

Διερεύνηση του Φόβου του Θανάτου, της Ελπίδας και των Θετικών και Αρνητικών
Συναισθημάτων μεταξύ των ατόμων Τρίτης Ηλικίας που διαμένουν στην κοινότητα
και σε οίκους ευγηρίας

υπό Βασιλική Τσιαγκαβέλη

Μεταπτυχιακή Εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων
απονομής Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στις «Επιστήμες της Αγωγής» του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

2024

© Τσιαγκαβέλη Βασιλική

Μέλη τριμελούς εξεταστικής επιτροπής:

Ανδρέας Μπούζος, Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (Επιβλέπων)

Αναστάσιος Εμβαλωτής, Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Πλουσία Μισαηλίδη, Καθηγήτρια, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο, με την ολοκλήρωση της εργασίας μου, θα ήθελα να αφιερώσω λίγο χρόνο να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους ανθρώπους που βοήθησαν στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς μου στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ανδρέα Μπούζο, για όλη τη στήριξη και καθοδήγηση που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, συμπεριλαμβανομένης της εκπόνησης και ολοκλήρωσης της ερευνητικής μου εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ανθρώπους που συμμετείχαν στην έρευνα, αφιερώνοντας αρκετό από τον χρόνο τους, και ιδιαίτερα τον κ. Νικόλαο Καραβιώτη και τους κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι βοήθησαν στη συλλογή των δεδομένων στους δύο οίκους ευγηρίας των Ιωαννίνων. Η βοήθειά τους ήταν εξαιρετικά πολύτιμη και χωρίς την ουσιαστική συμβολή τους, η προσπάθειά μου θα ήταν αδύνατο να ολοκληρωθεί. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τις συμφοιτήτριές μου Αθηνά και Αντιγόνη Καραβίδα για την υποστήριξη και συμπαράστασή τους τόσο στην πορεία των σπουδών μου, όσο και κατά την εκπόνηση της εργασίας μου.

Τέλος, οφείλω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον σύζυγό μου Αποστόλη και τις οικογένειές μας, για την αμέριστη υποστήριξη, ενθάρρυνση και εμπιστοσύνη που μου προσέφεραν απλόχερα σε ολόκληρη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Περιεχόμενα

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	14
1.1. Δημογραφικά στοιχεία για την Τρίτη ηλικία.....	14
1.2. Γήρανση.....	15
1.3. Θεωρίες για τη διαδικασία της γήρανσης	15
1.4. Οι επιπτώσεις της γήρανσης.....	17
1.5. Παρεμβάσεις σε ηλικιωμένους	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	22
2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου «συναίσθημα».....	22
2.2. Θεωρίες Συναισθημάτων	24
2.2.1. Σωματικές Θεωρίες Συναισθήματος	24
2.2.2. Γνωστικές Θεωρίες Συναισθήματος	25
2.2.3. Εξελικτικές Θεωρίες Συναισθήματος	27
2.3. Το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα.....	28
2.3.1. Εργαλεία μέτρησης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων	32
2.4. Συναισθήματα και Τρίτη Ηλικία	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΛΠΙΔΑ	38
3.1. Εννοιολογική προσέγγιση του όρου «ελπίδα».....	38
3.2. Θεωρίες για την ελπίδα.....	40
3.3. Παράγοντες που επιδρούν στην ελπίδα.....	44
3.4. Ελπίδα και Τρίτη Ηλικία.....	47
3.5. Εργαλεία για τη μέτρηση της ελπίδας.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	53
4.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της έννοιας «φόβος του θανάτου».....	53
4.2. Θεωρίες για τον φόβο του θανάτου.....	55
4.3. Παράγοντες που επιδρούν στον φόβο του θανάτου.....	59
4.3. Επιπτώσεις του Φόβου του Θανάτου.....	64

4.4. Φόβος του θανάτου και Τρίτη ηλικία.....	67
4.5. Εργαλεία μέτρησης του φόβου του θανάτου.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	76
5.1. Αναγκαιότητα της έρευνας.....	76
5.2. Στόχος της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα.....	78
Β' ΜΕΡΟΣ: ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	80
6.1. Μέθοδος.....	80
6.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων και δείγμα της έρευνας.....	81
6.3. Μέσο συλλογής δεδομένων.....	86
6.4. Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας.....	90
6.5. Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	97
7.1. Περιγραφική Ανάλυση Δεδομένων – Μονομεταβλητές Αναλύσεις.....	97
7.1.1. Περιγραφική Ανάλυση Ερωτηματολογίων (βαθμολογιών) στο δείγμα των Ηλικιωμένων Κοινότητας.....	106
7.1.2. Περιγραφική Ανάλυση Ερωτηματολογίων (βαθμολογιών) στο δείγμα των Ηλικιωμένων Οίκων Ευγηρίας.....	108
7.2. Διμεταβλητές Αναλύσεις - Συσχετίσεις.....	109
7.2.1. Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και των τριών ερωτηματολογίων στο σύνολο του δείγματος.....	110
7.2.2. Συσχέτιση ελπίδας, θετικών-αρνητικών συναισθημάτων και φόβου του θανάτου ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και τους ηλικιωμένους οίκων ευγηρίας.....	150
7.2.3. Συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της ελπίδας, των θετικών-αρνητικών συναισθημάτων και στον φόβο του θανάτου.....	158
7.2.4. Συγκρίσεις ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	165
7.3. Πολυμεταβλητές Αναλύσεις.....	170
7.3.1. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση – Ελπίδα.....	170
7.3.2. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση – Θετικά – Αρνητικά Συναισθήματα..	173
7.3.3. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση – Φόβος του Θανάτου.....	179
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	183
8.1. Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	183

8.2. Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	194
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	198
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	224
Α. Εισαγωγικό σημείωμα και Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων.....	224
Β. Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της Ελπίδας	226
Γ. Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (PANAS).....	228
Δ. Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του φόβου του θανάτου.....	229

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακες 6.4.1. έως 6.4.3.	Πίνακες αξιοπιστίας δείκτη α του Cronbach σε όλα τα εργαλεία μέτρησης	σελ. 93 – 94
Πίνακες 7.1.1. έως 7.1.3.	Περιγραφική ανάλυση των απαντήσεων στα τρία ερωτηματολόγια	σελ. 97 – 104
Πίνακες 7.2.2.1. και 7.2.2.2.	Συγκεντρωτικοί πίνακες Mann-Whitney των ερωτηματολογίων στις δύο κατηγορίες ηλικιωμένων	σελ. 156 – 157
Πίνακες 7.2.3.1. έως 7.2.3.3.	Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των τριών ερωτηματολογίων	σελ. 158 – 159 & 161 – 164
Πίνακες 7.2.4.1. έως 7.2.4.6.	Έλεγχοι ανεξαρτησίας χ^2 μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας	σελ. 165 & 167 – 169
Πίνακας 7.3.1.1.	Πίνακας συντελεστών μοντέλου παλινδρόμησης στη συνολική βαθμολογία της Ελπίδας	σελ. 171
Πίνακες 7.3.2.1. – 7.3.2.2.	Πίνακες συντελεστών μοντέλου παλινδρόμησης στο Θετικό (PA) και Αρνητικό Συναίσθημα (NA)	σελ. 174 & 176 – 177
Πίνακας 7.3.3.1.	Πίνακας συντελεστών μοντέλου παλινδρόμησης στη συνολική βαθμολογία Φόβου του Θανάτου	σελ. 180

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του φόβου του θανάτου, της ελπίδας και των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των ηλικιωμένων στην Ελλάδα και συγκεκριμένα των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα και σε οίκους ευγηρίας. Η έρευνα έλαβε χώρα στα Ιωάννινα και διεξήχθη από τα μέσα Φεβρουαρίου έως τα μέσα Μαρτίου 2024, δίχως να προηγηθεί πιλοτική έρευνα, σε συνολικό δείγμα 264 ηλικιωμένων, από τους οποίους οι 210 ήταν ηλικιωμένοι που διαμένουν στην κοινότητα και οι 54 ήταν ηλικιωμένοι που διαμένουν στους δύο οίκους ευγηρίας της πόλης. Συγκεκριμένα, στα πλαίσια της έρευνας, διερευνήθηκαν τα ποσοστά των ατόμων στις τρεις υπό εξέταση διαστάσεις της έρευνας - τον φόβο του θανάτου, την ελπίδα και τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα - επί του συνόλου των ηλικιωμένων αρχικά και στη συνέχεια, των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα και στους οίκους ευγηρίας ξεχωριστά. Επιπλέον, διερευνήθηκαν οι σχέσεις του φόβου του θανάτου, της ελπίδας και της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων συναρτήσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν επιδράσεις αυτών στα επίπεδα του φόβου του θανάτου, της ελπίδας και των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Στα πλαίσια συσχετίσεων, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι για να διαπιστωθούν τυχόν σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά δεδομένα και τις δύο κατηγορίες των ηλικιωμένων – κοινότητας και οίκων ευγηρίας. Επιπροσθέτως, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ ηλικιωμένων της κοινότητας και των οίκων ευγηρίας, αλλά και συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων της έρευνας, αξιοποιώντας στατιστικές τεχνικές, ώστε να διαπιστωθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές και σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν υψηλότερα επίπεδα φόβου του θανάτου και χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας στους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας σε σχέση με τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα. Όσον αφορά τα θετικά συναισθήματα, οι ηλικιωμένοι κοινότητας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων σε

σύγκριση με τους ηλικιωμένους που ζουν σε οίκο ευγηρίας, ενώ αναφορικά με τα αρνητικά συναισθήματα, ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων παρουσίασαν οι ηλικιωμένοι που ζουν σε περιβάλλον ιδρυματοποίησης. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ισχυρή σχέση ανάμεσα στην ελπίδα και τα θετικά συναισθήματα, αφού τα υψηλά επίπεδα ελπίδας συνδέθηκαν με τα υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος και μειωμένο φόβο του θανάτου, υπογραμμίζοντας τον ρόλο της ελπίδας στη συναισθηματική ευημερία των ηλικιωμένων. Επιπροσθέτως, φάνηκε ότι ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα η κατάσταση της υγείας και η ηλικία μεταξύ άλλων, επηρεάζουν τις παραπάνω σχέσεις. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα, τονίζεται η σημασία για την ενίσχυση της ελπίδας και των θετικών συναισθημάτων, ιδίως σε περιβάλλοντα ιδρυματοποίησης, όπως είναι οι οίκοι ευγηρίας, αλλά και η προσπάθεια διαχείρισης των φόβων που σχετίζονται με το θάνατο στα πλαίσια της ψυχολογικής υποστήριξης των ηλικιωμένων.

Λέξεις κλειδιά: φόβος θανάτου, ελπίδα, θετικά συναισθήματα, αρνητικά συναισθήματα, τρίτη ηλικία, ηλικιωμένοι, κοινότητα, οίκοι ευγηρίας, ιδρυματοποίηση

ABSTRACT

The purpose of this research was to investigate the fear of death, hope and positive and negative emotions (or affect) of the elderly in Greece, specifically the ones living in the community and in nursing homes. The research took place in Ioannina and was conducted from mid-February to mid-March 2024, without prior pilot research, on a total sample of 264 elderly people, of whom 210 were elderly living in the community and 54 were elderly living in the city's two nursing homes. Specifically, the research examined the rates-percentages of individuals in the three under study dimensions – fear of death, hope and positive and negative emotions (affect) – for the overall elderly population and then for those living in the community and in nursing homes separately. Additionally, the relationships between fear of death, hope and the emotional state of the elderly were investigated in relation to demographic characteristics to determine any effects there might have on levels of fear of death, hope and positive and negative emotions. Also, in the context of correlations, tests were conducted to identify the existence of relationships between our demographic data and the two categories of elderly individuals – those in community and those in nursing homes. Furthermore, correlations were conducted between community elderly and nursing home residents, as well as between the study questionnaires – instruments, utilizing statistical techniques to identify statistically significant differences and relationships between the variables. The findings of the study indicated higher levels of fear of death and lower levels of hope among nursing home residents compared to elderly living in the community. Regarding the positive emotions, community elderly reported higher levels of positive emotions compared to those living in nursing homes, while nursing home residents exhibited slightly higher levels of negative emotions. Moreover, a strong relationship between hope and positive emotions was identified, as high levels of hope were associated with higher levels of positive emotion and reduced fear of death, emphasizing the role of hope in the emotional well-being of the elderly. Additionally,

certain demographic characteristics, such as health status and age, among others, were found to influence the aforementioned relationships. Therefore, based on the above, the importance of enhancing hope and positive emotions, particularly in institutionalized settings such as nursing homes, is highlighted, along with the effort to manage fears related to death within the framework of psychological support of the elderly.

Key words: fear of death, hope, positive emotions, positive affect, negative emotions, negative affect, old age, elderly, community, nursing homes, institutionalization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της γήρανσης συνοδεύεται από ένα σύνολο προκλήσεων τόσο ψυχικών, όσο και σωματικών, καθώς τα άτομα Τρίτης Ηλικίας έρχονται αντιμέτωπα με την πραγματικότητα της θνησιμότητας και του τέλους της ζωής (Schafer & Shipree, 2009). Μεταξύ των προκλήσεων, ξεχωρίζει ο Φόβος του Θανάτου ως μια βαθιά ανησυχία που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Zhang et al., 2019), χωρίς να γίνεται με τον ίδιο τρόπο αντιληπτός από όλους, αφού για το κάθε άτομο η διαδικασία της γήρανσης είναι διαφορετική βάσει προσωπικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Heredia, 2021). Η κατανόηση του τρόπου, με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν τον φόβο του θανάτου, είναι μείζονος σημασίας για την παροχή αποτελεσματικής βοήθειας και υποστήριξης στους ηλικιωμένους, ιδίως λαμβάνοντας υπόψη τις αλλαγές στη σύγχρονη κοινωνία και τους ταχύτερους ρυθμούς γήρανσης του πληθυσμού, τόσο σε παγκόσμιο, όσο και σε εθνικό επίπεδο.

Η ελπίδα, ως ψυχολογική κατασκευή, παίζει σημαντικό ρόλο στο πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ηλικίας προς το τέλος της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών και φόβων τους (Farran & MacCann, 1989). Έχει διαπιστωθεί πως η ελπίδα λειτουργεί προστατευτικά απέναντι σε διάφορες προκλήσεις, προάγοντας ταυτόχρονα την ψυχική και σωματική ευημερία των ηλικιωμένων (Long et al., 2020). Τέλος, η ελπίδα μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι, μεταξύ άλλων, η κατάσταση υγείας, η κοινωνική ζωή και το κοινωνικό πλαίσιο υποστήριξης που έχει το κάθε άτομο, η αίσθηση του σκοπού και του νοήματος για τη ζωή (Snyder, 1991) ή το περιβάλλον διαβίωσης του ατόμου, εάν δηλαδή διαμένει την κοινότητα ή σε συνθήκες ιδρυματοποίησης, όπως είναι οι οίκοι ευγηρίας (Pandey & Srivastava, 2021), καθώς ιδίως όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης, η μετάβαση σε ένα τέτοιο πλαίσιο συνοδεύεται πολλές φορές από αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων (Ron, 2004).

Επιπροσθέτως, η συναισθηματική ευημερία των ηλικιωμένων, που περιλαμβάνει τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα, συνδέεται άμεσα με τη συνολική ευημερία των ηλικιωμένων, καθώς τα θετικά συναισθήματα αποτελούν δείκτες βέλτιστης ευημερίας (Fredrickson, 2001), ενώ τα αρνητικά εξυπηρετούν τα άτομα στην

προσαρμογή τους σε διάφορες καταστάσεις (Lazarus, 1991). Ωστόσο, η μακροχρόνια βίωση αρνητικών συναισθημάτων, όπως έχει διαπιστωθεί, συμβάλλει στη διαιώνιση της σωματικής και ψυχικής υγείας (Kiecolt-Glaser et al., 2002 · Cohen et al., 2007). Αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές σε περιβάλλοντα ιδρυματοποίησης, καθώς η μετάβαση των ηλικιωμένων σε αυτά φαίνεται να συνοδεύεται από αυξημένα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων, όπως είναι, μεταξύ άλλων, τα συναισθήματα απώλειας και θλίψης (Drageset et al., 2015). Έτσι, τόσο τα θετικά, όσο και τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν σημαντικούς δείκτες ψυχικής υγείας στην Τρίτη Ηλικία, οι οποίοι δεν επηρεάζονται μόνο από το περιβάλλον, αλλά και από βαθύτερες υπαρξιακές ανησυχίες.

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να διερευνήσει τον φόβο του θανάτου, τα επίπεδα της ελπίδας και τα επίπεδα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων στα άτομα Τρίτης Ηλικίας και συγκεκριμένα ανάμεσα στους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα και σε εκείνους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Μέσω της έρευνας επιχειρείται η κατανόηση του πώς τα διαφορετικά περιβάλλοντα διαβίωσης επηρεάζουν τους ηλικιωμένους ως προς τον φόβο του θανάτου, την ελπίδα και τη συναισθηματική τους κατάσταση, προσφέροντάς μας αφενός μια γενική εικόνα για την επικρατούσα κατάσταση, αφετέρου πολύτιμες πληροφορίες, δίνοντας έτσι κατεύθυνση ως προς την υποστήριξη των ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας.

Κλείνοντας, όσον αφορά τη δομή της εργασίας, γίνεται αρχικά μια ανασκόπηση των βασικών εννοιών (φόβος θανάτου, ελπίδα, θετικά – αρνητικά συναισθήματα), αλλά και των προσεγγίσεων που τις πλαισιώνουν, καθώς και αναφορά στην αναγκαιότητα της έρευνας, τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα, αποτελώντας έτσι το πρώτο μέρος της εργασίας. Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνεται η ερευνητική μεθοδολογία, η ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, η συζήτησή τους και τέλος οι περιορισμοί, αλλά και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στο εν λόγω κεφάλαιο δίνονται πληροφορίες σχετικά με την τρίτη ηλικία, την ηλικιακή, δηλαδή, ομάδα που αφορά τον πληθυσμό στόχο της έρευνάς μας. Πραγματοποιείται, επίσης, μια αναφορά τόσο στις υπάρχουσες θεωρίες για τη γήρανση, όσο και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων τρίτης ηλικίας.

1.1. Δημογραφικά στοιχεία για την Τρίτη ηλικία

Με τον όρο Τρίτη ηλικία αναφερόμαστε στην ηλικία των 60 ή 65 ετών και άνω (Australian Bureau of Statistics, 2014 · National Academies Press, 1990). Γενικά, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί απόλυτα το ηλικιακό αυτό όριο, λόγω των ποικίλων συνθηκών που προκύπτουν από επιμέρους βιολογικούς, δημογραφικούς και κοινωνιολογικούς παράγοντες. Για στατιστικούς και διοικητικούς σκοπούς, όμως, η Τρίτη ηλικία τοποθετείται σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα (Britannica, T.).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) (2016), ο παγκόσμιος πληθυσμός γερνάει με ταχύτατους ρυθμούς. Συγκεκριμένα, μόλις το 2020, 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι στον κόσμο ήταν ηλικίας 60 ετών και άνω. Ο αριθμός αυτός, σύμφωνα με τους ειδικούς, πρόκειται να αυξηθεί στα 1, 4 δισεκατομμύρια μέχρι το 2030, δίνοντας την αναλογία του γήρατος σε έναν στους έξι ανθρώπους παγκοσμίως. Ο αριθμός αυτός θα διπλασιαστεί μέχρι το 2050, ενώ ανάμεσα στο 2020 και 2050, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω προβλέπεται να τριπλασιαστεί για να φτάσει τα 426 εκατομμύρια. Γενικά, σε κάθε χώρα ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς, συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα (Bar-Tur, 2021).

