2. Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν1

Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν2

Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν3

Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν4

Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν5

3. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Σήμερα η κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Ναι, περιορίζονται Πολύ	Ναι, περιορίζονται Λίγο	Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου
A. Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3
Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	1	2	3
Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3
ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	1	2	3
Z. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3

4. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα: (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

5. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως η μελαγχολία ή άγχος) ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσετε στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	1	2

6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιο βαθμό η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου.....	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου	1
Πολύ ήπιο	2
Ήπιο	3
Μέτριο	4
Έντονο	5
Πολύ έντονο	6

8. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο ο πόνος εμπόδιζε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Καθόλου	1
Λίγο.....	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

9. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πώς νοιώθατε και πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις τελευταίες εβδομάδες... **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
A Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
B Είσασαν ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
Γ Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
Δ Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος/η;	1	2	3	4	5	6
E Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Z Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
H Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ Νοιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

10. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων** για πόσο καιρό η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Πάντα.....	1
Τις πιο πολλές φορές.....	2
Μερικές φορές	3
Όχι συχνά.....	4
Ποτέ	5

11. Πόσο **σωστό ή λάθος** είναι για εσάς προσωπικά καθένα από τα παρακάτω...**ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Απόλυτα σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
A. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
B. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	1	2	3	4	5
Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ) version of the GR-CAQ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
2. Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
3. Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
4. Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
5. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
6. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:					
7. ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
8.έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
9. φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
10. επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4

The Connor-Davidson Resilience Scale

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν "σωστές" ή "λάθος" απαντήσεις.

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΥΧΝΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΑΛΗΘΕΣ
1. Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή	0	1	2	3	4
2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	0	1	2	3	4
3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	0	1	2	3	4
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	0	1	2	3	4
5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις	0	1	2	3	4
6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3	4
7. Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη	0	1	2	3	4
8. Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια	0	1	2	3	4
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	0	1	2	3	4
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει	0	1	2	3	4
11. Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	0	1	2	3	4
13. Ξέρω που να στραφώ για βοήθεια	0	1	2	3	4
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	0	1	2	3	4
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	0	1	2	3	4
16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία	0	1	2	3	4
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο	0	1	2	3	4
18. Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	0	1	2	3	4
19. Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα	0	1	2	3	4
20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίτησή μου	0	1	2	3	4
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	0	1	2	3	4
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	0	1	2	3	4
23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις	0	1	2	3	4
24. Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	0	1	2	3	4

Heartland Forgiveness Scale; HFS)

Στην πορεία της ζωής μας μπορεί να συμβούν αρνητικά γεγονότα, είτε εξαιτίας δικών μας πράξεων, είτε εξαιτίας των πράξεων άλλων ανθρώπων, είτε και λόγω περιστάσεων που δεν μπορούμε να τις ελέγξουμε. Για κάποιο διάστημα μετά από τα γεγονότα αυτά, μπορεί να έχουμε ακόμη αρνητικές σκέψεις ή αισθήματα για τον εαυτό μας, για τους άλλους ή για την κατάσταση.

Σκεφτείτε ποιες είναι οι χαρακτηριστικές σας αντιδράσεις σε τέτοια αρνητικά γεγονότα.