Στη χώρα μας, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2021), ο μόνιμος πληθυσμός ανέρχεται στα 10.482.487 άτομα, ενώ περίπου το 1/3 του πληθυσμού (3.086.715) αποτελείται από άτομα 60 ετών και άνω. Η Τρίτη ηλικία στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από μεγάλη αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, κάτι

που επιβεβαιώνεται και από άλλες πηγές, όπως αυτή της Eurostat, η οποία τοποθετεί την Ελλάδα στις τρεις πιο γερασμένες πληθυσμιακά χώρες της Ευρώπης για το 2022. Η αύξηση των ατόμων αυτής της ηλικιακής ομάδας μπορεί να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες, όπως είναι η γενικότερη αύξηση της μακροζωίας, η μείωση της γονιμότητας, η γήρανση της γενιάς των “baby boomers”, δηλαδή των ατόμων που γεννήθηκαν μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (Bar-Tur, 2021), ή η μείωση του δείκτη γεννητικότητας, όπως συμβαίνει και στην Ελλάδα (Μπαμπάτσικου, 2009).

1.2. Γήρανση

Με τον όρο «γήρανση» αναφερόμαστε στην «προοδευτική συσσώρευση αλλαγών με την πάροδο του χρόνου που σχετίζονται ή και ευθύνονται για τη διαρκώς αυξανόμενη ευαισθησία σε ασθένειες και τον θάνατο που συνοδεύουν την προχωρημένη ηλικία» (σ. 7124, Harman, 1981). Σύμφωνα με τον Ortiz (2006, όπως αναφέρεται στο Heredia, 2021), η γήρανση είναι μία σταδιακή, δυναμική, μη αναστρέψιμη και εξελικτική διαδικασία. Πρόκειται, δηλαδή, για αλλαγές που σχετίζονται άμεσα με τον χρόνο και αποδίδονται στη διαδικασία της γήρανσης. Η γήρανση είναι μια σειρά από διαδικασίες, οι οποίες ξεκινούν με την έναρξη του κύκλου της ζωής και συνεχίζονται μέχρι το τέλος του (Singh & Misra, 2009). Πρόκειται, δηλαδή, για την περίοδο κλεισίματος ή ολοκλήρωσης της πορείας της ζωής ενός ατόμου, η οποία εκτός από εγγενές φαινόμενο σε έναν οργανισμό είναι και αναπόφευκτη (Jayanthi et al., 2010). Ο Medawar, μάλιστα, χαρακτήρισε τη γήρανση ως «άλυτο πρόβλημα στη βιολογία», δείχνοντας έτσι τη δυσκολία προσέγγισης της διαδικασίας της γήρανσης και της πολυπαραγοντικής της φύσης (Balcombe & Sinclair, 2001).

1.3. Θεωρίες για τη διαδικασία της γήρανσης

Γενικά, έχουν διατυπωθεί ποικίλες θεωρίες για τη διαδικασία της γήρανσης. Οι βασικότερες εξ αυτών έχουν τη βάση τους στη βιολογία. Σύμφωνα με τον Troen (2003),

οι θεωρίες μπορούν να ταξινομηθούν με βάση το επίπεδο στο οποίο στοχεύει ο μηχανισμός γήρανσης, δηλαδή: στις Εξελικτικές θεωρίες (Evolutionary theories), τις Συστημικές θεωρίες (Systemic theories) και τις Μοριακές και Κυτταρικές θεωρίες (Molecular and cellular theories).

Οι εξελικτικές θεωρίες υποστηρίζουν πως η γήρανση προκύπτει από την πτωτική τάση της φυσικής επιλογής, την παρακμή, δηλαδή, της διαδικασίας αυτής. Μερικές από αυτές τις θεωρίες είναι οι εξής: Mutation accumulation theory, Disposable soma theory, και Antagonistic pleiotropy theory (Jayanthi et al., 2010). Όσον αφορά τις συστημικές θεωρίες για τη γήρανση, βλέπουμε πως η διαδικασία της γήρανσης σχετίζεται με την παρακμή των συστημάτων των οργάνων που είναι απαραίτητα για τον έλεγχο και τη συντήρηση άλλων συστημάτων εντός του οργανισμού (Jayanthi et al., 2010). Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η ανοσολογική θεωρία του Walford, ο οποίος πρότεινε πως η γήρανση σε όλους τους οργανισμούς σχετίζεται άμεσα με ελαττωματικές διαδικασίες του ανοσοποιητικού συστήματος (Effros, 2005). Τέλος, οι μοριακές και κυτταρικές θεωρίες επιχειρούν να εξηγήσουν τη διαδικασία της γήρανσης μέσα από εγγενείς διαδικασίες και πιο συγκεκριμένα σε κυτταρικό και υποκυτταρικό επίπεδο (Jayanthi et al., 2010), όπως για παράδειγμα η υπόθεση Orgel, ο οποίος πρότεινε πως η ζωή βασιζόταν στο RNA, προτού βασιστεί στο DNA ή τις πρωτεΐνες και πως η γήρανση είναι απόρροια λαθών στη σύνθεση των πρωτεϊνών στις διάφορες φάσεις αντιγραφής και μετάφρασης (Βολίκας, 2004 · Orgel, 1963). Έτσι, από την πλευρά της βιολογίας, λόγω της σταδιακής παρακμής και φθοράς των κυττάρων του οργανισμού φαίνεται να επέρχεται η γήρανση (Gilbert, 2006), η οποία παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των οργανισμών με τα πιο εμφανή να είναι η αύξηση θνησιμότητας και η ευαλωτότητα απέναντι σε διάφορες ασθένειες (Hitt et al., 1999).

Εκτός από τις θεωρίες για τη γήρανση που έχουν βιολογική βάση, υπάρχουν κι εκείνες που υποστηρίζουν πως η διαδικασία της γήρανσης επηρεάζεται τόσο από κοινωνικούς (Takács & Nyakas, 2022), όσο και από ψυχολογικούς παράγοντες (Han et al., 2015 · Dziechciaż & Filip, 2014). Η διαδικασία της γήρανσης δεν φαίνεται να επηρεάζει τους οργανισμούς με τον ίδιο τρόπο. Υπάρχουν ηλικιωμένοι οι οποίοι δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας, παραμένοντας δραστήριοι και ικανοί να αυτοεξυπηρετηθούν. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και τα άτομα που χρειάζονται

απαραίτητα καθημερινή φροντίδα από άλλους (Κουγιουμτζής, 2019). Επομένως, η γήρανση δεν αποτελεί ένα καθολικό φαινόμενο για όλους τους ανθρώπους, το οποίο πραγματοποιείται με έναν συγκεκριμένο τρόπο και σταθερό ρυθμό, καθώς υπάρχουν και εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν στη διαδικασία της γήρανσης, όπως αυτή παρουσιάζεται βιολογικά (Steves, Spector & Jackson, 2012). Τέτοιοι παράγοντες που επιδρούν στη διαδικασία της γήρανσης, εκτός από την κληρονομικότητα (Βολίκας, 2004), είναι το περιβάλλον, τόσο το οικογενειακό, όσο και το κοινωνικό, αλλά και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου και η ψυχοσύνθεσή του (Dziechciaż & Filip, 2014 · Steves, Spector & Jackson, 2012). Επίσης, εξωγενείς παράγοντες όπως η ακτινοβολία, το κάπνισμα, η διατροφή, η άσκηση, η λήψη φαρμάκων και η κατανάλωση αλκοόλ, μεταξύ άλλων, είναι παράγοντες καθοριστικής σημασίας για τη διαδικασία της γήρανσης, ασκώντας σημαντικότερη επίδραση στη φυσική – από βιολογικής πλευράς – γήρανση (Antell & Taczanowski, 1999).

Η γήρανση του ανθρώπου είναι μια πολυσύνθετη και διαφορετική διαδικασία για τον κάθε άνθρωπο, η οποία επηρεάζει σφαιρικά όλους τους τομείς της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών, ψυχικών και κοινωνικών πτυχών της. Όσον αφορά τη βιολογική πτυχή της γήρανσης, διαπιστώνονται αλλαγές που χαρακτηρίζονται από παρακμή και πτωτική τάση των ενδογενών διεργασιών, οδηγώντας στη σταδιακή μείωση της αποτελεσματικότητας του σώματος και των λειτουργιών του, αλλά και τη συνύπαρξη ασθενειών και συμπτωμάτων. Στον ψυχικό τομέα, με την πάροδο του χρόνου, επηρεάζονται οι γνωστικές λειτουργίες του ανθρώπου και η μνήμη, ενώ αυξάνονται οι πιθανότητες για κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές. Τέλος, όσον αφορά το κοινωνικό κομμάτι της γήρανσης, η γήρανση συνδέεται άμεσα με την απώλεια των κοινωνικών ρόλων, τη μείωση ή και την απώλεια των διαπροσωπικών σχέσεων και την αύξηση του συναισθήματος της μοναξιάς (Dziechciaż & Filip, 2014).

1.4. Οι επιπτώσεις της γήρανσης

Με τις δημογραφικές μεταβολές και τον ολοένα πιο γηραιό πληθυσμό, ένα θέμα που φαίνεται να απασχολεί είναι οι επιπτώσεις της γήρανσης και η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Netuveli & Blane, 2008). Η γήρανση θεωρείται μία διαδικασία γεμάτη

προκλήσεις και δυσκολίες που αφορούν όλες τις πλευρές της ζωής (Schafer & Shippee, 2009). Τα προβλήματα κατά την Τρίτη ηλικία ποικίλουν και διαφέρουν ανάλογα με την ψυχοπαθολογία του κάθε ανθρώπου. Ωστόσο, κάποια από τα πιο συχνά είναι οι διαταραχές ύπνου, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως ένα από τα βασικότερα προβλήματα υγείας στα άτομα Τρίτης ηλικίας, το αίσθημα του πόνου, προβλήματα που προκύπτουν από την ελλιπή σωματική λειτουργία και αφορούν νευρολογικές, αισθητηριακές και μεταβολικές διεργασίες, αλλά και επιμέρους προβλήματα υγείας και διατροφής (Πλατή, 2006). Μέσα από τέτοιου είδους προκλήσεις τα άτομα χάνουν την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, την αυτοπεποίθησή τους, αλλά και την αίσθηση παραγωγικότητας που έχουν (Schafer & Shippee, 2009). Αυτό έχει περαιτέρω ψυχολογικές επιπτώσεις στην ήδη επιβαρυσμένη ψυχοσύνθεσή τους, καθώς φαίνεται να κυριαρχούν αισθήματα όπως αυτά της μοναξιάς, της θλίψης, της απογοήτευσης, μιας γενικής δυσφορίας, του ψυχολογικού στρες αλλά και του φόβου του επερχόμενου θανάτου (Lehto & Stein, 2009 · Slater, 2003). Όλα τα παραπάνω συνδυαζόμενα με την απώλεια του κοινωνικού ρόλου, την κοινωνική απομόνωση του ηλικιωμένου ατόμου ή την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, συμβάλλουν περαιτέρω στη διαιώνιση της κατάστασης του ατόμου, των αρνητικών συναισθημάτων και κατ' επέκταση της επιτάχυνσης της διαδικασίας της γήρανσης (Κουγιουμτζής, 2019 · Πλατή, 2006).

Όπως προαναφέρθηκε η γήρανση δεν συμβαίνει με τον ίδιο τρόπο ούτε με τον ίδιο ρυθμό σε όλους τους ανθρώπους, λόγω των πολυπαραγοντικών επιδράσεων που δέχεται ο κάθε άνθρωπος από τα περιβάλλοντα με τα οποία έρχεται σε επαφή και από τις συνθήκες που τον περιβάλλουν. Υπάρχουν, ωστόσο, κάποιοι παράγοντες που συμβάλλουν καθοριστικά στη διαμόρφωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων κι εφόσον υπάρχουν σε έναν ικανοποιητικό βαθμό, τότε τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή αυτή ομάδα τυγχάνουν καλύτερης ποιότητας ζωής. Αυτοί οι παράγοντες είναι: η μόρφωση, το εισόδημα, η σωματική και η ψυχική υγεία και λειτουργούν καθοριστικά υπέρ της καλής ποιότητας ζωής κατά την περίοδο της γήρανσης (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής κατά τη διαδικασία της γήρανσης, φαίνεται πως τα τελευταία χρόνια οι έρευνες εστιάζουν στην ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, μέσω της βελτίωσης των επιμέρους στοιχείων που την απαρτίζουν, όπως

είναι η υγεία των ηλικιωμένων (σωματική και ψυχική), η ανθεκτικότητά τους, η απαλλαγή από τα αρνητικά συναισθήματα, όπως αυτό της μοναξιάς και η ενίσχυση του ευ ζην γενικότερα (Jeste et al., 2013). Από τη σύνδεση της διαδικασίας της γήρανσης και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων προκύπτει η ενασχόληση με αυτό που ονομάζεται «ζωτική» ή «ενεργός» ή «παραγωγική γήρανση». Μέσω των εννοιών αυτών καταδεικνύεται η υγιής γήρανση, δηλαδή, μια περίοδος κατά την οποία οι ηλικιωμένοι όντας υγιείς και ενεργά μέλη της κοινωνίας μπορούν να συνεισφέρουν ουσιαστικά σε αυτή (Martin et al., 2014 · Walker & Maltby, 2012). Ένας άλλος όρος, ταυτόσημος με τους παραπάνω, είναι αυτός της «ευδόκιμης» ή «καλής γήρανσης», ο οποίος παραπέμπει σε μία πολύ καλή ποιότητα ζωής που χαρακτηρίζεται από μακροζωία και ευημερία (Wykle, Whitehouse & Morris, 2004), ενώ προτείνεται και ως μέρος της λύσης για το ζήτημα της γήρανσης του πληθυσμού (Morrow-Howell et al., όπως αναφέρεται στο Morrow-Howell & Mui, 2012).

Γενικά, η επιτυχής γήρανση εξαρτάται σημαντικά από την αποτελεσματική αντιμετώπιση των σημαντικών γεγονότων της ζωής που σχετίζονται με την ηλικία (Bar-Tur, 2021), ειδικότερα όμως, η επιτυχής γήρανση, η οποία συνεπάγεται και μία καλή ποιότητα ζωής, εξαρτάται άμεσα από τη σωματική και ψυχική υγεία (Ohrnberger, Fichera & Sutton, 2017), το κοινωνικό τους περιβάλλον (Siette et al., 2020), το περιβάλλον διαβίωσης (Putrik et al., 2015), την πνευματικότητά τους (Lima et al., 2020) αλλά και άλλους δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο κ.ά. (Siqueca et al., 2022). Γι' αυτόν τον λόγο, τα τελευταία χρόνια η έρευνα εστιάζει στην ενίσχυση της ευημερίας των ηλικιωμένων και των πτυχών που σχετίζονται με αυτή, τόσο εντός, όσο κι εκτός κλινικού πλαισίου (Bar-Tur, 2021).

1.5. Παρεμβάσεις σε ηλικιωμένους

Η εστίαση των ερευνών στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων της Τρίτης ηλικίας, αλλά και της γενικής τους ευημερίας εν γένει, καταδεικνύει τη σπουδαιότητα της θετικής σκέψης, των θετικών συναισθημάτων, των αισθημάτων της ικανοποίησης από τη ζωή και της ευτυχίας, γενικά, για τον ίδιο τον άνθρωπο (Depp & Jeste, 2006).

Από τα παραπάνω, η ευημερία αποτελεί το θεμέλιο της θετικής ψυχολογίας (Park, Peterson & Seligman, 2004). Ο Seligman ήταν εκείνος που μετατόπισε την εστίαση από τη μελέτη της ψυχικής ασθένειας και της παθολογίας στη μελέτη του τι είναι καλό και θετικό στη ζωή των ανθρώπων, οδηγώντας στην έμφαση που δίνεται έκτοτε στη θετική ψυχολογία και στις παρεμβάσεις που προκύπτουν μέσω αυτής (Rusk & Waters, 2015). Σύμφωνα με τον Seligman (2012), υπάρχουν πέντε στοιχεία που συμβάλλουν στην ευημερία του ανθρώπου και απαρτίζουν το μοντέλο PERMA, το οποίο προκύπτει από τα αρχικά των στοιχείων: Positive Emotion (Θετικό Συναίσθημα), Engagement (Δέσμευση), Positive Relationships (Θετικές Σχέσεις), Meaning (Νόημα της ζωής) και Accomplishment/Achievement (Επίτευξη). Πλέον, η έρευνα έχει δείξει πως η ευτυχία δεν προκύπτει μόνο μέσα από αυτά τα πέντε στοιχεία, γι' αυτό το λόγο βρίσκουμε τον όρο ως PERMA+, όπου με το συν (+) συμπεριλαμβάνονται και άλλες πτυχές, όπως η αισιοδοξία, ο ύπνος, η άσκηση και η διατροφή (Zhang et al., 2022 · Stranges et al., 2014 · Hyde, Maher, & Elavsky, 2013 · Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010).

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλος αριθμός παρεμβάσεων που έχουν ως βάση τη θετική ψυχολογία και στοχεύουν στη μείωση αρνητικών συναισθημάτων, την αντιμετώπιση αρνητικών καταστάσεων, την προαγωγή, αλλά και ενίσχυση των θετικών συναισθημάτων και της θετικής στάσης απέναντι στη ζωή (Seligman, Rashid & Parks, 2006). Η έρευνα έχει δείξει πως τέτοιου είδους παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν σε σημαντικό βαθμό τη συνολική ευημερία των ατόμων και να μειώσουν ακόμη και τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους, ιδίως σε άτομα Τρίτης Ηλικίας (Sin & Lyubomirsky, 2009 · Bolier et al., 2013).

Εκτός από τις παρεμβάσεις που βασίζονται στη θετική ψυχολογία, υπάρχουν κι εκείνες που εφαρμόζονται προκειμένου να βελτιώσουν τη σωματική υγεία των ηλικιωμένων, τη γνωστική τους λειτουργία και γενικότερα την ποιότητα της ζωής τους συνολικά. Έχει διαπιστωθεί ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της σωματικής υγείας συχνά περιλαμβάνουν ειδικά προγράμματα άσκησης, προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ηλικιωμένων με στόχο την ενίσχυση της δύναμης, της ισορροπίας και άλλων πτυχών της σωματικής υγείας (Angulo et al., 2020). Επίσης, υπάρχουν παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για την ενίσχυση της γνωστικής λειτουργίας των ηλικιωμένων, οι οποίες περιλαμβάνουν ασκήσεις μνήμης και γνωστικο-

συμπεριφορικές θεραπείες για την πρόληψη νευροεκφυλιστικών παθήσεων, όπως το Αλτσχάιμερ (Gates et al., 2011). Στην ενίσχυση της γνωστικής λειτουργίας έχει διαπιστωθεί, επίσης, πως συμβάλλει ο χορός, ο οποίος έχει πολλά οφέλη καθώς επιδρά θετικά σε άτομα με νευροεκφυλιστικές παθήσεις (Lazarou et al., 2017). Επιπλέον, ένα άλλο είδος παρεμβάσεων είναι οι διατροφικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο την εξασφάλιση των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών στους ηλικιωμένους, αλλά και την αντιμετώπιση διατροφικών ζητημάτων, συμβάλλοντας καθοριστικά στη βελτίωση ασθενειών και δυσλειτουργιών που προκύπτουν στα πλαίσια της διαδικασίας της γήρανσης (Roth, Ingram & Joseph, 2007). Τέλος, οι κοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν ομαδικές δραστηριότητες, προγράμματα δραστηριοποίησης στην κοινότητα και υποστήριξη στους ηλικιωμένους συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης και του αισθήματος της μοναξιάς των ηλικιωμένων (Cattan et al., 2005).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, καταδεικνύεται η σημασία σχεδιασμού και υλοποίησης στοχευμένων παρεμβάσεων για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, τόσο εκείνων που διαμένουν στην κοινότητα, όσο κι εκείνων που διαμένουν σε περιβάλλοντα ιδρυματοποίησης, όπως είναι οι οίκοι ευγηρίας, τα κέντρα περίθαλψης και φροντίδας κ.ά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου «συναίσθημα»

Υπάρχει μεγάλη δυσκολία ως προς την ακριβή εννοιολογική προσέγγιση του όρου «συναίσθημα», καθώς αφορά σε ιδιαίτερα πολύπλοκες και πολυδιάστατες ψυχολογικές και φυσιολογικές καταστάσεις που προκύπτουν τόσο ως απόκριση σε εσωτερικά ερεθίσματα, όσο και σε εξωτερικά, ενώ ταυτόχρονα βασίζονται στην υποκειμενική εμπειρία του κάθε ατόμου. Γι' αυτόν τον λόγο δεν υπάρχει ένας ενιαίος και κοινά αποδεκτός ορισμός στη βιβλιογραφία. Φαίνεται, ωστόσο, να υπάρχει ποικιλία ορισμών αλλά και πολλές διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις για την ερμηνεία του.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Gross (1998), τα συναισθήματα είναι αντιδράσεις σε διάφορα ερεθίσματα και μπορούν να διαφοροποιηθούν ως προς την ένταση, τη διάρκεια αλλά και τη σύνθεση και πολυπλοκότητά τους. Αυτό που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην προκειμένη περίπτωση είναι πως σύμφωνα με τον ίδιο, οι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα της επιλογής της ρύθμισης των συναισθημάτων τους ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν. Επίσης, ο ορισμός του «συναισθήματος» κατά APA, δείχνει πως πρόκειται για μια σύνθετη διαδικασία αντίδρασης ενός ατόμου απέναντι σε κάποιο σημαντικό ζήτημα ή γεγονός, η οποία χαρακτηρίζεται από φυσιολογική διέγερση, αλλαγές στις εκφράσεις του προσώπου ή τις χειρονομίες και τη στάση του σώματός του ατόμου. Το συναίσθημα καθορίζεται κάθε φορά από τη συγκεκριμένη σημασία του γεγονότος, όπως αυτό προκύψει από την υποκειμενική εμπειρία βίωσης του ατόμου ("Emotion", n.d.). Επομένως, όπως φαίνεται από τα παραπάνω, η φύση του συναισθήματος μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολυδιάσταση, ενώ η έμφαση φαίνεται να δίνεται στην αλληλεπίδραση των διεργασιών που αυτό συνεπάγεται. Όπως αναφέρει και η Fredrickson (2001), τα συναισθήματα αποτελούν αντιδράσεις που ακολουθούν ένα συγκεκριμένο ερέθισμα, το οποίο το άτομο το έχει βιώσει με τον δικό του υποκειμενικό τρόπο, αποδίδοντάς του ένα συγκεκριμένο νόημα, το οποίο οδηγεί εν τέλει στη βίωση του εν λόγω συναισθήματος. Πρόκειται για μια διαδικασία που γίνεται τόσο συνειδητά, όσο και ασυνείδητα στη βάση της υποκειμενικής εμπειρίας της βίωσης του ερεθίσματος, η οποία εκδηλώνεται με αλλαγές σε σωματικό επίπεδο, όπως οι αλλαγές στις εκφράσεις του προσώπου ή στη στάση του σώματος, μεταξύ άλλων.

Γενικά, «τα συναισθήματα ορίζονται και μελετώνται ως εσωτερικά φαινόμενα που μπορούν, όχι πάντα παρ' όλα αυτά, να αποτελέσουν αντικείμενο παρατήρησης, μέσω της έκφρασης και της συμπεριφοράς» (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2011, σ. 22).

Σύμφωνα με τον Plutchik (2001), για τον προσδιορισμό του «συναισθήματος», έχουν προταθεί πάνω από 90 ορισμοί εντός του 20^{ου} αιώνα, εκ των οποίων πολλοί έχουν αποδοθεί μέσα από τις διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν επιχειρήσει να ερμηνεύσουν τα συναισθήματα και την πηγή προέλευσής τους. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν οι Niedenthal et al. (2011), ο ορισμός των συναισθημάτων από πολλούς μελετητές έχει πραγματοποιηθεί στη βάση των οργανικών αντιδράσεων, ενώ άλλοι έχουν επιχειρήσει να ορίσουν τα συναισθήματα βάσει των σωματικών αντιδράσεων και συγκεκριμένα των αλλαγών στις εκφράσεις του προσώπου. Επιπροσθέτως, υπάρχουν και οι μελετητές που ορίζουν το συναίσθημα στη βάση των γνωστικών διεργασιών.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι οι θεωρίες που αφορούν τα συναισθήματα είναι πάρα πολλές και η καθεμιά από αυτές εξετάζει το «συναίσθημα» από διαφορετική οπτική. Σύμφωνα με την Barrett (2017) υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς τον εκάστοτε ορισμό του συναισθήματος, τον προσδιορισμό των ορίων σχετικά με το τι μετράει ως συναίσθημα και τι όχι, για το ποια συναισθήματα έχουν σημασία, για το πώς τα συναισθήματα διαφέρουν από παρεμφερείς έννοιες όπως η διάθεση, η επιβράβευση και το κίνητρο, αλλά και για το πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται τα διάφορα φαινόμενα, όπως οι εκφράσεις του προσώπου ή οι σωματικές αλλαγές. Γι' αυτό τον λόγο οι μελετητές έχουν προβεί σε διάφορες κατηγοριοποιήσεις. Έχει επιχειρηθεί, από τον Strongman, η κατάταξη όλων σχεδόν των θεωριών που αφορούν το συναίσθημα, σε κατηγορίες, όπως οι Πρώιμες θεωρίες, οι Φαινομενολογικές θεωρίες, οι Συμπεριφοριστικές Θεωρίες, οι Γνωστικές θεωρίες, οι Φυσιολογικές θεωρίες, οι Θεωρίες των συγκεκριμένων συναισθημάτων, οι Εξελικτικές θεωρίες, οι Κοινωνικές Θεωρίες, οι Κλινικές θεωρίες, αλλά και οι Συνυφασμένες-με-το-εργασιακό-πολιτιστικό-κλίμα Θεωρίες (Strongman, όπως αναφέρεται στο Παπαστυλιανού, 2018). Για την καλύτερη κατανόηση, ωστόσο, των θεωριών του συναισθήματος, θα προχωρήσουμε στην αναφορά τους στη βάση τριών ευρύτερων κατηγοριών, γνωστών στη βιβλιογραφία ως: Σωματικές ή Φυσιολογικές

θεωρίες, Γνωστικές θεωρίες και Εξελικτικές θεωρίες (Barrett, 2017 · Moors, 2009). Θα γίνει, επίσης, αναφορά στις Θεωρίες κοινωνικής κατασκευής του συναισθήματος για μία όσο το δυνατόν πολύπλευρη προσέγγιση του όρου «συναίσθημα» (Levenson, Soto & Pole, 2007).

2.2. Θεωρίες Συναισθημάτων

Όπως προαναφέρθηκε, οι θεωρίες που εξετάζουν το συναίσθημα είναι πολλές. Εδώ θα εξεταστούν υπό το πρίσμα τριών βασικών ομάδων, αυτών των Σωματικών, Γνωστικών και Εξελικτικών Θεωριών για το συναίσθημα, ενώ θα αναφερθούν και οι Θεωρίες Κοινωνικής Κατασκευής του συναισθήματος. Στόχος είναι να αποκτήσουμε με όσο πιο συνοπτικό τρόπο γίνεται, καλύτερη κατανόηση των βασικών θεωριών που σχετίζονται με το συναίσθημα.

2.2.1. Σωματικές Θεωρίες Συναισθήματος

Οι Σωματικές Θεωρίες του συναισθήματος καταδεικνύουν τον καθοριστικό ρόλο των αντιδράσεων του σώματος αναφορικά με τα συναισθήματα. Συγκεκριμένα, οι θεωρίες αυτές επικεντρώνονται στις σωματικές ή αλλιώς φυσιολογικές διεργασίες που αποτελούν τη βάση των συναισθημάτων, εστιάζοντας στις διαφορετικές σωματικές αποκρίσεις στην εκάστοτε συναισθηματική εμπειρία. Παραδείγματα των εν λόγω θεωριών αποτελούν οι θεωρίες των James-Lange, αλλά και των Cannon-Bard, εκ των οποίων οι πρώτοι, δηλαδή ο ψυχολόγος William James και ο φυσιολόγος Carl Lange, υποστηρίζαν πως τα συναισθήματα είναι απόρροια των φυσιολογικών αντιδράσεων σε διάφορα γεγονότα (James, 1948), ενώ οι δεύτεροι πως τόσο οι φυσιολογικές, όσο και οι συναισθηματικές αντιδράσεις συμβαίνουν ταυτόχρονα (Cannon, 1927).

Όσον αφορά τη θεωρία του συναισθήματος των James – Lange, αυτό που οδηγεί σε μία φυσιολογική αντίδραση είναι ένα εξωτερικό ερέθισμα και η συναισθηματική αντίδραση εξαρτάται από την ερμηνεία που θα δώσει κάθε άτομο σε αυτή τη σωματική – φυσιολογική αντίδραση (James, 1948). Από την άλλη πλευρά, η θεωρία των Cannon

– Bard έρχεται να αντικρούσει ως έναν βαθμό εκείνη των James – Lange. Συγκεκριμένα, ο Walter Cannon και ο φοιτητής του Philip Bard, διαφώνησαν με την τοποθέτηση των James – Lange, καθώς υποστήριζαν πως οι άνθρωποι μπορούν να βιώσουν φυσιολογικές αντιδράσεις, οι οποίες συνδέονται με συναισθήματα, χωρίς να αισθάνονται αυτά τα συναισθήματα οι ίδιοι (Cannon, 1927). Επίσης, σύμφωνα με τους ίδιους, τα συναισθήματα και οι συναισθηματικές αντιδράσεις εν γένει, εμφανίζονται ταχύτατα για να είναι απλώς αποτέλεσμα φυσικών καταστάσεων, κάτι που συνεπάγεται πως η εκδήλωση του συναισθήματος και η σωματική αντίδραση, δηλαδή τόσο η ψυχολογική όσο και η σωματική εμπειρία, συμβαίνουν ταυτοχρόνως, αλλά ανεξάρτητα και όχι ως αποτέλεσμα η μία της άλλης και το αντίστροφο (Stanojlović et al., 2021).

Κλείνοντας με αυτή την κατηγορία θεωριών μπορούμε να επισημάνουμε τη σημασία που έχουν αυτές για την κατανόηση του ζητήματος των συναισθημάτων μέσα από τη σκοπιά της φυσιολογικής βάσης των συναισθηματικών εμπειριών. Συγκεκριμένα, μέσα από αυτές, τονίζεται η σημασία των σωματικών αποκρίσεων στη διαμόρφωση των υποκειμενικών μας συναισθημάτων αλλά και συμπεριφορικών αντιδράσεων, το οποίο μπορεί να αποτελέσει αφορμή για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που αφορούν στη ρύθμιση των συναισθημάτων αλλά και την ψυχολογική ευεξία του ανθρώπου εν γένει.

2.2.2. Γνωστικές Θεωρίες Συναισθήματος

Συνεχίζοντας, περνάμε σε μία άλλη κατηγορία, αυτή των Γνωστικών Θεωριών. Σε αυτή την κατηγορία θεωριών η έμφαση δίνεται στο ρόλο της γνωστικής αξιολόγησης και ερμηνείας στη βίωση των συναισθημάτων. Οι εν λόγω θεωρίες προτείνουν πως τα συναισθήματα προκύπτουν από την αξιολόγηση της σημασίας μιας κατάστασης σε συνδυασμό με τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες του ατόμου που τα βιώνει (Nash, 1989). Οι Γνωστικές θεωρίες ή αλλιώς οι «θεωρίες γνωστικής αποτίμησης συνδέουν το συναίσθημα με τις τρέχουσες γνωστικές διεργασίες αξιολόγησης του νοήματος, των αιτιακών αποδόσεων και της αξιολόγησης των ικανοτήτων αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων» (Niedenthal et al., 2011, σ. 32). Παραδείγματα των Γνωστικών Θεωριών αποτελούν οι εξής θεωρίες: η θεωρία του Lazarus, γνωστή ως Θεωρία

Εκτίμησης ή Αξιολόγησης (Appraisal Theory of Emotion) (Lazarus, Kanner & Folkman, 1980) και η θεωρία των Schachter – Singer, γνωστή ως Διπαραγοντική Θεωρία του Συναισθήματος (Two Factor Theory) (Schachter & Singer, 1962).

Σύμφωνα με τους Schachter – Singer (1962), η φυσιολογική διέγερση είναι η πρώτη που εμφανίζεται στο άτομο λόγω κάποιου ερεθίσματος. Στη συνέχεια το άτομο καλείται να προσδιορίσει τον λόγο αυτής της διέγερσης, ώστε να τη βιώσει και να τη χαρακτηρίσει ως συναίσθημα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Επομένως, ένα ερέθισμα οδηγεί σε μία φυσιολογική απόκριση, η οποία μετέπειτα αφού πρώτα ερμηνευτεί γνωστικά οδηγεί σε ένα συναίσθημα, περιλαμβάνοντας εν τέλει τόσο τη φυσιολογική διέγερση, όσο και τη γνωστική αξιολόγηση. Συμπερασματικά, μπορούμε να σημειώσουμε πως η Διπαραγοντική θεωρία του συναισθήματος περιλαμβάνει στοιχεία από τις προαναφερθείσες Σωματικές θεωρίες των James – Lange και Cannon – Bard, με έμφαση, ωστόσο, στην κατάσταση που βιώνει το άτομο και τη γνωστική ερμηνεία που αποδίδεται από αυτό για να χαρακτηριστεί το εκάστοτε συναίσθημα που προκύπτει. Αν θέλαμε να το εξηγήσουμε με πιο απλό τρόπο θα λέγαμε πως η θεωρία αυτή προτείνει ότι οι σκέψεις μας είναι υπεύθυνες για τα συναισθήματά μας, καθώς αυτές τα προκαλούν. Όσον αφορά τη θεωρία του Lazarus (Lazarus et al., 1980), ο ίδιος τόνισε το ρόλο της γνωστικής αξιολόγησης στην εμπειρία των συναισθημάτων, υποστηρίζοντας πως ο εγκέφαλός μας αξιολογεί πρώτα μια κατάσταση και το συναίσθημα που προκύπτει έρχεται ως απάντηση σε αυτή την αξιολόγηση της κατάστασης. Επομένως, έχουμε πρώτα ένα ερέθισμα, το οποίο ακολουθείται από τη σκέψη, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ταυτόχρονη βίωση του συναισθήματος και της φυσιολογικής απόκρισης.

Συνολικά, μέσω των Γνωστικών Θεωριών, παρέχεται ένα πλαίσιο για την κατανόηση των γνωστικών διαδικασιών που σχετίζονται με το συναίσθημα. Έτσι, μας προσφέρεται η γνώση για το πώς οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις αλλά και οι διαφορετικές μας ερμηνείες διαμορφώνουν τα συναισθήματά μας και κατ' επέκταση κι εμάς τους ίδιους.

2.2.3. Εξελικτικές Θεωρίες Συναισθήματος

Προχωρώντας στις Εξελικτικές Θεωρίες Συναισθήματος, πρέπει να σημειώσουμε πως οι εν λόγω θεωρίες έχουν τη βάση τους στις αντιλήψεις του Καρόλου Δαρβίνου και υποστηρίζουν πως τα συναισθήματα λόγω της εξελικτικής και προσαρμοστικής τους φύσης επέτρεψαν στους ανθρώπους να επιβιώσουν και να εξελιχθούν (Darwin, όπως αναφέρεται στο Niedenthal et al., 2011). Μέσα από τις Εξελικτικές Θεωρίες υπογραμμίζεται ο ρόλος των βιολογικών παραγόντων, όπως η γενετική, η νευροβιολογία αλλά και οι εξελικτικές διαδικασίες (Al-Shawaf & Lewis, 2017).

Σε αυτή την κατηγορία των θεωριών ανήκει και η θεωρία του Plutchik για το συναίσθημα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Plutchik (1980), τα συναισθήματα χαρακτηρίζονται από καθολικότητα και εξέλιξη, αποτελώντας θεμέλια τόσο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, όσο και της προσαρμογής. Ο ίδιος πρότεινε την ύπαρξη οκτώ βασικών συναισθημάτων (χαρά, λύπη, θυμός, φόβος, αποδοχή, απέχθεια/αηδία, έκπληξη, προσμονή/αναμονή) που βιώνουν όλοι οι άνθρωποι, τα οποία απαρτίζουν και τον «τροχό των συναισθημάτων» (Wheel of Emotions), όπου κάθε συναίσθημα διαθέτει μία συγκεκριμένη προσαρμοστική λειτουργία που συμβάλλει στην επιβίωση και αναπαραγωγή του ατόμου. Αυτά τα συναισθήματα εάν συνδυαστούν μεταξύ τους οδηγούν στον σχηματισμό δευτερευόντων και τριτογενών συναισθημάτων, έχοντας ως αποτέλεσμα πιο περίπλοκες συναισθηματικές εμπειρίες (TenHouten, 2017). Επίσης, όπως αναφέρει η Niedenthal και οι συνεργάτες της (2011) «Ο Plutchik (1984) απεριθμεί οκτώ συμπεριφορές προσαρμογής – απόσυρση, επίθεση, ζευγάρωμα, κλήση για βοήθεια, δέσιμο ζεύγους, πρόκληση εμετού, έλεγχος και παύση κίνησης/πάγωμα» (Niedenthal, 2011, σ. 32), οι οποίες συνδέονται με τα προαναφερθέντα οκτώ συναισθήματα.

Σύμφωνα με τους Cosmides & Tooby (2000), τα συναισθήματα έχουν γενετική βάση και διαμορφώνονται από εξελικτικές διαδικασίες προκειμένου να εξυπηρετήσουν συγκεκριμένους σκοπούς που σχετίζονται άμεσα με ζητήματα προσαρμογής του ατόμου. Οι ίδιοι υποστηρίζουν, επίσης, ότι τα συναισθήματα είναι καθολικά σε όλους τους πολιτισμούς, καθώς αντανακλούν εξελιγμένες ψυχολογικές προσαρμογές που

έχουν περάσει μέσα από τη διαδικασία της φυσικής επιλογής καθ' όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης εξέλιξης.

Μέσα από τις Εξελικτικές Θεωρίες του συναισθήματος δίνεται ένα γενικό πλαίσιο που στόχο έχει την κατανόηση της φύσης και της σημασίας των συναισθημάτων για τον άνθρωπο. Μέσα από τις θεωρίες αυτές, δίνεται έμφαση στις προσαρμοστικές λειτουργίες, τη νευροβιολογική βάση του συναισθήματος αλλά και τις πολιτιστικές τους εκδηλώσεις, επιχειρώντας ενδεχομένως να δοθεί απάντηση στο ερώτημα του τι σημαίνει να είσαι άνθρωπος.

Τέλος, κλείνοντας το υποκεφάλαιο των θεωριών του συναισθήματος, μπορούμε να ισχυριστούμε πως όλες οι θεωρίες που αφορούν το συναίσθημα, τόσο αυτές στις οποίες αναφερθήκαμε, όσο και άλλες που υπάρχουν, βοηθούν στην κατανόηση από μέρους μας του ζητήματος των συναισθημάτων, προσφέροντας ταυτόχρονα γνώσεις-έστω βασικές- για τους μηχανισμούς, τη φύση αλλά και τη σημασία των συναισθημάτων στη ζωή μας.