Με βάση την 7-βαθμη κλίμακα που σας δίνεται παρακάτω, σημειώστε τον αριθμό που θεωρείτε ότι περιγράφει καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο συνηθίζετε να αντιδράτε στον τύπο της αρνητικής κατάστασης που περιγράφει η πρόταση αυτή.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Παρακαλώ, να είστε όσο το δυνατό πιο ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7	Σχεδόν πάντα λάθος για μένα	Πιο συχνά λάθος για μένα	Πιο συχνά αληθινή για μένα	Σχεδόν πάντα αληθινή για μένα
1.	Παρόλο που στην αρχή νιώθω άσχημα όταν τα θαλασσώνω, με τον καιρό μπορώ να χαλαρώσω κάπως.			
2.	Κρατώ κακία στον εαυτό μου για τα αρνητικά πράγματα που έχω κάνει.			
3.	Το ότι μαθαίνω από τα άσχημα πράγματα που έχω κάνει, με βοηθά να τα ξεπεράσω.			
4.	Είναι, πράγματι, πολύ δύσκολο για μένα να αποδεχτώ τον εαυτό μου από τη στιγμή που τα έχω κάνει θάλασσα.			
5.	Με τον καιρό, κατανώ τον εαυτό μου για τα σφάλματα που έχω κάνει.			
6.	Δε σταματώ να κριτικάρω τον εαυτό μου για αρνητικά πράγματα που έχω νιώσει, έχω σκεφτεί, έχω πει ή έχω κάνει.			
7.	Τιμωρώ συνέχεια έναν άνθρωπο που έχει κάνει κάτι το οποίο νομίζω ότι είναι λάθος.			
8.	Με τον καιρό, κατανώ τους άλλους για τα σφάλματα που έχουν κάνει.			
9.	Παραμένω πολύ σκληρός με τους άλλους που με έχουν πληγώσει.			
10.	Παρόλο που κάποιοι με έχουν πληγώσει στο παρελθόν, τελικά, είμαι ικανός να αντιληφθώ ότι είναι καλοί άνθρωποι.			
11.	Αν κάποιοι μου φέρονται άσχημα, συνεχώς σκέφτομαι άσχημα γι' αυτούς.			
12.	Όταν κάποιος με απογοητεύσει, μπορώ, τελικά, να το ξεπεράσω.			
13.	Όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά για λόγους που δεν μπορεί να τους ελέγξει κανείς, φορτώνομαι, κυριολεκτικά, με αρνητικές σκέψεις για το γεγονός αυτό.			
14.	Με τον καιρό, μπορώ να κατανοήσω τις κακές στιγμές στη ζωή μου.			
15.	Αν είμαι απογοητευμένος από ανεξέλεγκτες καταστάσεις στη ζωή μου, κάνω συνεχώς αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις καταστάσεις αυτές.			
16.	Τελικά, βρίσκω την ισορροπία με τις άσχημες καταστάσεις της ζωής μου.			
17.	Μου είναι, πράγματι, δύσκολο να αποδεχτώ αρνητικές καταστάσεις για τις οποίες δε φταίει κανείς.			
18.	Τελικά, ξεπερνώ τις αρνητικές σκέψεις για τις άσχημες καταστάσεις που είναι πέρα απ' τον έλεγχό μας			

Self- Compassion Scale (SCS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Βάλτε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.

		ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1.	Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	1	2	3	4	5
2.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	1	2	3	4	5
3.	Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	1	2	3	4	5
4.	Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	1	2	3	4	5
5.	Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	1	2	3	4	5
6.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
7.	Όταν είμαι μελαγχολικός / η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.	1	2	3	4	5
8.	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9.	Όταν κάτι με αναστατώνει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
10.	Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
11.	Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5
12.	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη	1	2	3	4	5

13.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.	1	2	3	4	5
14.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	1	2	3	4	5
15.	Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	1	2	3	4	5
16.	Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
17.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.	1	2	3	4	5
18.	Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	1	2	3	4	5
19.	Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.	1	2	3	4	5
20.	Όταν κάτι με αναστατώνει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
21.	Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	1	2	3	4	5
22.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.	1	2	3	4	5
23.	Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	1	2	3	4	5
24.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	1	2	3	4	5
25.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	1	2	3	4	5
26.	Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Βάλτε έναν αριθμό από το 0 έως το 6 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά στους τελευταίους τρεις μήνες αντιμετωπίζετε τα παρακάτω ζητήματα με τα δόντια σας και τη στοματική σας κοιλότητα.

		ΠΑΝΤΑ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
1.	Πόσο συχνά περιορίσατε το είδος ή την ποσότητα του φαγητού εξαιτίας προβλημάτων στα δόντια ή τις οδοντοστοιχίες;	0	1	2	3	4	5
2.	Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να δαγκώσετε ή να μασηήσετε κάποιο είδος τροφής, όπως πχ κρέας ή μήλο;	0	1	2	3	4	5
3.	Πόσο συχνά μπορείτε να καταπιείτε με άνεση;	0	1	2	3	4	5
4.	Πόσο συχνά τα δόντια ή οι οδοντοστοιχίες σας εμποδίζουν να μιλάτε άνετα;	0	1	2	3	4	5
5.	Πόσο συχνά μπορείτε να φάτε με άνεση οποιοδήποτε φαγητό;	0	1	2	3	4	5
6.	Πόσο συχνά περιορίσατε τις επαφές με ανθρώπους εξαιτίας της κατάστασης των δοντιών ή των οδοντοστοιχιών σας;	0	1	2	3	4	5
7.	Πόσο συχνά είσατε χαρούμενος ή ικανοποιημένος με την εικόνα των δοντιών και των ούλων ή των οδοντοστοιχιών σας;	0	1	2	3	4	5
8.	Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε φάρμακα για τον πόνο στην περιοχή του στόματος;	0	1	2	3	4	5
9.	Πόσο συχνά ανησυχείτε ή σας απασχολούν τα προβλήματα των δοντιών, των ούλων ή των οδοντοστοιχιών σας;	0	1	2	3	4	5
10.	Πόσο συχνά νιώθετε αγχωμένοι λόγω της επίγνωσης της κατάστασης των δοντιών, ούλων ή οδοντοστοιχιών σας;	0	1	2	3	4	5
11.	Πόσο συχνά αισθάνεστε άσχημα να τρώτε μπροστά σε άλλους εξαιτίας προβλημάτων των δοντιών ή των οδοντοστοιχιών σας;	0	1	2	3	4	5
12.	Πόσο συχνά είναι τα δόντια ή τα ούλα σας ευαίσθητα στο κρύο, το ζεστό ή το γλυκό;	0	1	2	3	4	5