2.3. Το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα

Όπως είδαμε παραπάνω, στη βιβλιογραφία φαίνεται να υπάρχουν ποικίλοι ορισμοί σχετικοί με το συναίσθημα. Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει μία γενική συναίνεση, σύμφωνα με την οποία αποτελούν ένα από τα πολλά συναισθηματικά φαινόμενα, δηλαδή, ένα υποσύνολο μίας πιο ευρείας κατηγορίας συναισθηματικών φαινομένων (Diener, 1999 . Ekman & Davidson, 1994, όπως αναφέρεται στο Fredrickson, 2001). Ως προς το θετικό και αρνητικό συναίσθημα υπάρχουν, επίσης, πολλές και διαφορετικές απόψεις και προσεγγίσεις.

Όπως αναφέρει ο Lawton (1983), τόσο τα θετικά, όσο και τα αρνητικά συναισθήματα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ευημερία των ατόμων. Συγκεκριμένα, τα θετικά συναισθήματα, όπως η ευτυχία και η ικανοποίηση, συμβάλλουν με θετικό τρόπο στην ευημερία του ατόμου, προάγοντάς την, ενώ τα αρνητικά συναισθήματα, όπως η λύπη ή το άγχος, συμβάλλουν στη μείωση αυτής της υποκειμενικά βιωμένης ευημερίας. Επίσης, σύμφωνα με τους Russell και Carroll (1999,

όπως αναφέρεται στο Russell & Barrett, 1999), η φύση του συναισθήματος είναι «διπολική» με αποτέλεσμα το θετικό και αρνητικό συναίσθημα να αποτελούν τα δύο άκρα ενός ενιαίου συνεχούς. Πρόκειται για δύο διαστάσεις, οι οποίες αν και βρίσκονται στο ίδιο συνεχές είναι ξεχωριστές. Στα θετικά συναισθήματα συγκαταλέγονται συναισθήματα ευχαρίστησης ή ενθουσιασμού, μεταξύ άλλων, ενώ στα αρνητικά, το συναίσθημα της στενοχώριας ή του άγχους.

Επιπροσθέτως, όπως αναφέρεται από την Fredrickson (1998), τα θετικά συναισθήματα μπορούν να οριστούν ως υποκειμενικές εμπειρίες που χαρακτηρίζονται από ευχαρίστηση. Τέτοια συναισθήματα μπορεί να είναι η χαρά, η ευτυχία, η ευγνωμοσύνη και η ικανοποίηση. Σύμφωνα με την ίδια (Fredrickson, 2001) και τη Θεωρία της Διεύρυνσης και Οικοδόμησης των Θετικών Συναισθημάτων, τα θετικά συναισθήματα διευρύνουν την προσοχή, τη γνώση και τις συμπεριφορές των ατόμων, επιδρώντας έτσι σε σωματικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο, προσφέροντας μακροχρόνια οφέλη, τόσο στην ψυχική (Tugade & Fredrickson, 2004), όσο και στη σωματική υγεία (Pressman, Jenkins & Moskowitz, 2019), αλλά και τη γενική ευημερία του ατόμου, μεταξύ άλλων (Lyubomirsky et al., 2005). Σύμφωνα με την ίδια και τους συνεργάτες της, αυτή η γενική ευημερία του ατόμου είναι απόρροια της βίωσης θετικών συναισθημάτων, όπως φαίνεται από την επιτυχία των ατόμων που βιώνουν θετικά συναισθήματα σε πολλούς και διαφορετικούς τομείς της ζωής τους (Lyubomirsky et al., 2005). Επομένως, τα θετικά συναισθήματα σύμφωνα με την Fredrickson, όπως είδαμε, ενισχύουν τις ικανότητες των ατόμων τόσο ως προς την επίλυση σημαντικών ζητημάτων, προβλημάτων ή διάφορων αντιξοοτήτων, όσο και ως προς τις διαπροσωπικές – κοινωνικές τους σχέσεις, οικοδομώντας ταυτόχρονα την ανθεκτικότητά τους και την ψυχολογική τους ευεξία (Fredrickson, 1998, 2001). Επίσης, όπως είδαμε στη μελέτη της Lyubomirsky και των συνεργατών της (2005), τα οφέλη των θετικών συναισθημάτων είναι πολλαπλά για την ευτυχία των ατόμων και τη διατήρησή της. Συγκεκριμένα, πρότειναν την εξάσκηση των ατόμων σε διάφορες πρακτικές, όπως είναι οι ασκήσεις ευγνωμοσύνης και η έκφραση καλοσύνης απέναντι στους άλλους, μεταξύ άλλων, που συμβάλλουν καθοριστικά στη μακροπρόθεσμη διατήρηση της ευτυχίας. Επίσης, φαίνεται να εστίασαν σε δύο επιμέρους παράγοντες

που καθορίζουν, σύμφωνα με την ίδια και τους συνεργάτες της, τα επίπεδα ευτυχίας των ατόμων, δηλαδή, τη γενετική τους προδιάθεση και το περιβάλλον.

Από τα παραπάνω μπορούμε να διακρίνουμε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στα θετικά συναισθήματα και την ευημερία του ανθρώπου. Ένας ακόμη που υποστήριξε πως τα θετικά συναισθήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ευημερία των ανθρώπων, καθώς αποτελούν ένα από τα βασικά συστατικά της, είναι ο Seligman (2012). Σύμφωνα με τον ίδιο, όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, υπάρχουν πέντε βασικά συστατικά στοιχεία που συνολικά απαρτίζουν το μοντέλο PERMA (P = Positive Emotion (Θετικό Συναισθήμα), E = Engagement (Δέσμευση), R = Positive Relationships (Θετικές Σχέσεις), M = Meaning (Νόημα της ζωής) και A = Accomplishment/Achievement (Επίτευξη). Πλέον, όπως ήδη επισημάναμε, το μοντέλο αυτό έχει διευρυνθεί και είναι γνωστό ως PERMA+. Όσον αφορά τα θετικά συναισθήματα, ο Seligman (2012), εισάγει την έννοια “broaden-and-built”, το οποίο μπορούμε να αποδώσουμε ως «διεύρυνση και οικοδόμηση», την οποία συνδέει άμεσα με τα θετικά συναισθήματα, υποστηρίζοντας πως αυτά διευρύνουν το σύνολο των σκέψεων – πράξεων των ατόμων, ενθαρρύνοντας την οικοδόμηση σταθερών προσωπικών και ψυχολογικών ικανοτήτων. Έτσι, τα άτομα που αισθάνονται και βιώνουν θετικά συναισθήματα θα χαρακτηρίζονται από γενική ευημερία, ψυχολογική ανθεκτικότητα, δημιουργικότητα, αλλά και καλές διαπροσωπικές σχέσεις, που θα έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της αίσθησης του νοήματος και του σκοπού στη ζωή τους.

Συνεχίζοντας, δεν γίνεται να μην γίνει αναφορά στον Watson και στους συνεργάτες του (1988), οι οποίοι συνέβαλαν με το έργο τους στην ανάδειξη της φύσης και της σημασίας των θετικών συναισθημάτων στη ζωή του ανθρώπου. Αν και ο πρωταρχικός τους στόχος ήταν η κατασκευή και δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου μέτρησης του συναισθήματος, κατέληξαν και οι ίδιοι, μέσα από το έργο τους, στη σπουδαιότητα των θετικών συναισθημάτων στις υποκειμενικά βιωμένες εμπειρίες, αλλά και στη γενική ευημερία των ατόμων, υποστηρίζοντας ότι τα θετικά συναισθήματα συμβάλλουν στην αίσθηση ευτυχίας των ατόμων και στην πληρότητα που βιώνουν στη ζωή τους. Οι διαστάσεις των συναισθημάτων, όπως διαμορφώθηκαν από το πλαίσιο που έδωσαν ο Watson και οι συνεργάτες του (1988), είναι δύο: το θετικό και το αρνητικό συναίσθημα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Κλίμακα Θετικής και

Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης (Positive And Negative Affect Schedule – PANAS), το θετικό συναίσθημα ορίζεται ως κατάσταση διάθεσης που χαρακτηρίζεται από θετικά συναισθήματα, όπως για παράδειγμα η χαρά, το ενδιαφέρον και ο ενθουσιασμός, ενώ το αρνητικό συναίσθημα ως μία κατάσταση διάθεσης που χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα, όπως αυτά του θυμού, του φόβου και της λύπης. Έτσι, με το εργαλείο που κατασκεύασαν, επεδίωξαν τη μέτρηση τόσο των θετικών, όσο και των αρνητικών συναισθημάτων για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση των συναισθηματικά βιωμένων εμπειριών των ατόμων και της ψυχολογικής τους λειτουργίας (Watson et al., 1988).

Από την άλλη πλευρά, αναφορικά με τα αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι αυτά της λύπης ή του φόβου, μεταξύ άλλων, εξυπηρετούν και αυτά την προσαρμογή του ατόμου στη ζωή, καθώς υποδεικνύουν διάφορες απειλές ή κινδύνους ενός περιβάλλοντος (Lazarus, 1991). Μέσω της υπόδειξης αυτής, τα άτομα ωθούνται στην ανάληψη δράσης από πλευράς τους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις που προκύπτουν, αλλά και σε διάφορες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Carver & Scheier, 2014). Επιπλέον, εκτός από τη διάσταση της προσαρμογής, τα αρνητικά συναισθήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία των ατόμων, καθώς ασκούν επιρροή στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τους άλλους, προσλαμβάνουν τα όσα προσπαθούν οι άλλοι να τους επικοινωνήσουν και εν τέλει, το πώς ανταποκρίνονται σε αυτούς (Keltner & Haidt, 1999). Όσον αφορά την επικοινωνία σε κοινωνικά πλαίσια και τις διαπροσωπικές σχέσεις οι Zaki και Williams (2013) υποστήριξαν πως η έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να εξυπηρετήσει πολλές ωφέλιμες λειτουργίες. Συγκεκριμένα, υποστήριξαν πως τα αρνητικά συναισθήματα μπορούν να δείξουν στους άλλους την ανάγκη των ατόμων για υποστήριξη και κατανόηση, πολλές φορές αποσπώντας την έκφραση ενσυναίσθησης ή των αισθημάτων συμπόνιας από τους άλλους, αλλά και να συμβάλλουν στην διεκδίκηση των προσωπικών τους ορίων ενισχύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τις υγιείς κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Ωστόσο, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, οι έντονα βιωμένες αρνητικές εμπειρίες, αλλά και η μακροχρόνια βίωσή τους, έχουν συνδεθεί άμεσα με δυσμενή αποτελέσματα για την υγεία, όπως είναι ο αυξημένος κίνδυνος για την εμφάνιση διαταραχών ψυχικής υγείας ή προβλημάτων που

αφορούν στη σωματική υγεία των ανθρώπων (Kiecolt-Glaser et al., 2002 · Cohen et al., 2007). Ειδικότερα, τα αρνητικά συναισθήματα, όπως το παρατεταμένο και συνεχές άγχος, μπορούν να επηρεάσουν την καλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ μπορούν να ασκήσουν αρνητική επιρροή στις γνωστικές διαδικασίες, όπως αυτές της μνήμης, της προσοχής και της λήψης αποφάσεων (Mathews & MacLeod, 2005). Επομένως, μπορούμε να ισχυριστούμε πως η κατανόηση της περίπλοκης φύσης των αρνητικών συναισθημάτων είναι απαραίτητη για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και ευεξίας των ανθρώπων.

Κλείνοντας με την υποενότητα των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, σε αυτό που μπορούμε να καταλήξουμε είναι το ότι τόσο τα θετικά, όσο και τα αρνητικά συναισθήματα συμβάλλουν ριζικά στη διαμόρφωση των υποκειμενικών εμπειριών των ατόμων, των συμπεριφορών τους, αλλά και της συνολικής τους ευημερίας. Από τη μία πλευρά, τα θετικά συναισθήματα, όπως η χαρά, η ευγνωμοσύνη και η ικανοποίηση, προάγουν, μεταξύ άλλων την ανθεκτικότητα, τη δημιουργικότητα και την κοινωνική επαφή και σύνδεση με τους άλλους, συνθέτοντας έτσι το πλαίσιο της ευτυχίας των ανθρώπων. Από την άλλη, τα αρνητικά συναισθήματα, συμπεριλαμβανομένων των συναισθημάτων του φόβου, του θυμού ή της λύπης, αν και έχουν αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων όταν επιμένουν, έχουν και οφέλη, όπως η συμβολή τους στην επιβολή ορίων, τη διευκόλυνση της επικοινωνίας ή την επίλυση προβλημάτων, παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για τις ανάγκες, τα κίνητρα, αλλά και τις προκλήσεις των ατόμων σε διάφορα περιβάλλοντα. Η αναγνώρισή τους, αλλά και η αποδοχή της πολύπλοκης φύσης τόσο των μεν, όσο και των δε, είναι απαραίτητα εφόδια για την προώθηση της ολόπλευρης ευημερίας των ατόμων και της καλής λειτουργικότητάς τους σε διάφορους τομείς της ζωής. Επομένως, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε πως η ύπαρξη μιας ισορροπίας μεταξύ των συναισθημάτων, θετικών και αρνητικών, συμβάλλει στη συνολική υγεία και ευτυχία των ατόμων.

2.3.1. Εργαλεία μέτρησης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων

Όπως για τα περισσότερα φαινόμενα μελέτης, έτσι κι εδώ, υπάρχουν συγκεκριμένα εργαλεία τα οποία επιχειρούν να μετρήσουν τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα. Πρόκειται για εργαλεία που έχουν συμβάλει καθοριστικά στην

ψυχολογική έρευνα και κλινική πρακτική, παρέχοντας μία όσο το δυνατόν πληρέστερη εικόνα του υπό εξέταση φαινομένου.

Το πιο γνωστό εργαλείο μέτρησης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων είναι το PANAS – Positive and Negative Affect Schedule, του Watson και των συνεργατών του (1988), γνωστό στα ελληνικά ως Κλίμακα Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης. Πρόκειται για εργαλείο αυτοαξιολόγησης της θετικής και αρνητικής κατάστασης του ατόμου, το οποίο αποτελείται από δύο επιμέρους κλίμακες: την κλίμακα του θετικού συναισθήματος και την κλίμακα του αρνητικού συναισθήματος (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2012). Ένα άλλο εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων είναι η κλίμακα SPANE – Scale of Positive and Negative Emotions, η οποία μετράει 12 γενικά συναισθήματα (6 θετικά και 6 αρνητικά) με έμφαση στη διάρκεια των συναισθημάτων αυτών (Diener et al., 2009). Διαφοροποιείται από την προηγούμενη, καθώς η κλίμακα PANAS δεν μετράει γενικά συναισθήματα, αλλά συγκεκριμένα, χωρίς να εστιάζει στη διάρκεια, αλλά στο πόσο έντονα βιώνει τα συναισθήματα αυτά το άτομο (Watson et al., 1988). Τέλος, ένα ακόμη εργαλείο μέτρησης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων είναι η κλίμακα Differential Emotions Scale [– Modified] (mDES) που δημιουργήθηκε από την Fredrickson και τους συνεργάτες της (2003) πάνω στη βάση της προϋπάρχουσας κλίμακας Differential Emotions Scale (DES) του Izard (1977, όπως αναφέρεται στο Fredrickson et al., 2003). Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει σταθμιστεί στα ελληνικά από τον Γαλανάκη και τους συνεργάτες του (Galanakis et al., 2016).

Όλα αυτά τα εργαλεία, στο σύνολό τους, διαδραματίζουν μείζονα ρόλο στην έρευνα με απώτερο σκοπό αφενός την κατανόηση του ανθρώπινου συναισθήματος και την προώθηση της συναισθηματικής ευεξίας, αφετέρου την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των σχετικών ψυχολογικών παρεμβάσεων. Στην παρούσα έρευνα θα γίνει χρήση του εργαλείου του Watson και των συνεργατών του (1988), προκειμένου να εξυπηρετήσουμε τους σκοπούς της.

2.4. Συναισθήματα και Τρίτη Ηλικία

Συνεχίζοντας στην επόμενη υποενότητα, θα γίνει μια προσπάθεια μελέτης υπό το πρίσμα των συναισθημάτων συνδυασμένων με την Τρίτη Ηλικία. Γενικά, όπως είδαμε, η κατανόηση της φύσης και της πολυπλοκότητας των συναισθημάτων, είναι εξαιρετικής σημασίας για τον άνθρωπο και την ολόπλευρη ευημερία του. Στην Τρίτη Ηλικία, η κατανόηση της δυναμικής των συναισθημάτων κρίνεται ολοένα και πιο απαραίτητη για την αντιμετώπιση των μοναδικών συναισθηματικών αναγκών των ατόμων αυτής της ηλικιακής ομάδας και την ενίσχυση, αλλά και προαγωγή της ευημερίας τους.

Καθώς τα άτομα γερνούν, έρχονται αντιμέτωπα με πολλές και διαφορετικές συναισθηματικές εμπειρίες που επηρεάζονται από διάφορους επιμέρους παράγοντες, όπως η υγεία, οι κοινωνικές – διαπροσωπικές σχέσεις και οι μεταβάσεις της ζωής. (Carstensen, 2006). Το γήρας μπορεί να επιφέρει τόσο θετικές, όσο και αρνητικές αλλαγές στη συναισθηματική λειτουργία των ατόμων και γι' αυτόν τον λόγο είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε αφενός την ανθεκτικότητα, αφετέρου τις στρατηγικές προσαρμογής που χρησιμοποιούν τα άτομα Τρίτης ηλικίας κατά τη βίωση των διάφορων συναισθηματικών διακυμάνσεων (Charles & Carstensen, 2010).

Όσον αφορά τη βίωση των θετικών συναισθημάτων, όσο τα άτομα γερνούν, συχνά αναπτύσσουν μια ισχυρή αίσθηση ευγνωμοσύνης για τις εμπειρίες της ζωής τους, τις σχέσεις τους με τους άλλους, αλλά και τα επιτεύγματά τους, με αποτέλεσμα να διακατέχονται από συναισθήματα πληρότητας και ικανοποίησης (Emmons & McCullough, 2003). Επίσης, πολλοί ηλικιωμένοι βιώνουν έντονα το συναίσθημα της γαλήνης, εστιάζοντας στις απλές χαρές της ζωής, βρίσκοντας παρηγοριά σε διάφορες στιγμές ηρεμίας και αναστοχασμού (Carstensen et al., 2011). Σύμφωνα με τους Hill και Turiano (2014) φαίνεται ότι η αίσθηση του νοήματος και της κατεύθυνσης στη ζωή που έχουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συμβάλλουν στην προώθηση της μακροζωίας και της συνολικής ευημερίας. Επιπλέον, πηγές θετικών συναισθημάτων για τους ηλικιωμένους αποτελούν τα συναισθήματα της στοργής και της αγάπης, τα οποία μέσω των αλληλεπιδράσεών τους με το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, καλλιεργούν περαιτέρω το αίσθημα της επαφής και του ανήκειν (Umberson & Montez,

2010). Έτσι, καταδεικνύεται η σημασία των οικογενειακών και φιλικών σχέσεων για την προαγωγή της συναισθηματικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων. Επιπροσθέτως, η ενασχόληση με ουσιώδεις δραστηριότητες, αλλά και η ύπαρξη ενδιαφερόντων, προσφέρουν μια αίσθηση πληρότητας και σκοπού σε πολλά άτομα Τρίτης Ηλικίας, ενισχύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη γενική τους ευημερία (Ryff & Keyes, 1995). Σε αυτό φαίνεται να εστιάζουν και έρευνες των τελευταίων χρόνων, σύμφωνα με τις οποίες, η ενσωμάτωση προσεγγίσεων θετικής ψυχολογίας, μέσα από διάφορες παρεμβάσεις, ενδεχομένως να συμβάλλει στην προώθηση της ψυχολογικής ευεξίας και ανθεκτικότητας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Proyer et al., 2014).

Εκτός όμως από την ύπαρξη των θετικών συναισθημάτων, το γήρας φέρνει μαζί του και αρκετές προκλήσεις που μπορεί να προκαλέσουν αρνητικά συναισθήματα στους ηλικιωμένους. Πολλά άτομα της Τρίτης Ηλικίας βιώνουν έντονα συναισθήματα μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης, ιδίως, αν έχουν βιώσει την απώλεια αγαπημένων προσώπων ή αντιμετωπίζουν περιορισμούς ως προς την κινητικότητα ή την κοινωνική συμμετοχή (Victor et al., 2005). Με την έννοια κοινωνική συμμετοχή, αναφερόμαστε στην ενεργό συμμετοχή του ατόμου σε διάφορα κοινωνικά πλαίσια και όπως φαίνεται, η έλλειψη αυτής της συμμετοχής αλλά και των ουσιαστικών κοινωνικών συνδέσεων έχουν ως αποτέλεσμα αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των ηλικιωμένων (Hawkey & Cacioppo, 2010). Επιπλέον, τόσο η απώλεια των αγαπημένων προσώπων, όπως των μελών της οικογένειας ή των φίλων, όσο και η απώλεια της ανεξαρτησίας, μπορούν να δημιουργήσουν συναισθήματα πένθους και θλίψης στους ηλικιωμένους, σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες αλλαγές που συνεπάγεται η διαδικασία της γήρανσης ή οι μεταβάσεις που σχετίζονται με αυτή (Stroebe, Schüt & Stroebe, 2007). Ένα άλλο ζήτημα που χαρακτηρίζει την Τρίτη Ηλικία, κατά το οποίο κυριαρχούν επίμονα συναισθήματα θλίψης, απελπισίας (ή αβοηθησίας) και απάθειας, είναι η κατάθλιψη (Blazer, 2003). Σύμφωνα με τον ίδιο πρόκειται «για την πιο συχνή αιτία συναισθηματικού πόνου στη μετέπειτα ζωή και μειώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων» (Blazer, 2003, σ. 249). Ζητήματα υγείας, οικονομικές ανησυχίες και η αβεβαιότητα για το μέλλον μπορούν, επίσης, να οδηγήσουν σε συναισθήματα άγχους και ανησυχίας στα άτομα Τρίτης

Ηλικίας επηρεάζοντας τη γενική τους ευημερία (Pinquart & Sörensen, 2001). Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τις αντιλήψεις των ηλικιωμένων για τη διαδικασία της γήρανσης, δημιουργώντας έντονα αισθήματα ανησυχίας και επηρεάζοντας την ψυχολογική τους ευεξία, είναι το άγχος του θανάτου (DePaola et al., 2003). Τέλος, αναλογιζόμενοι τις εμπειρίες της ζωής τους, σε ένα πλαίσιο απολογισμού, οι ηλικιωμένοι μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι με αισθήματα μετάνοιας ή απογοήτευσης για ανεκπλήρωτους στόχους ή όνειρα, χαμένες ευκαιρίες ή λάθη του παρελθόντος (Fry & Debats, 2006). Όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό την ευημερία και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, υπογραμμίζοντας ταυτόχρονα τη σημασία της αντιμετώπισης των συναισθηματικών αναγκών των ατόμων Τρίτης Ηλικίας, αλλά και την παροχή ανάλογης υποστήριξής τους.

Όσον αφορά κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων σε σχέση με το Θετικό και Αρνητικό Συναίσθημα, έχει φανεί σε ορισμένες έρευνες, όπως αυτή των Isaacowitz και Smith (2003), πως οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων σε σχέση με τους άντρες, ενώ σε άλλες, όπως αυτή των Charles, Reynolds και Gatz (2001), ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στο θετικό και αρνητικό συναίσθημα και το φύλο. Επίσης, σύμφωνα με τους ίδιους, η ηλικία φαίνεται να επιδρά στη συναισθηματική κατάσταση, καθώς παρουσιάστηκε σταδιακή πτωτική πορεία τόσο στο θετικό, όσο και στο αρνητικό συναίσθημα σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω (Charles et al., 2001). Ως προς την ηλικία, σύμφωνα με τον Pinquart (2001), τα άτομα Τρίτης Ηλικίας αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα Θετικού Συναίσθηματος και υψηλότερα Αρνητικού σε σχέση με τους ηλικιωμένους που είναι μικρότεροι σε ηλικία. Σχετικά με την υγεία, έχει διαπιστωθεί, επίσης, πως η καλύτερη κατάσταση υγείας συνδέεται με το θετικό συναίσθημα (Pressman & Cohen, 2005). Γενικά, δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που να εστιάζουν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ιδίως αναφορικά με τον πληθυσμό των ατόμων Τρίτης Ηλικίας, σε σχέση με το Θετικό και Αρνητικό Συναίσθημα και γι' αυτό τα στοιχεία που έχουμε είναι συγκεκριμένα και λίγα σε αριθμό.

Εν κατακλείδι, το ζήτημα των συναισθημάτων κατά την Τρίτη Ηλικία είναι πολύπλευρο και περιλαμβάνει τόσο τα θετικά, όσο και τα αρνητικά συναισθήματα.

Επειδή οι ηλικιωμένοι βιώνουν θετικά και αρνητικά συναισθήματα, είναι σημαντική η αναγνώριση, αλλά και η κατανόησή τους, προκειμένου να ενθαρρυνθούν τα θετικά και να αντιμετωπιστούν τα αρνητικά μέσα από υποστηρικτικές και με συγκεκριμένη στοχοθεσία παρεμβάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΛΠΙΔΑ

Συνεχίζοντας στο τρίτο αυτό κεφάλαιο, θα εστιάσουμε στην έννοια της «ελπίδας». Αρχικά, θα επιχειρήσουμε την εννοιολογική προσέγγιση του όρου «ελπίδα» από διαφορετικές οπτικές και διαστάσεις, ενώ στη συνέχεια θα δούμε σχετικές με την «ελπίδα» διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις. Επίσης, θα αναφερθούμε σε παράγοντες που επηρεάζουν την ελπίδα, ενώ θα δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της «ελπίδας» σε σχέση με την Τρίτη Ηλικία. Τέλος, θα πραγματοποιηθεί μια σύντομη αναφορά στα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της «ελπίδας». Στόχος του κεφαλαίου είναι να γίνει όσο το δυνατόν πιο κατανοητή η έννοια της «ελπίδας» και η σημασία της στη συνολική ευημερία των ατόμων.

3.1. Εννοιολογική προσέγγιση του όρου «ελπίδα»

Η έννοια της «ελπίδας» έχει μελετηθεί διαχρονικά από διάφορους επιστημονικούς κλάδους. Ωστόσο, όπως αναφέρουν οι Pleeging, Van Exel και Burger (2021, σ. 1684) «μέχρι τον εικοστό αιώνα, η ελπίδα θεωρούνταν συνήθως απλώς ως «δευτερεύον» μέρος ενός ευρύτερου φιλοσοφικού ή ακαδημαϊκού έργου.» Αργότερα, οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν είχαν πιο δομημένη μορφή και εστίαζαν στην έννοια αυτή συγκεκριμένα (Bloeser & Stahl, 2017, όπως αναφέρεται στο Pleeging et al., 2021).

Για την έννοια της «ελπίδας» έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί (Siril et al., 2020). Ήδη από την αρχαιότητα, όπως φαίνεται σε έργα του Αριστοτέλη, η «ελπίδα» ήταν έννοια συνδεδεμένη με την ευχαρίστηση, την εμπιστοσύνη, το θάρρος, την αγάπη και την κινητοποίηση, αποτελώντας βάση για τον άνθρωπο και την διαδικασία επίτευξης των στόχων του και συγκεκριμένα, βάση για την κατάκτηση της «ευδαιμονίας». Από την άλλη πλευρά, σε έργα του Πλάτωνα, φαίνεται πως η «ελπίδα» παρουσιάζεται ως ένα παράλογο συναίσθημα, ικανό να παραπλανήσει και να οδηγήσει μακριά από την αλήθεια και την αρετή, καθώς αντικατόπτριζε ευσεβείς πόθους και τυφλή αισιοδοξία (Gravlee, 2020). Σύμφωνα με τους Lu και Cui (2016), στα αρχαία χρόνια, η έννοια της ελπίδας ήταν αρνητικά φορτισμένη έννοια, καθώς θεωρούνταν πως πρόκειται για κάτι το οποίο ήταν κενό, χωρίς κάποια αξία, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιείται

υποτιμητικά. Προχωρώντας, στη Βίβλο η ελπίδα ήταν θετικά φορτισμένη έννοια, καθώς ταυτιζόταν με έννοιες όπως η εμπιστοσύνη, η πίστη και η υπόσχεση. Αργότερα, κατά τον Μεσαίωνα, η «ελπίδα» αναγνωρίζεται ως σημαντική αρετή και όχι απλώς ως ένα φευγαλέο συναίσθημα, καθώς οι άνθρωποι επεδίωκαν να την αποκτήσουν. Κατά τον Μεσαίωνα, η «ελπίδα» ήταν συνυφασμένη με την κατάκτηση της πλήρους ευτυχίας, εμπεριέχοντας και άλλες θεολογικές αρετές, καθοδηγώντας με αυτόν τον τρόπο τις στάσεις και τις ενέργειες των ανθρώπων προς το μέλλον (Pinsent, 2020). Συνεχίζοντας, στις αρχές του 20ου αιώνα, ο Freud πρότεινε την έννοια της «ελπίδας» στα πλαίσια του πεδίου της ιατρικής, καθώς θεωρούσε καθοριστικό τον ρόλο της κατά τη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενούς, ενώ αργότερα, στα μέσα του αιώνα ο Γερμανός φιλόσοφος Bloch, ενέταξε την «ελπίδα» στις βασικές έννοιες της φιλοσοφίας και προσδιόρισε την έννοια με όρους ανθρωπολογίας και οντολογίας (Lu & Cui, 2016). Επίσημα, όμως, η έννοια της «ελπίδας» ξεκίνησε να μελετάται επιστημονικά από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, όπου σύμφωνα με τους μελετητές η «ελπίδα» συνδεόταν άμεσα με τις θετικές προσδοκίες που είχε το άτομο, οι οποίες αφορούσαν στην επίτευξη ενός στόχου (Snyder, 2000). Έχουν αποδοθεί διαφορετικοί ορισμοί, γενικά, για την έννοια της «ελπίδας», συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας δημιουργίας μονοπατιών και χρήσης αυτών για την επίτευξη στόχων, αλλά και της θετικής ψυχοκοινωνικής δύναμης (Siril et al., 2020). Όπως αναφέρεται, σχετικά με την έννοια της «ελπίδας», έχουν εντοπιστεί «τουλάχιστον 26 θεωρίες ή ορισμοί» (Lopez et al., 2003, σ. 91) συμπεριλαμβανομένων και αρκετών εργαλείων μέτρησης της έννοιας αυτής. Από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα κι έπειτα, όπου δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη μελέτη της έννοιας της «ελπίδας», οι ερευνητές εστίασαν, μεταξύ άλλων, σε γνωστικά, συναισθηματικά, και συμπεριφορικά στοιχεία της έννοιας (Pleeging et al., 2021).

Έναν πιο ολοκληρωμένο ορισμό της έννοιας της «ελπίδας» έδωσαν ο Snyder και οι συνεργάτες του, οι οποίοι όρισαν την ελπίδα «ως ένα γνωστικό σύνολο που περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις ενός ατόμου ως προς την ικανότητά του να παράγει λειτουργικές διαδρομές προς στόχους (μονοπάτια – pathways) και ως προς την ικανότητά του να ξεκινήσει και διατηρήσει την κίνηση προς τους στόχους αυτούς (δύναμη θέλησης – agency)» (Roberts et al., 2002, σ. 666). Σύμφωνα με τον Snyder (2002), πρόκειται για μία κατάσταση κατά την οποία το άτομο παρακινείται θετικά

στηριζόμενο στην πεποίθηση της πιθανότητας επίτευξης θετικών αποτελεσμάτων παρά τις αντιξοότητες ή τις προκλήσεις που μπορεί να συναντήσει κατά τη διαδικασία επίτευξης των στόχων που έχει θέσει. Η έννοια της «ελπίδας» περιλαμβάνει αφενός γνωστικά στοιχεία, όπως τις γνωστικές διαδικασίες καθορισμού και σχεδιασμού μονοπατιών ή στρατηγικών (pathways) για την επίτευξη στόχων, αφετέρου την κινητοποίηση (agency), για την έναρξη και τη διατήρηση των προσπαθειών προς την επίτευξη των στόχων αυτών (Snyder, 1994). Επίσης, η «ελπίδα» περιλαμβάνει τόσο το αίσθημα της προσμονής της μελλοντικής αυτής επιτυχίας που θα επέλθει με την επίτευξη των στόχων, όσο και την αποφασιστικότητα, αλλά και την επιμονή που χρειάζεται, προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια που θα προκύψουν στην πορεία (Lopez et al., 2000). Γενικά, η «ελπίδα» κατά τον Snyder είναι ατομική εμπειρία, παρόλο που άλλοι μπορούν να αποτελέσουν πηγή ελπίδας για κάποιον, ενώ τα συναισθήματα αποτελούν ένα δευτερεύον μέρος της γνωστικής διαδικασίας της εμπειρίας και όχι κεντρικό σημείο αναφοράς (Snyder, όπως αναφέρεται στο Pleeging et al., 2021). Τέλος, έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες σχετικές με την έννοια της «ελπίδας», με την πιο γνωστή ανάμεσα σε αυτές να είναι αυτή του Snyder, την οποία θα δούμε αναλυτικότερα παρακάτω.

3.2. Θεωρίες για την ελπίδα

Η ελπίδα, όπως διαπιστώσαμε, είναι μία πολύπλοκη ψυχολογική κατασκευή που έχει απασχολήσει διαχρονικά την επιστημονική κοινότητα. Ανά τα χρόνια, έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες για την εννοιολόγησή της, δίνοντας μας έτσι μια ολοκληρωμένη εικόνα για τη φύση και τις λειτουργίες της, αλλά και τον αντίκτυπό της στην ευημερία του ανθρώπου. Σύμφωνα με τον Lopez και τους συνεργάτες του (2003), οι περισσότερες θεωρίες που αφορούν την έννοια της «ελπίδας» μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο κατηγορίες: τις θεωρίες που βασίζονται στο συναίσθημα και στις γνωστικής φύσεως θεωρίες. Παρακάτω θα δούμε συνοπτικά ορισμένα παραδείγματα θεωριών σχετικών με την έννοια της ελπίδας.

Μία από τις πιο γνωστές θεωρίες για την έννοια της ελπίδας είναι αυτή του Snyder, γνωστή ως Snyder's Hope Theory, η οποία έχει ασκήσει και τη μεγαλύτερη επιρροή

στην επιστημονική κοινότητα. Σύμφωνα με την θεωρία του Snyder, όπως είδαμε, η ελπίδα ορίζεται ως ένα κατασκευάσμα γνωστικής φύσεως, το οποίο έχει συγκεκριμένες συνέπειες συναισθηματικής φύσεως και περιλαμβάνει δύο βασικά συστατικά: την σκέψη που αφορά τις στρατηγικές ή τις διαδρομές/μονοπάτια (pathways/pathways thinking) και την σκέψη που αφορά την κινητοποίηση του ατόμου ή αλλιώς τη δύναμη της θέλησής του (agency/agency thinking). Από τα δύο στοιχεία, το πρώτο αναφέρεται στην ικανότητα δημιουργίας διαδρομών-στρατηγικών για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων, ενώ το δεύτερο αναφέρεται αφενός στην κινητοποίηση του ατόμου, δηλαδή την ύπαρξη και διατήρηση κινήτρου, και αφετέρου στην ικανότητά του να αξιοποιεί τις στρατηγικές ως προς την επίτευξη των στόχων του (Snyder et al., 1991 · Snyder, Rand & Sigmon, 2002). Σύμφωνα με τον Snyder τα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα ελπίδας, καταφέρνουν να θέτουν ξεκάθαρους στόχους, να επινοούν ποικίλες στρατηγικές για την επίτευξή τους και να διατηρούν το κίνητρό τους και την ελπιδοφόρα αυτή προσέγγιση καθ' όλη τη διάρκεια μέχρι την επίτευξη των στόχων παρά τα εμπόδια που ενδεχομένως προκύψουν (Snyder, 1996, 1991). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, μπορούμε να πούμε πως η σκέψη που αφορά τη δημιουργία των στρατηγικών αναδεικνύει ικανότητες όπως η ευελιξία, δημιουργικότητα, αλλά και επίλυση προβλημάτων των ατόμων κατά τη διάρκεια επιδίωξης των στρατηγικών τους για την επίτευξη των στόχων που έχουν θέσει. Επίσης, αναφορικά με τα άτομα που διαθέτουν έντονο το αίσθημα της ελπίδας, μπορούμε να πούμε ότι τα ισχυρά κίνητρα τα οποία διαθέτουν, τους δίνουν την απαιτούμενη ενέργεια προκειμένου να διατηρήσουν τις προσπάθειές τους με την πάροδο του χρόνου έως και την επίτευξη του στόχου που έχουν θέσει.

Η θεωρία του Snyder βασίστηκε στη συμπεριφορά του ανθρώπου και στο πώς αυτή η συμπεριφορά μεταβάλλεται καθώς καθορίζεται από τους στόχους που θέτει το ίδιο το άτομο. Οι στόχοι αποτελούν, επίσης, σημαντική παράμετρο στη θεωρία του Snyder καθώς συμβάλλουν στην ολόπλευρη κατανόηση της έννοιας της ελπίδας. Οι στόχοι μπορεί να διαφέρουν ως προς το χρονικό εύρος, το περιεχόμενο και το επίπεδο δυσκολίας. Συγκεκριμένα, όσον αφορά το εύρος, οι στόχοι μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι ή μακροπρόθεσμοι, από τους οποίους οι πρώτοι είναι πιο γρήγορα επιτεύξιμοι σε σχέση με τους δεύτερους, που απαιτούν συνεχή προσπάθεια για

μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ως προς το περιεχόμενο, οι στόχοι μπορεί να είναι είτε συγκεκριμένοι, είτε γενικοί. Οι συγκεκριμένοι έχουν πιο σαφή και ξεκάθαρα αποτελέσματα έναντι των γενικών που είναι πιο ευρείς και λιγότερο καθορισμένοι. Τέλος, ως προς το επίπεδο δυσκολίας, οι στόχοι μπορεί να είναι εύκολα επιτεύξιμοι και να απαιτούν ελάχιστη προσπάθεια, αλλά από την άλλη, μπορεί να είναι πιο δύσκολοι και να περιλαμβάνουν διάφορα εμπόδια ή προκλήσεις, απαιτώντας μεγαλύτερη προσπάθεια και επιμονή για την επίτευξή τους (Snyder, 2002). Τέλος, σύμφωνα με τον Snyder, οι στόχοι πρέπει να έχουν προσωπικό νόημα και αξία για κάθε άτομο, καθώς έτσι τα άτομα θα επενδύσουν στους στόχους με περισσότερη αφοσίωση και μεγαλύτερη προσπάθεια, προκειμένου να τους επιτύχουν. Αυτή η προσωπική επένδυση στους στόχους ενισχύει τόσο τη δημιουργία στρατηγικών, όσο και την κινητοποίηση των ατόμων (Snyder, 2002, Snyder, Irving & Anderson, 1991).

Μία άλλη θεωρία για την έννοια της «ελπίδας» είναι αυτή του Scioli και των συνεργατών του, γνωστή ως Scioli's Comprehensive Hope Theory (Scioli & Biller, 2009). Σύμφωνα με τους ίδιους, πρόκειται για μια προσέγγιση που περιλαμβάνει βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις και υποστηρίζει πως η «ελπίδα» αποτελείται από τέσσερα βασικά συστατικά: την προσκόλληση (attachment), την μαεστρία ή αλλιώς επιδεξιότητα (mastery), την επιβίωση (survival) και την πνευματικότητα (spirituality). Καθένα από αυτά τα συστατικά αντικατοπτρίζει μια διαφορετική πλευρά της ανθρώπινης λειτουργίας και ανθεκτικότητας.