ΕΧΕΤΕ ΓΕΦΥΡΕΣ ΣΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΦΟΡΑΤΕ ΤΕΧΝΗΤΕΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΑΞΕΙ ΤΙΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ; _____

ΠΛΑΝΕΤΕ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ Ή ΤΙΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ; _____

(OAS)

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκειται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

Πόσο τυχερός αισθάνεστε ότι είσατε στη ζωή σας μέχρι τώρα ; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Όχι, πολύ λίγο 1 2 3 4 5 Ναι, πάρα πολύ

ΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΤΕ ΚΑΤΙ ΕΔΩ ΜΕΣΑ ΤΙ ΘΑ ΗΤΑΝ;

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο που να σας ταιριάζει περισσότερο.	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο.	1	2	3	4	5

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλαμμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

Emotional and Social Loneliness Scale - version of the GR

ΟΔΗΓΙΕΣ

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο τη μοναξιά και τη «σχέση» που έχουν με τους άλλους ανθρώπους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για τη μοναξιά. Παρακαλούμε, σημειώστε στις παρακάτω δηλώσεις το βαθμό που ισχύουν για σας, αυτή την περίοδο της ζωής σας. Παρακαλούμε, δηλώστε την πιο κατάλληλη απάντηση.

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
11. Υπάρχει πάντα κάποιος με τον οποίο μπορώ να μιλήσω για τα καθημερινά μου προβλήματα	0	1	2	3	4
12. Μου λείπει να έχω έναν πραγματικά πολύ στενό φίλο	0	1	2	3	4
13. Νοιώθω μέσα μου ένα κενό	0	1	2	3	4
14. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που μπορώ να στηρίζομαι όταν έχω προβλήματα	0	1	2	3	4
15. Μου λείπει η χαρά της παρέας των άλλων	0	1	2	3	4
16. Θεωρώ ότι ο κύκλος φίλων και γνωστών μου είναι πολύ περιορισμένος	0	1	2	3	4
17. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που μπορώ να εμπιστευτώ πλήρως	0	1	2	3	4
18. Υπάρχουν αρκετά άτομα που νιώθω κοντά τους	0	1	2	3	4
19. Μου λείπει να έχω ανθρώπους γύρω μου	0	1	2	3	4
20. Συχνά αισθάνομαι ότι απορρίφθηκα	0	1	2	3	4
21. Μπορώ να καλέσω τους φίλους μου όποτε τους χρειάζομαι	0	1	2	3	4

ΘΑ ΛΕΓΑΤΕ, ΟΤΙ ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΚΑΛΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΑΥΠΝΙΕΣ

ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΤΟ ΒΡΑΔΥ ; ___

ΒΛΕΠΕΤΕ ΟΝΕΙΡΑ ; ΠΟΛΛΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ, ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ

ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΙΝΑΙ; ΩΡΑΙΑ ΑΣΧΗΜΑ ΕΦΙΑΛΤΕΣ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ

ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΤΟ ΜΕΣΗΜΕΡΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΤΟ ΜΕΣΗΜΕΡΙ ; ___

ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΟ ΚΑΦΕΝΕΙΟ ; ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ 2 ΦΟΡΕΣ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ 1 ΦΟΡΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ

ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗ ΓΕΙΤΟΝΙΣΣΑ ; ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ 2 ΦΟΡΕΣ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ 1 ΦΟΡΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
 ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ

ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ ; ΚΑΘΕ ΚΥΡΙΑΚΗ ΜΕΡΙΚΕΣ ΚΥΡΙΑΚΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΚΥΡΙΑΚΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ

ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΤΑ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΤΟ ΠΑΣΧΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΗ ΣΑΣ ΕΟΡΤΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΣΤΙΣ ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΕΣ ΕΟΡΤΕΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

ΕΧΕΤΕ ΕΓΓΟΝΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ; ΕΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΕΓΓΟΝΙΑ ΤΟ ΟΝΟΜΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΕΓΓΟΝΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΕΓΓΟΝΙΑ, ΣΑΣ ΜΟΙΑΖΕΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