Ειδικότερα, η προσκόλληση αφορά την εμπιστοσύνη και τις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων και συγκεκριμένα, την ικανότητα δημιουργίας σχέσεων που διέπονται από ασφάλεια, αξιοπιστία και εμπιστοσύνη. Η ελπίδα εντοπίζεται στην ικανότητα δημιουργίας τέτοιου είδους σχέσεων αναδεικνύοντας έτσι τη σημασία των κοινωνικών σχέσεων και των συστημάτων υποστήριξης στη ζωή των ανθρώπων. Συνεχίζοντας στο δεύτερο συστατικό, η μαεστρία σχετίζεται άμεσα με την επίτευξη των στόχων και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Η ελπίδα, εδώ, αντισταθμίζει την πίστη του ατόμου στις ικανότητές του να θέτει και να επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει, αλλά και να ξεπερνά τα εμπόδια και τις προκλήσεις που προκύπτουν. Πρόκειται για ένα συστατικό που περιλαμβάνει όλες τις ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου, αλλά και την αυτοπεποίθηση που έχει το άτομο για να τις χρησιμοποιήσει

αποτελεσματικά, ενισχύοντας τα κίνητρα και την αίσθηση του σκοπού του. Το τρίτο συστατικό, αυτό της επιβίωσης, περιλαμβάνει την αντιμετώπιση και της αντοχής. Αυτή η διάσταση της ελπίδας συνδέεται άμεσα με την ανθεκτικότητα και την ικανότητα του ατόμου να αντέχει τις κακουχίες – δυσκολίες που προκύπτουν στη ζωή του. Περιλαμβάνει, επίσης, την ικανότητα διαχείρισης του άγχους, την ικανότητα προσαρμογής στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις και συνθήκες, καθώς και την επίδειξη επιμονής σε αντιξοότητες. Η διάσταση της επιβίωσης δίνει έμφαση τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχολογική αντοχή. Τέλος, η πνευματικότητα προσδίδει μια αίσθηση νοήματος και σκοπού πέρα από τον ίδιο τον εαυτό. Το συστατικό αυτό αποτελεί την υπερβατική πτυχή της ελπίδας, κατά την οποία το άτομο αντλεί την αίσθηση σκοπού από κάτι μεγαλύτερο από τον εαυτό τους, είτε πρόκειται για κάποια θρησκευτική ή φιλοσοφική πεποίθηση, είτε για κάποια αίσθηση αποστολής στη ζωή. Έχει διαπιστωθεί πως η πνευματικότητα παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση της θέσης κάποιου στον κόσμο και τη σημασία της ζωής και των πράξεών του (Scioli et al., 2011 · Scioli & Biller, 2009).

Προχωρώντας, περνάμε σε μία άλλη θεωρητική προσέγγιση που αφορά την ελπίδα, αυτή της Herth. Η Herth ανέπτυξε ένα μοντέλο για την ελπίδα βασισμένο σε ειδικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, εστιάζοντας σε βιωματικές και προσαρμοσμένες στη διαδικασία πτυχές της ελπίδας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ίδια, η ελπίδα περιγράφεται ως η προσδοκία που έχει το άτομο για ένα καλύτερο αύριο για τον ίδιο του τον εαυτό ή και για άλλους (Herth, 1993). Μέσα από τα εργαλεία που ανέπτυξε η Herth για την αξιολόγηση της «ελπίδας», προσδιόρισε τρεις βασικές διαστάσεις της ελπίδας που σχετίζονται με την εφήμερη διάσταση του χρόνου και το μέλλον, τις θετικές προσδοκίες και την ετοιμότητα/προετοιμασία, αλλά και τη διασύνδεση (Gronier et al., 2023), υπογραμμίζοντας τη σημασία της ελπίδας για την αντιμετώπιση της ασθένειας για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών (Herth, 1991 · 1992).

Τέλος, θα κλείσουμε το υποκεφάλαιο με μία υπαρξιακή προσέγγιση για την ελπίδα. Αναλυτικότερα, ο φιλόσοφος Marcel προσδιορίζει την ελπίδα ως μια ενεργή και δυναμική διαδικασία που εδράζει στην ανθρώπινη φύση και κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από δεκτικότητα και ανοιχτή στάση απέναντι στο μέλλον και

εμπιστοσύνη στο άγνωστο. Επίσης, σύμφωνα με τον ίδιο, η ελπίδα περιλαμβάνει ενεργή ενασχόληση με τις αβεβαιότητες της ζωής και τις προκλήσεις που θα υπάρξουν και δεν αποτελεί μια παθητική κατάσταση, καθώς γεννιέται μέσα από την ανθρώπινη εμπειρία (Stratton-Lake, 2018).

Όλες οι θεωρίες που σχετίζονται με την έννοια της ελπίδας, όσες αναφέρθηκαν και όσες δεν αναφέρθηκαν εδώ, στο σύνολό τους, υπογραμμίζουν την πολύπλευρη φύση της ελπίδας και τον καθοριστικό της ρόλο στην ανθρώπινη ευημερία. Προχωρώντας, θα περάσουμε και στους παράγοντες που επιδρούν στην ελπίδα, ώστε να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα επί του θέματος.

3.3. Παράγοντες που επιδρούν στην ελπίδα

Όπως είδαμε παραπάνω, η έννοια της ελπίδας διακρίνεται από μεγάλη πολυπλοκότητα. Οι παράγοντες που επιδρούν σε αυτή, αντίστοιχα, όπως προκύπτει μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και έρευνα, είναι αρκετοί και μπορούν να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό τα επίπεδα ελπίδας ενός ατόμου.

Ξεκινώντας, θα αναφερθούμε στους δημογραφικούς παράγοντες και την επίδραση που ασκούν στην ελπίδα. Αρχικά, η ελπίδα μπορεί να διαφέρει σημαντικά σε διαφορετικά ηλικιακά στάδια της ζωής, καθώς φαίνεται πως τα νεότερα σε ηλικία άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ελπίδας, διότι τείνουν να εκδηλώνουν μεγαλύτερη αισιοδοξία για το μέλλον, αλλά και περισσότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και την επίτευξη των στόχων τους (Schrank et al., 2010 · Snyder, 2002). Όσο, όμως, οι άνθρωποι γερνούν, τα επίπεδα της ελπίδας τους μπορεί να επηρεαστούν από διάφορους παράγοντες, ιδίως όταν πρόκειται για άτομα Τρίτης ηλικίας, τα οποία μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή την απώλεια αγαπημένων τους προσώπων (Carstensen, 1992 · Herth, 1993). Όσον αφορά το φύλο, δεν φαίνεται να διαφοροποιεί τα επίπεδα ελπίδας (Creamer et al., 2009 · Snyder et al., 1991), σε αντίθεση με την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων, η οποία φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα ελπίδας. Ειδικότερα, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας των Bailey και Snyder (2007), οι έγγαμοι ή όσοι ζούσαν ως παντρεμένοι ή όσοι δεν είχαν παντρευτεί ποτέ είχαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας από εκείνους που ήταν διαζευγμένοι, χήροι ή σε διάσταση. Το ίδιο φαίνεται να υποστηρίζεται και από άλλες έρευνες (Moraitou et

al., 2006). Τέλος, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζει τη ζωή των ανθρώπων καθοριστικά από την παιδική κιόλας ηλικία (Hackman et al., 2010), καθώς φαίνεται πως οι προκλήσεις που αυτή συνεπάγεται να μην συμβάλλουν στην ανάπτυξη και διατήρηση του αισθήματος της ελπίδας και της ψυχολογικής ευημερίας γενικά (Lei et al., 2019 · Snyder, 2002 · Yang et al., 2020). Επίσης, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται άμεσα με την υγεία και την ευημερία των ατόμων, καθώς με υψηλότερα επίπεδα ελπίδας (Zorn, 1997). Συγκεκριμένα, όσοι χαρακτηρίζονται από υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχουν καλύτερη υγεία και ευημερία, καθώς έχουν άμεση και καλύτερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αντιθέτως, τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα μπορεί να βιώσουν χρόνια στρες, ψυχολογικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, και γενικά περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, λειτουργώντας επιβαρυντικά για το άτομο και το αίσθημα της ελπίδας που το χαρακτηρίζει (Adler et al., 1994). Όπως έχει διαπιστωθεί, τα άτομα που έχουν έντονο το αίσθημα της ελπίδας, χαρακτηρίζονται από καλύτερη υγεία (Krause & Shaw, 2000).

Άλλοι παράγοντες που ασκούν επίδραση στην ελπίδα είναι αφενός η ικανότητα του ατόμου να θέτει στόχους και να τους επιτυγχάνει, αφετέρου η αυτο-αποτελεσματικότητά του. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον Snyder (2002), τα άτομα που θέτουν σαφείς και ρεαλιστικούς στόχους, τους οποίους επιτυγχάνουν, έχουν ενισχυμένα κίνητρα και αίσθηση σκοπού, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται από υψηλότερα επίπεδα ελπίδας. Επίσης, όσον αφορά την αυτο-αποτελεσματικότητα, ο Bandura (1977) υποστήριξε πως τα άτομα που διακρίνονται από υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα, χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη αισιοδοξία και ανθεκτικότητα, συμβάλλοντας έτσι στη διατήρηση του αισθήματος της ελπίδας ακόμη και σε δύσκολες καταστάσεις και προκλήσεις της ζωής. Ιδίως ως προς αυτές, τα άτομα με υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα καταφέρνουν και ενισχύουν ακόμη περισσότερο το αίσθημα της ελπίδας προκειμένου να τις αντιμετωπίσουν (Quan et al., 2016). Επιπροσθέτως, παράγοντες όπως η αισιοδοξία και η αυτοεκτίμηση σχετίζονται με την ανάπτυξη του συναισθήματος της ελπίδας, όπως έχει υποστηριχθεί σε σχετικές έρευνες (Vacek, Coyle & Vera, 2010 · Yarcheski & Mahon, 2014).

Τέλος, η κοινωνική παράμετρος είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση και ενίσχυση της ελπίδας, καθώς τα άτομα που λαμβάνουν υποστήριξη από οικογένεια, φίλους, ιατρικό προσωπικό και μέλη της κοινότητας είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας (Mattioli, Repinski & Chappy, 2008 · Scioli et al., 2015). Γενικά, η υποστήριξη που παρέχεται από τα κοινωνικά δίκτυα λειτουργεί ευεργετικά για το άτομο και τη θετική ψυχολογία (Cohen & Wills, 1985, όπως αναφέρεται στο Xiang et al., 2020). Στο πλαίσιο, επίσης, της κοινωνικής δικτύωσης, οι συνθήκες διαβίωσης φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των επιπέδων ελπίδας (Wang et al., 2023). Υπάρχει διαφοροποίηση στα επίπεδα ελπίδας σε σχέση με το εάν τα άτομα διαμένουν μόνα τους, με σύντροφο, με παιδιά ή εγγόνια, σε οίκους παροχής φροντίδας ή με άλλους, με τα άτομα που διαμένουν μόνα τους ή σε περιβάλλοντα στα οποία στερούνται κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή φροντίδας να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας (Gupta & Singh, 2020). Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση έχουν αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης ελπίδας (Cacioppo et al., 2006). Επίσης, έχει διαπιστωθεί πως η ιδρυματοποίηση επηρεάζει αρνητικά τη συνολική ποιότητα ζωής των ατόμων, το οποίο ενδεχομένως να οφείλεται στην έλλειψη ανεξαρτησίας, την μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση αλλά και το αίσθημα εγκλεισμού (De Medeiros et al., 2020).

Κλείνοντας με τους παράγοντες που επιδρούν στην ελπίδα, δεν γίνεται να μην αναφερθούμε στους παράγοντες του πολιτισμού και της θρησκείας. Μέσα από τη βιβλιογραφία έχει υπογραμμιστεί η σημασία της ελπίδας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή μέσα από διάφορα πολιτισμικά πλαίσια και διαφορετικές ομάδες, και αυτό γιατί οι πεποιθήσεις και οι αξίες ενός πολιτισμού διαδραματίζουν μείζονα ρόλο στη διαμόρφωση της ελπίδας, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει καθοριστικά τη συνολική ευημερία του ατόμου (Edwards & McClintock, 2017 . Edwards & McConnell, 2023). Επιπλέον, όσον αφορά τη θρησκεία, έχει υποστηριχθεί πως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις επηρεάζουν με άμεσο τρόπο τη διαμόρφωση της ελπίδας (Farran & MacCann, 1989). Γενικά, έχει διαπιστωθεί πως η θρησκευτικότητα ενός ατόμου συμβάλλει στη διαμόρφωση του αισθήματος σκοπού στη ζωή (Spilka et al., 2003) και στη διατήρηση της ελπίδας, μεταξύ άλλων, στις αντιξοότητες και τις προκλήσεις της

ζωής και ειδικότερα σε αυτές που συνεπάγονται τα γηρατειά (Malone & Dadswell, 2018).

3.4. Ελπίδα και Τρίτη Ηλικία

Όπως είδαμε παραπάνω, η ελπίδα είναι καθοριστικός παράγοντας τόσο για τη διατήρηση, όσο και για την ενίσχυση της ευημερίας του ανθρώπου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Κατά την Τρίτη Ηλικία η ανάγκη αυτή, για προαγωγή της συνολικής ευημερίας, γίνεται πιο έντονη λόγω των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν συχνά τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας σε πολλούς τομείς της ζωής τους (Κουγιουμτζής, 2019). Σύμφωνα με τους Wroblecki και Snyder (2005), η ελπίδα διαδραματίζει μείζονα ρόλο στη διαδικασία της γήρανσης εξαιτίας των βιολογικών και διαπροσωπικών απωλειών που την χαρακτηρίζουν. Παρακάτω παρατίθενται κάποιες έρευνες που σχετίζονται με την ελπίδα, την Τρίτη Ηλικία και άλλους παράγοντες επίδρασης στην ελπίδα των ηλικιωμένων ατόμων.

Η ηλικία, όπως είδαμε, είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στην ελπίδα. Σύμφωνα με έρευνες, έχει διαπιστωθεί πως τα επίπεδα της ελπίδας ήταν υψηλότερα και παρουσίαζαν μεγαλύτερη σταθερότητα στις ηλικιακές ομάδες ενηλίκων από 30 έως 45 ετών σε σύγκριση με τους ενηλίκους μεγαλύτερης ηλικίας από 65 ετών και άνω (Marques & Gallagher, 2017 . Bailery & Snyder, 2007). Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Marques και Gallagher (2017), τα δεδομένα ελήφθησαν από 1453 συμμετέχοντες από την Πορτογαλία, οι οποίοι διαχωρίστηκαν σε πέντε ηλικιακές ομάδες: 15-17, 18-29, 30-45, 46-64 και 65-80 ετών, όπου διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα ελπίδας στην ομάδα των αναδυόμενων ενηλίκων ηλικίας 18-29 ετών, καθώς και στην ομάδα των ατόμων της πρώιμης-μέσης ενηλικίωσης ηλικίας 30-45 ετών. Τα επίπεδα ελπίδας παρουσίασαν μια σταθερότητα μέχρι την ηλικία των 64 ετών, ενώ από τα 65 και άνω η ελπίδα ήταν χαμηλότερη συγκριτικά με όλες τις ηλικιακές ομάδες. Αντίστοιχα, σε προγενέστερη έρευνα των Bailey και Snyder (2007), τα ευρήματα ήταν παρόμοια, καθώς σε ένα δείγμα 215 ατόμων, τα άτομα ηλικίας 54-65 ετών παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες.

Σε μια άλλη διαχρονική έρευνα της Long και των συνεργατών της (2020) χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από τη βάση δεδομένων “Health and Retirement Study – HRS” για 12.998 άτομα ηλικίας από 50 ετών κι άνω στις Η.Π.Α, οι αναλύσεις των οποίων έδειξαν πως τα υψηλότερα επίπεδα ελπίδας συνδέθηκαν με καλύτερη σωματική υγεία και ψυχολογική ευεξία, κρίνοντας απαραίτητη την ενίσχυσή της στον γηριατρικό πληθυσμό. Αντιστοίχως, σε έρευνα με δείγμα 711 ατόμων ηλικίας 55 ετών και άνω, τα αποτελέσματα έδειξαν πως συμμετέχοντες με υψηλά επίπεδα ελπίδας ανέφεραν, μεταξύ άλλων, καλύτερη υγεία (Khan et al., 2023).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, σε έρευνα των Shin, Kim και Choi (2021) με δείγμα 144 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, στην Κορέα, φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι που είχαν σύντροφο ή ήταν παντρεμένοι είχαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας σε σύγκριση με όσους ήταν άγαμοι ή διαζευγμένοι. Επίσης, μεγαλύτερο αίσθημα ελπίδας είχαν όσοι από τους ηλικιωμένους διέμεναν μαζί με ζευγάρι ή τα παιδιά τους σε σχέση με όσους διέμεναν μόνοι τους. Τέλος, διαπιστώθηκε, επίσης, υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ελπίδα και τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες, τόσο υψηλότερο ήταν το αίσθημα της ελπίδας που τους χαρακτήριζε.

Επιπλέον, όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης, σε μία έρευνα των Pessoa et al. (2014), στην οποία συμμετείχαν 130 ηλικιωμένοι ηλικίας 65 έως 94 ετών, οι οποίοι διέμεναν τόσο στην κοινότητα, όσο και σε ιδρύματα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι της κοινότητας θεωρούσαν τους εαυτούς τους πιο δραστήριους και παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας και θετικών συναισθημάτων σε σχέση με εκείνους που ζούσαν σε συνθήκες ιδρυματοποίησης, όπως σε οίκους ευγηρίας και ημερήσια κέντρα φροντίδας και υποστήριξης.

Όσον αφορά τον πολιτισμικό παράγοντα, έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες σε διάφορα πολιτιστικά περιβάλλοντα, όπως διαπιστώνεται και από την ανασκόπηση της Edwards και McConnell (2023). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις ίδιες η ελπίδα έχει μελετηθεί σε σχέση με πολλές πτυχές της πολιτισμικής ταυτότητας, με το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών να εστιάζει σε παιδιά, εφήβους και νέους ενήλικες (Edwards & McConnell, 2023). Γενικά, είναι ελάχιστες οι έρευνες που αφορούν την Τρίτη Ηλικία, την ελπίδα και τον πολιτισμικό παράγοντα. Σύμφωνα με την Galluci (2019), η οποία

πραγματοποίησε μια συγχρονική μελέτη στην οποία έλαβαν μέρος 8 γυναίκες που βρίσκονταν στα τέλη των 60 ετών και προέρχονταν από δύο διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα: Το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιταλία, όπου δεν διαπιστώθηκε κάποια σημαντική επίδραση της πολιτισμικής ποικιλομορφίας στην τρέχουσα μελέτη. Αυτό φυσικά μπορεί να οφείλεται στο εξαιρετικά μικρό δείγμα, την ύπαρξη μόνο ενός φύλου (του γυναικείου) και στην σχετική ομοιότητα ενδεχομένως των δύο χωρών του δείγματος. Γενικώς, όμως, έχει διαπιστωθεί πως οι πολιτιστικές ή πολιτισμικές πεποιθήσεις τείνουν να διαμορφώνουν τις κοινωνικές αξίες και τους κανόνες που αφορούν στη διαδικασία της γήρανσης, καθώς και τον ρόλο των ηλικιωμένων. Φυσικά, αυτές οι πεποιθήσεις δεν παραμένουν σταθερές, αλλά συμβαδίζουν με τις αλλαγές που συμβαίνουν στην κοινωνία σαν σύνολο Όσο, δηλαδή, αλλάζει η κοινωνία, αλλάζουν και αυτές (Chonody & Teater, 2018). Επιπροσθέτως, αναφορικά με τη θρησκευτικότητα, σε έρευνα του Krause (2003) κατά την οποία πραγματοποιήθηκαν 1.500 συνεντεύξεις σε ένα σύνολο 1.500 ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών (748 Λευκών/Καυκάσιων Αμερικανών και 752 Αφροαμερικανών), διαπιστώθηκε άμεση σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας και αίσθησης σκοπού ζωής, αλλά και υψηλής ικανοποίησης από τη ζωή, αυτό-εκτίμησης και αισιοδοξίας, συμπεριλαμβανομένων του αισθήματος της ελπίδας. Σε προγενέστερη έρευνα με ενήλικους που πάσχουν από ανίατες ασθένειες, φάνηκε πως τα άτομα Τρίτης Ηλικίας που ασχολούνταν με θρησκευτικές πρακτικές και είχαν ισχυρές πνευματικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις, ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας και εντονότερη αίσθηση σκοπού, καθώς η θρησκευτική πίστη τους παρείχε παρηγοριά και μια ελπιδοφόρα προοπτική για το μέλλον, παρά την πρόγνωση τους (Herth, 1990).

Τέλος, όσον αφορά τους παράγοντες όπως είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα και η αισιοδοξία σε σχέση με την ελπίδα στον γηριατρικό πληθυσμό, οι έρευνες έχουν δείξει πως τα παραπάνω έχουν άμεση σχέση με την ελπίδα στα άτομα Τρίτης Ηλικίας. Συγκεκριμένα, σε έρευνα της Moraitou και των συνεργατών της (2006), σε ηλικιωμένους 60-93 ετών, διαπιστώθηκε πως η ελπίδα σχετίζεται άμεσα με την αυτό-αποτελεσματικότητα των ηλικιωμένων. Επίσης, σε έρευνα των Kwon, Benoit και Windsor (2024), σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω, διαπιστώθηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα κατείχε διαμεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στην κοινωνική

υποστήριξη και την ελπίδα σε περιθωριοποιημένους ενήλικες άνω των 50 ετών, καθώς φάνηκε να αυξάνει τα επίπεδα ελπίδας και να συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων. Κλείνοντας, στην έρευνα της Long και των συνεργατών της (2020), με δείγμα με περισσότερους από 10 χιλιάδες ηλικιωμένους από 50 ετών και άνω, διαπιστώθηκε ότι μεγαλύτερα επίπεδα ελπίδας, σχετίζονταν, μεταξύ άλλων, με την ψυχολογική ευημερία, συμπεριλαμβανομένης της αισιοδοξίας και του θετικού συναισθήματος, αποτελώντας βασικό παράγοντα για τη βελτίωση της υγείας – ψυχολογικής και σωματικής – των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας.

3.5. Εργαλεία για τη μέτρηση της ελπίδας

Η μέτρηση της ελπίδας αποτελεί μια σημαντική πτυχή της έρευνας στην ψυχολογία, καθώς αξιοποιείται στα πλαίσια ερευνών για την κατανόηση του αντικτύπου της στην ευημερία όλων των ηλικιακών ομάδων του γενικού πληθυσμού. Για να καταστεί αυτή η μέτρηση εφικτή, έχουν δημιουργηθεί πολλά εργαλεία από ερευνητές, με διαφορετική προσέγγιση το καθένα. Παρακάτω θα δούμε, όσο γίνεται πιο συνοπτικά, ορισμένα παραδείγματα εργαλείων μέτρησης της ελπίδας.

Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση της Redlich-Amirav και των συνεργατών της (2018), τα δύο πιο διαδεδομένα και ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ελπίδας είναι τα εξής: Snyder Hope Scale και Herth Hope Index. Συγκεκριμένα, το πρώτο εργαλείο, η κλίμακα για τη μέτρηση της ελπίδας του Snyder, γνωστή και ως Adult Hope Scale – AHS, είναι ένα εργαλείο βασισμένο στη θεωρία του Snyder για την ελπίδα, αποτελώντας ένα από τα πιο γνωστά εργαλεία το οποίο μετρά την ελπίδα μέσα από δύο διαστάσεις: “agency” και “pathways”, δηλαδή τη «δράση» - κινητοποίηση του του ατόμου για την επίτευξη των στόχων και τους «δρόμους/μονοπάτια», δηλαδή τους δρόμους ή αλλιώς τις στρατηγικές που θα επιλέξει για την επίτευξή τους. Η κλίμακα αποτελείται από 12 προτάσεις – δηλώσεις, τις οποίες το άτομο καλείται να χαρακτηρίσει σωστές ή λανθασμένες σε μία οκτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert, που βαθμολογείται από το «Απόλυτα Λάθος» έως το «Απόλυτα Σωστό». Από το σύνολο των προτάσεων, οι τέσσερις αντιστοιχούν στη μία διάσταση, οι άλλες τέσσερις στην άλλη και οι τέσσερις που περισσεύουν λειτουργούν συμπληρωματικά

χωρίς να βαθμολογούνται (Snyder, 1991). Η συγκεκριμένη κλίμακα επιλέχθηκε και στα πλαίσια της παρούσας έρευνας και θα αναλυθεί περαιτέρω στο δεύτερο μέρος της εργασίας.

Το δεύτερο σε χρήση και δημοτικότητα εργαλείο είναι το Herth Hope Index – HHI, το οποίο αποτελεί μια πιο σύντομη έκδοση του Herth Hope Scale. Κατασκευάστηκε από την Herth (1992) για μέτρηση της ελπίδας και χρήση σε κλινικά περιβάλλοντα. Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 12 στοιχεία-δηλώσεις και περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις της ελπίδας: α) προσωρινότητα και μέλλον (temporality and future), β) θετική ετοιμότητα και προσδοκία (positive readiness and expectancy) και γ) διασύνδεση (interconnectedness). Στις 12 δηλώσεις οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο συμφωνούν ή όχι με αυτές, σε μια τετράβαθμη κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το «Διαφωνώ Απόλυτα» έως το «Συμφωνώ Απόλυτα». Επίσης, το αρχικό εργαλείο της Herth, πάνω στο οποίο βασίστηκε η πιο σύντομη έκδοση, είναι το Herth Hope Scale – HHS. Πρόκειται για ένα εργαλείο που μετράει τις ίδιες διαστάσεις με την σύντομη έκδοση, ίδια κλίμακα Likert, με την διαφορά ότι το συγκεκριμένο αποτελείται από 30 στοιχεία-δηλώσεις και όχι από 12, ενισχύοντας έτσι περαιτέρω την εμπάθυνση στο υπό διερεύνηση ζήτημα (Herth, 1991).

Προχωρώντας, ένα άλλο εργαλείο είναι αυτό της Judith Miller και της Marjorie Powers, γνωστό ως Miller Hope Scale – MHS. Πρόκειται για ένα εργαλείο το οποίο αξιολογεί την ελπίδα ως πολυδιάστατη κατασκευή και αποτελείται από 40 δηλώσεις-προτάσεις, στις οποίες καλείται το υποκείμενο να υποδείξει τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με αυτές, μέσα από μια εξάβαθμη κλίμακα Likert, από το «Διαφωνώ Απόλυτα» έως το «Συμφωνώ Απόλυτα» (Miller & Powers, 1988). Το εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί τόσο στον γενικό – υγιή – πληθυσμό, όσο και σε κλινικά περιβάλλοντα (Holdcraft & Williamson, 1991).

Τέλος, άλλο ένα εργαλείο στο οποίο θα αναφερθούμε είναι η Κλίμακα της Ελπίδας από τη Nowotny, που είναι γνωστή ως Nowotny Hope Scale – NHS. Πρόκειται για κλίμακα μέτρησης της ελπίδας σε κλινικά περιβάλλοντα, αξιολογώντας έξι συστατικά στοιχεία της ελπίδας: εμπιστοσύνη στο αποτέλεσμα (confidence in the outcome), σχέσεις με άλλους (relationships with others), πίστη στην πιθανότητα του μέλλοντος (belief in the possibility of a future), πνευματικές πεποιθήσεις (spiritual beliefs), ενεργή

συμμετοχή (active involvement) και εσωτερική ετοιμότητα (inner readiness). Το εργαλείο αποτελείται από 29 δηλώσεις-προτάσεις, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα από το «Συμφωνώ Απόλυτα» στο «Διαφωνώ Απόλυτα» (Nowotny, 1989). Έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως σε κλινικά περιβάλλοντα με τα υποκείμενα να είναι ασθενείς σε δομές ιατρικής περίθαλψης (Nowotny, 1989 · Rustøen & Moum, 1997).

Κλείνοντας, θα πρέπει να σημειωθεί πως υπάρχουν και άλλα εργαλεία για τη μέτρηση της ελπίδας, όπως τα Multidimensional Hope Scale (Raleigh & Boehm, 1994), Integrative Hope Scale (Schrack et al., 2010), μεταξύ άλλων, τα οποία, ιδίως όσον αφορά τα ευρέως χρησιμοποιούμενα, παρουσιάζουν καλές έως πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, δηλαδή αναφορικά με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Η κατανόηση και η σωστή χρήση των εργαλείων αυτών βοηθάει στην αξιολόγηση της ελπίδας των ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων, αναλόγως το πλαίσιο εφαρμογής τους, καθώς και στον μετέπειτα σχεδιασμό παρεμβάσεων με στόχο την ενίσχυση της ελπίδας σε ευάλωτα και ευπαθή άτομα, όπως τα άτομα Τρίτης Ηλικίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΦΟΒΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Στο παρόν κεφάλαιο θα επικεντρωθούμε στην έννοια του «φόβου του θανάτου». Αρχικά, θα επιχειρήσουμε να την κατανοήσουμε μέσω της εννοιολογικής αποσαφήνισής της, ενώ στη συνέχεια θα τη μελετήσουμε στη βάση των διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων, οι οποίες επιχειρήσαν να διαλευκάνουν την πολυπλοκότητά της. Στη συνέχεια, θα εστιάσουμε στους παράγοντες που επιδρούν στο φόβο του θανάτου, επιμένοντας λίγο περισσότερο σε αυτόν της ηλικίας. Τέλος, το κεφάλαιο της παρούσας έρευνας θα ολοκληρωθεί με την παρουσίαση μιας σειράς εργαλείων που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση του φόβου του θανάτου από διάφορους ερευνητές, προκειμένου να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των διαστάσεων που απαρτίζουν την υπό μελέτη έννοιά μας.

4.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της έννοιας «φόβος του θανάτου»

Προτού ξεκινήσουμε θα πρέπει να σημειωθεί πως δεν υπάρχει ένας ενιαίος και κοινά αποδεκτός ορισμός για τον ορισμό της έννοιας αυτής, καθώς πρόκειται για πολυδιάστατο και πολυσύνθετο φαινόμενο (Cicirelli, 2002). Το άγχος θανάτου (Death Anxiety) ή αλλιώς, όπως είναι γνωστό, ο φόβος του θανάτου (Fear of Death) και θανατοφοβία (Thanatophobia) αναφέρεται στην προσμονή αλλά και την επίγνωση, πρώτον, του να πεθαίνεις, δεύτερον, του ίδιου του θανάτου και τρίτον, της ανυπαρξίας, ενώ περιλαμβάνει γνωστικά, συναισθηματικά και παρακινητικά στοιχεία που διαφέρουν, αναλόγως το στάδιο ανάπτυξης, αλλά και τις κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές του κάθε ανθρώπου (Barrett, 2013). Όσον αφορά τον ίδιο τον όρο «φόβος του θανάτου» (fear of death) ή «άγχος θανάτου» (death anxiety), παλαιότερα υπήρχε η τάση διάκρισης των όρων μεταξύ τους, ωστόσο, πλέον, οι περισσότεροι χρησιμοποιούν τους όρους ως ταυτόσημους (Abdel-Khalek, 2002). Στην παρούσα εργασία θα τους αντιμετωπίσουμε το ίδιο.

Η πηγή του άγχους ή του φόβου του θανάτου είναι, στην ουσία, ο φόβος του αφανισμού (Sherman et al., 2010). Σύμφωνα με τον Tomer και τους συνεργάτες του (1996), η έννοια του φόβου του θανάτου αναφέρεται σε «μία αρνητική συναισθηματική

αντίδραση που προκαλείται από την προσμονή μίας κατάστασης στην οποία δεν υπάρχει ο εαυτός» (Tomer et al., 1996, σ. 345). Πρόκειται για μία πτυχή της ανθρώπινης εμπειρίας που χαρακτηρίζεται από καθολικότητα, καθώς βιώνεται από όλους τους ανθρώπους και πηγάζει από την αναγνώριση της αναπόφευκτης και οριστικής φύσης του θανάτου (Becker, 1973). Κατά τους Collett και Lester (1969), ο φόβος του θανάτου είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που περιλαμβάνει τον φόβο του ανθρώπου για τον δικό του θάνατο, συμπεριλαμβανομένης της διαδικασίας του θανάτου και της κατάστασής του ως ετοιμοθάνατος, αλλά και τον φόβο για τον θάνατο των άλλων, συμπεριλαμβανομένου του φόβου για την κατάσταση των άλλων ως ετοιμοθάνατοι.

Συμφωνώντας με τους παραπάνω, οι Lehto και Stein (2009) υποστήριξαν πως ο φόβος του θανάτου είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο με πολλαπλές διαστάσεις, όπως είναι οι συναισθηματικές, γνωστικές, υπαρξιακές, αλλά και συμπεριφορικές και ότι για να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά το άγχος του θανάτου, απαιτείται η ουσιαστική κατανόηση των διαστάσεων αυτών. Επίσης, κατά τον Yalom (2008), ο φόβος του θανάτου ή αλλιώς το άγχος του θανάτου, αφορά σε ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο ψυχολογικό φαινόμενο, το οποίο χαρακτηρίζεται από αισθήματα φόβου, ανησυχίας, τρόμου ή άγχους που σχετίζονται με την προσμονή ή την επίγνωση του θανάτου, αλλά και της σκέψης γύρω από αυτόν. Σύμφωνα με τον ίδιο, ο φόβος του θανάτου έχει ως αποτέλεσμα τη στέρηση του συναισθήματος της ευτυχίας και της πληρότητας του ατόμου από τη ζωή του. Στις μέρες μας, πλέον, ο φόβος θανάτου θεωρείται ως η βάση πολλών μορφών άγχους και φοβίας, αλλά και υπόβαθρο πολλών ψυχολογικών καταστάσεων (Strachan et al., 2007 · Iverach et al., 2014).

Όσον αφορά την πολυδιάστατη φύση του, αυτή επιβεβαιώνεται από πολλούς μελετητές – ερευνητές. Συγκεκριμένα, οι Hoelter και Hoelter (1978, όπως αναφέρεται στο Moore & Williamson, 2003), διέκριναν 8 διαφορετικές διαστάσεις του φόβου του θανάτου: τον φόβο απέναντι στη διαδικασία του θανάτου (fear of the dying process), τον φόβο του πρόωρου θανάτου (fear of premature death), τον φόβο των σημαντικών άλλων (fear for significance others), τον φοβικό (ως φοβία) φόβο του θανάτου (phobic fear of death), τον φόβο του να καταστρέφεται (fear of being destroyed), τον φόβο για το σώμα μετά τον θάνατο (fear of the body after death), τον φόβο για το άγνωστο (fear

of the unknown) και τέλος, τον φόβο των νεκρών (fear of the dead). Επίσης, μία ακόμη διάκριση του φόβου του θανάτου είναι αυτή των Florián και Mikulincer (1993), οι οποίοι προτείνουν τρία βασικά συστατικά του φόβου του θανάτου που σχετίζονται με τα ενδοπροσωπικά στοιχεία (interpersonal components) των ατόμων και αφορούν στον αντίκτυπο που έχει ο θάνατος αφενός στο μυαλό και στο σώμα, συμπεριλαμβανομένου του φόβου της μη ολοκλήρωσης ή εκπλήρωσης προσωπικών στόχων, αλλά και του φόβου του αφανισμού του ίδιου του σώματος, αφετέρου στις διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relationships) και τέλος, το υπερπροσωπικό (ή υπερβατικό) στοιχείο (transpersonal component), που σχετίζεται με τους φόβους για τον υπερβατικό εαυτό και συγκεκριμένα με τους φόβους για τη μετά θάνατον ζωή και την τιμωρία. Γενικά, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχουν αρκετές διαστάσεις, όπως αυτές προκύπτουν από τα ποικίλα εργαλεία μέτρησης (Neimeyer, 2015).

Τέλος, ο φόβος του θανάτου μπορεί να εκδηλωθεί ποικιλοτρόπως, με τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα να είναι η αποφυγή των σχετικών με τον θάνατο σκέψεων ή συζητήσεων, η ενασχόληση με την υγεία, το υπαρξιακό άγχος ή η ανησυχία για τις άγνωστες πτυχές του θανάτου (Lehto & Stein, 2009). Μπορεί, επίσης, να επηρεάσει τη συμπεριφορά των ατόμων, καθώς επιδρά στις πεποιθήσεις τους, αλλά και στην ικανότητά τους για λήψη αποφάσεων (Cicirelli, 2002).

4.2. Θεωρίες για τον φόβο του θανάτου

Υπάρχουν αρκετές θεωρίες, οι οποίες αναλόγως τον κλάδο από τον οποίο προέρχονται, προσεγγίζουν τον φόβο του θανάτου από διαφορετική οπτική. Τέτοιοι κλάδοι είναι, μεταξύ άλλων, αυτοί της φιλοσοφίας, της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας. Οι πιο γνωστές θεωρητικές προσεγγίσεις, όπως προκύπτουν μέσα από τη βιβλιογραφία, είναι οι εξής: Η Θεωρία Διαχείρισης Τρόμου (Terror Management Theory – TMT) των Solomon, Greenberg και Tom Pyszczynski (Solomon, 2015 · Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986) μιας από τις πιο σημαντικές θεωρίες της Κοινωνικής Ψυχολογίας, η προσέγγιση του φόβου του θανάτου μέσα από την Ψυχαναλυτική θεώρηση με βασικούς εκφραστές της τους Freud και Becker (Pandya & Kathuria, 2021), η Υπαρξιακή Ψυχολογία με εκπρόσωπό της τον Yalom (2008), η

Συμπεριφορικό-Γνωστική προσέγγιση με εκφραστή της τον Neimeyer (Neimeyer, 2015), μεταξύ άλλων, η Υπερβατική Ψυχολογία με πρόσωπο αναφοράς τον Grof, που έχει ασχοληθεί εντατικά με την έννοια του θανάτου (Grof, 2006), αλλά και άλλες θεωρίες όπως η Θεωρία Διαχείρισης Νοημάτων (Meaning Management Theory) του Wong (2008) και η Θεωρία της Κοινωνικο-συναισθηματικής επιλεκτικότητας (Socioemotional Selectivity Theory) της Carstensen (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999 · Carstensen, 1995).

Αναλυτικότερα, η Θεωρία Διαχείρισης Τρόμου, μία από τις πιο εξέχουσες θεωρίες σχετικά με τον φόβο του θανάτου που αξιοποιεί στοιχεία από άλλους κλάδους, όπως η Ψυχανάλυση, η Υπαρξιακή Ψυχολογία, η Κοινωνιολογία, αλλά και η Ανθρωπολογία, προτείνει πως ο φόβος του θανάτου είναι μία θεμελιώδης πτυχή της ανθρώπινης συνείδησης, η οποία πηγάζει από την επίγνωση του ανθρώπου για τη θνησιμότητά του. «Κατά τη θεωρία αυτή, το άγχος προκαλείται από τον φόβο της πλήρους εξουδετέρωσης, της απόλυτης εκμηδένισης η οποία ταυτίζεται με την κατάληξη στο θάνατο» (Λεοντάρη & Αστήθα, 2001, σ. 164). Για να αντιμετωπίσει ο άνθρωπος επιτυχώς αυτόν το φόβο, ο οποίος χαρακτηρίζεται και ως «υπαρξιακό άγχος», χρησιμοποιεί διάφορες στρατηγικές, όπως είναι, μεταξύ άλλων, η τόνωση της αυτοεκτίμησης, η πίστη σε μία μεταθανάτια ζωή και η γενικότερη έμφαση που δίνει το άτομο στις πολιτισμικές του πεποιθήσεις και κοσμοθεωρίες (Major, Whelton & Duff, 2016 · Hui, Bond & Ng, 2007 · Greenberg et al., 1986).

Όσον αφορά την Ψυχαναλυτική θεώρηση, κατά τον Freud, ο φόβος του θανάτου αποτελεί απόρροια των παιδικών συγκρούσεων του ατόμου που δεν έχουν επιλυθεί και βρίσκονται εκτός συνειδητού εαυτού, δηλαδή στο ασυνείδητο (Bachner et al., 2011). Ο ρόλος των ασυνείδητων συγκρούσεων τονίζεται και από τον Becker, σύμφωνα με τον οποίο αυτές οι συγκρούσεις οδηγούν στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στον θάνατο (Becker, 1973). Από την πλευρά της Υπαρξιακής Ψυχολογίας και συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Yalom, ο φόβος του θανάτου πηγάζει από τις υπαρξιακές ανησυχίες, συμπεριλαμβανομένης της αναζήτησης νοήματος στη ζωή, καθώς και της αβεβαιότητας, αλλά και του πεπερασμένου της (Yalom, 2008).

Συνεχίζοντας με τη Γνωστικό-συμπεριφορική προσέγγιση, η έμφαση δίνεται στις δυσπροσαρμοστικές γνωστικές διαδικασίες αλλά και στρατηγικές αντιμετώπισης που

συμβάλλουν στη διαίωνιση του φόβου του θανάτου. Συγκεκριμένα, μέσα από αυτήν την προσέγγιση καταδεικνύεται η σημασία και αρνητική επίδραση των μη προσαρμοστικών μοτίβων σκέψης στο ίδιο το άτομο, όπως είναι η καταστροφολογία, δηλαδή η συνεχής σκέψη σχετικά με το χειρότερο σενάριο σχετικά με τον θάνατο ή τις άγνωστες πτυχές που σχετίζονται με αυτόν, αλλά και άλλες γνωστικές στρεβλώσεις, όπως η υπεργενίκευση απειλών σχετικών με τον θάνατο ή η μεγέθυνσή τους, τα οποία μπορούν να επιδεινώσουν το άγχος του θανάτου του ατόμου (Neimeyer, 2015). Στόχος, λοιπόν, της προσέγγισης αυτής είναι η αναδόμηση ή αλλιώς αναδιάρθρωση των γνωστικών στρεβλώσεων που αφορούν τον θάνατο, ώστε να μειωθεί το άγχος του ατόμου και κατ' επέκταση και ο ίδιος φόβος του θανάτου (Aqajani & Samadifard, 2017 · Beck, 1976). Επιπροσθέτως, επιδιώκεται αφενός η αντιμετώπιση συμπεριφορών αποφυγής, οι οποίες συμβάλλουν στη διατήρηση του φόβου (Foa & Kozak, 1986), εν προκειμένω του φόβου του θανάτου, όπως είναι, για παράδειγμα, η αποφυγή οποιασδήποτε σκέψης σχετικής με τον θάνατο ή και συζήτησης θεμάτων σχετικών με αυτόν, αφετέρου η προώθηση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης, ώστε να επιτευχθεί η μείωση του φόβου του θανάτου και εν τέλει η βελτίωση της συνολικής ευημερίας του ατόμου (Neimeyer, 2001).

Προχωρώντας σε αυτό που ονομάζουμε Υπερβατική Ψυχολογία (ή Υπερπροσωπική από τον αγγλικό όρο “Transpersonal”), αναφερόμαστε σε έναν κλάδο της ψυχολογίας που αφενός εστιάζει στα πνευματικά ή υπερβατικά στοιχεία της ανθρώπινης εμπειρίας και ζωής και αφετέρου δίνει έμφαση στη σημασία που έχει η πνευματικότητα για τον άνθρωπο (Kaspro & Scotton, 1999 · Walsh & Vaughan, 1993). Όσον αφορά τον φόβο του θανάτου, ο Grof (2015) προτείνει πως προέρχεται από την αποσύνδεση του ανθρώπου από την πνευματική του φύση και την περιορισμένη κατανόηση που έχει αναφορικά με τον θάνατο, ο οποίος σηματοδοτεί το τέλος της ύπαρξής του. Υποστηρίζει, επίσης, ότι οι υπαρξιακές αναζητήσεις σχετικά με τον θάνατο και όλα τα υπαρξιακά ερωτήματα που προκύπτουν από αυτές, μπορούν να οδηγήσουν σε βαθιές πνευματικές γνώσεις, καθώς και σε προσωπική ανάπτυξη του ίδιου του ατόμου, μέσα από την οποία θα μετριαστεί ο φόβος του θανάτου, εφόσον αυτός θα γίνεται στο τέλος αντιληπτός ως πνευματικό ταξίδι, οδηγώντας έτσι στην υπαρξιακή ολοκλήρωση του ατόμου.

Τέλος, δε μπορούμε να μην αναφερθούμε και στη θεωρία του Wong (2008) για τη Διαχείριση Νοημάτων (Meaning Management Theory), αλλά και τη θεωρία της Carstensen (Carstensen et al., 1999 · Carstensen, 1995) σχετικά με την Κοινωνικο-συναισθηματική επιλεκτικότητα (Socioemotional Selectivity Theory). Σύμφωνα με την πρώτη θεωρία, ο Wong υποστηρίζει πως τα άτομα συμμετέχουν ενεργά τόσο στην κατασκευή, όσο και στη διαχείριση του νοήματος στη ζωή τους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις διάφορες υπαρξιακές προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένου του φόβου του θανάτου. Αυτό συμβαίνει, διότι οι άνθρωποι έχουν εκ φύσεως μία τάση να αναζητούν και να βρίσκουν το νόημα στη ζωή τους, διατηρώντας έτσι την αίσθηση του νοήματος και κατ' επέκταση την επιβίωσή τους (Wong, 2012). Όσον αφορά τον φόβο του θανάτου, τα άτομα που στερούνται αυτού του νοήματος ή του σκοπού, μπορεί να εκδηλώσουν διάφορες υπαρξιακές ανησυχίες για το νόημα της ζωής και το αναπόφευκτο του θανάτου, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται από αυξημένα επίπεδα άγχους. Σύμφωνα με τον Wong (2008), υπάρχουν διαφορετικές πτυχές που απαρτίζουν την έννοια του φόβου του θανάτου, οι οποίες έχουν τις ρίζες τους στο άγχος για τον θάνατο. Αυτές είναι οι εξής: η τελική απώλεια (ultimate loss), η εγκατάλειψη αγαπημένων προσώπων (leaving loved ones), η μοναξιά (loneliness), ο πρόωρος και βίαιος θάνατος (prematurity and violence of death), η οριστικότητα (finality), η διακοπή της ροής της ζωής (life flow disruption), η αποτυχία ολοκλήρωσης του έργου ζωής (failure of life work completion), η κρίση και τιμωρία (judgment and retribution), η αβεβαιότητα (uncertainty) και η εκμηδένιση (annihilation). Οι δύο τελευταίες είναι οι έννοιες που μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο, τόσο στην κατανόηση, όσο και στην αντιμετώπιση του φόβου του θανάτου (Wong, 2008). Συγκεκριμένα, μέσα από την αποδοχή του αφανισμού (της εκμηδένισης του εαυτού) και του αναπόφευκτου του θανάτου προκύπτει ο συμβιβασμός με την ιδέα της ανυπαρξίας και εν τέλει η αποδοχή. Ομοίως, η αβεβαιότητα για το τι συμβαίνει μετά τον θάνατο μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση του φόβου του θανάτου, καθώς η αποδοχή της μπορεί να είναι απελευθερωτική. Γι' αυτό, οι άνθρωποι θα πρέπει να ενισχύουν την αίσθηση νοήματος και σκοπού στη ζωή τους, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τους υπαρξιακούς φόβους και να βρουν μια αίσθηση γαλήνης, αλλά και αποδοχής της θνησιμότητάς τους (Wong, 2008, 2012 · Pandya & Kathuria, 2021).

Τέλος, σύμφωνα με τη θεωρία της Κοινωνικο-συναισθηματικής επιλεκτικότητας, οι άνθρωποι όσο μεγαλώνουν δίνουν μεγάλη σημασία στις κοινωνικές και συναισθηματικές σχέσεις και κατ' επέκταση στη συναισθηματική τους ευημερία, έναντι άλλων στόχων. Επομένως, οι άνθρωποι μεγαλώνοντας εστιάζουν στη συναισθηματική ικανοποίηση, ελαχιστοποιώντας έτσι τα αρνητικά συναισθήματα, συμπεριλαμβανομένου του φόβου του θανάτου που προκύπτει από την συνειδητοποίηση του χρόνου, ο οποίος περιορίζεται καθώς ο άνθρωπος γερνάει (Carstensen et al., 1999). Σύμφωνα με την Carstensen (1995), οι άνθρωποι, εστιάζοντας σε θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και συναισθηματικές εμπειρίες, αντιμετωπίζουν τις υπαρξιακές τους ανησυχίες και μέσω αυτής της επιλεκτικής εστίασης στη συναισθηματική ολοκλήρωση μπορούν να αντιμετωπίσουν την υπαρξιακή απειλή της θνησιμότητας.

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να σημειωθεί πως όλες αυτές οι θεωρίες, στις οποίες αναφερθήκαμε, συμβάλλουν στην ολόπλευρη κατανόησή μας για το πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα της θνητότητας και του θανάτου. Επίσης, όλες αυτές οι θεωρητικές προσεγγίσεις ενισχύουν την έρευνα και τον σχεδιασμό αντίστοιχων παρεμβάσεων, τόσο από ερευνητές, όσο και από επαγγελματίες υγείας, που έχουν ως στόχο την προώθηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και της συνολικής ευημερίας των ατόμων.

4.3. Παράγοντες που επιδρούν στον φόβο του θανάτου

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επιδρούν στον φόβο του θανάτου, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, τα προσωπικά χαρακτηριστικά ή γνωρίσματα της προσωπικότητας, οι πολιτισμικές πεποιθήσεις, η θρησκεία, το κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο, οι προηγούμενες εμπειρίες σε σχέση με τον θάνατο, αλλά και οι στάσεις ή οι κανόνες της ίδια της κοινωνίας απέναντι στη θνησιμότητα και τον θάνατο (Cicirelli, 1999 · Lehto & Stein, 2009 · Tomer & Eliason, 2000). Τέλος, αυτό που φάνηκε να επιδρά έντονα στον φόβο του θανάτου ήταν η πανδημία του Covid-19 (Özgüç, Kaplan Serin, & Tanriverdi, 2024).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά το φύλο, όπως φαίνεται στη βιβλιογραφία, οι απόψεις δίστανται. Άλλες έρευνες έχουν δείξει πως οι άντρες παρουσιάζουν πιο αυξημένα επίπεδα φόβου του θανάτου σε σχέση με τις γυναίκες (Robinson & Wood, 1984), ενώ άλλες έχουν δείξει το αντίθετο, δηλαδή ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο αυξημένα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους άντρες (Pollak, 1979 · Wass & Myers, 1982). Υπάρχουν όμως και οι έρευνες που δείχνουν πως δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα (Viney, 1983). Οι έρευνες των τελευταίων ετών, ωστόσο, φαίνεται να συμφωνούν με τις θέσεις του Pollak, καθώς μέσω των αποτελεσμάτων που παρέχουν φαίνεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα φόβου ή άγχους του θανάτου σε σχέση με τους άντρες (DePaola et al., 2003 · Özgüç et al., 2024 · Pérez-Mengual et al., 2021 · Saeed, 2016 · Zana, 2009). Μάλιστα, υπάρχουν και ερευνητές, οι οποίοι έχουν χαρακτηρίσει τον φόβο του θανάτου ως γυναικείο φαινόμενο (Templer et al., 1974).

Αναφορικά με την ηλικία, υπάρχουν αρκετές μελέτες που έχουν διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τον φόβο του θανάτου, καθώς είναι ένα ζήτημα που φαίνεται να απασχολεί τον άνθρωπο πριν από τα έξι του χρόνια (Muris et al., 2000). Σύμφωνα με τον Russac και τους συνεργάτες του (2007), ο φόβος των ατόμων για τον θάνατο διαφέρει αναλόγως το ηλικιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το κάθε άτομο. Σύμφωνα με τους ίδιους, οι ηλικιωμένοι βιώνουν συνήθως χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες, λόγω της αυξημένης συναισθηματικής ρύθμισης που παρουσιάζουν, της αποδοχής της θνησιμότητάς τους, αλλά και της μεγαλύτερης ικανοποίησης που βιώνουν από τη ζωή τους. Σε συμφωνία με την θέση αυτή βρίσκεται και η έρευνα της Jackson (2008), σύμφωνα με την οποία οι νεότερης ηλικίας ενήλικες είχαν πιο αυξημένα επίπεδα άγχους από τους μεγαλύτερους σε ηλικία ενήλικες. Γενικά, όπως αναφέρουν οι Fortner και Neimeyer (1999), ο φόβος ή το άγχος του θανάτου φαίνεται να μειώνεται από τη μέση ηλικία μέχρι τα γηρατεία. Εδώ, πρέπει να σημειωθεί, όμως, πως το άγχος θανάτου είναι υψηλό στους ηλικιωμένους που παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα υγείας, έχουν ιστορικό ψυχολογικής δυσφορίας αλλά και αντίστοιχων προβλημάτων, έχουν πιο ασθενείς θρησκευτικές πεποιθήσεις ή μειωμένη επαφή με τη θρησκεία και την πνευματικότητα και τέλος, χαρακτηρίζονται από χαμηλή ποιότητα ζωής και ψυχική ανθεκτικότητα.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επιδρά στον φόβο του θανάτου είναι αυτός των προσωπικών χαρακτηριστικών ή, αλλιώς, γνωρισμάτων της προσωπικότητας. Ειδικότερα, έρευνες έχουν δείξει ότι ο νευρωτισμός (neuroticism) και τα μοτίβα συμπεριφοράς της προσωπικότητας τύπου A (type A behaviour patterns), σχετίζονται σημαντικά με τον φόβο ή το άγχος του θανάτου, καθώς και με αυξημένη επιθετικότητα (Frazier & Foss-Goodman, 1989). Εκτός από τον νευρωτισμό, η ανοικτότητα στην εμπειρία (openness to experience) έχει επίσης συνδεθεί με τον φόβο του θανάτου, όπως φαίνεται από την έρευνα, δείχνοντας ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονται από ανοιχτή στάση απέναντι σε νέες εμπειρίες και ιδέες, αλλά και περιέργεια, είναι ενδεχομένως πιο ανοιχτά στην αναζήτηση και εξερεύνηση υπαρξιακών ανησυχιών, ενώ μπορούν και χρησιμοποιούν την εύρεση και δημιουργία νοήματος ως μέσο αντιμετώπισης του άγχους του θανάτου (Battista & Almond, 1973 · Boyd et al., 2017 · McCrae & Costa, 1997).

Όσον αφορά τις πολιτισμικές, αλλά και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι υπάρχει άμεση σύνδεση ανάμεσα σε αυτές και τη θνησιμότητα ή τον θάνατο. Τόσο οι πολιτισμικές πεποιθήσεις, όσο και οι θρησκευτικές, σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο γίνεται κατανοητός, βιώνεται και προσεγγίζεται ο θάνατος σε μία κοινωνία από το κάθε άτομο και μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στον φόβο του θανάτου (Pargament, 1999 · Walter, 2010). Οι κοινωνίες που προβάλλουν τον θάνατο ως φυσικό μέρος της ύπαρξης του ανθρώπου και του κύκλου της ζωής προάγουν μεγαλύτερη αποδοχή του θανάτου και κατ' επέκταση μειωμένο φόβο ή άγχος απέναντι σε αυτόν (Kastenbaum, 2000). Επίσης, όσον αφορά τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, εάν αυτές ενέχουν την τιμωρία στο πλαίσιο της μεταθανάτιας ζωής, τα άτομα που τις έχουν παρουσιάζουν και υψηλότερα επίπεδα άγχους ή φόβου του θανάτου σε σύγκριση με εκείνα που φαντάζονται και πιστεύουν σε μία ειδυλλιακά πλασμένη μετά θάνατον ζωή (Florian & Kravitz, 1983, όπως αναφέρεται στο Faiza, 2023). Γενικώς, η έλλειψη πνευματικότητας ή θρησκευτικότητας, αλλά ακόμη και η αδύναμη ύπαρξή της, σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα φόβου του θανάτου, τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα με τις εξωτερικές πτυχές της θρησκευτικότητας, όπως είναι, μεταξύ άλλων, η ενεργός συμμετοχή και παρουσία των ατόμων στην εκκλησία (Cicirelli, 1999).

Συνεχίζοντας, ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τον φόβο του θανάτου, όπως φαίνεται μέσα από τη βιβλιογραφία, είναι το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ατόμων (Wong et al., 1994). Τα άτομα που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα φαίνεται να χαρακτηρίζονται από περισσότερο φόβο ή άγχος θανάτου σε σχέση με εκείνα που προέρχονται από τα μεσαία και τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, καθώς τα άτομα που προέρχονται από τα τελευταία έχουν μεγαλύτερη οικονομική ασφάλεια και κατ' επέκταση καλύτερη υγειονομική περίθαλψη και κάλυψη των αναγκών τους, ενισχύοντάς κατ' αυτόν τον τρόπο τη συνολική ευημερία τους (Cicirelli, 1999). Τη θέση αυτή φαίνεται να επιβεβαιώνουν και άλλες, πιο πρόσφατες έρευνες (Azaiza et al., 2010 · Roy & Mollah, 2015).

Οι προηγούμενες εμπειρίες σε σχέση με τον θάνατο αποτελούν ακόμη έναν πολύ σημαντικό παράγοντα επίδρασης στον φόβο του θανάτου. Συγκεκριμένα, εμπειρίες όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, αλλά και οι απειλητικές για τη ζωή ασθένειες μπορούν να επηρεάσουν έντονα τις αντιλήψεις, τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στη θνησιμότητα και τον θάνατο. Αναλυτικότερα, η απώλεια μελών της οικογένειας, φίλων ή και ζώων συντροφιάς, μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα θλίψης αλλά και υπαρξιακής ανησυχίας και να συμβάλλει σε αυξημένο φόβο ή άγχος θανάτου, ιδίως, εάν τα άτομα έχουν κάποιο άλυτο ζήτημα σε σχέση με το πένθος ή παρελθούσες τραυματικές εμπειρίες (Bonanno, 2009 · Holland, Currier & Neimeyer, 2006). Επίσης, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, όπως είναι τα ατυχήματα, οι φυσικές καταστροφές ή οι πράξεις βίας που έχουν ως κατάληξή τους τον θάνατο, μπορεί να πυροδοτήσει έντονο φόβο, άγχος ή και ευαλωτότητα απέναντι στον θάνατο και να οδηγήσει ακόμη και σε ανάπτυξη κάποιας αγχώδους διαταραχής ή μετατραυματικού στρες (Boelen, Van Den Hout & Van Den Bout, 2006 · Gegieckaitė & Kazlauskas, 2020 · Hoelterhoff & Chung, 2016). Όπως τα τραυματικά γεγονότα, έτσι και οι εμπειρίες του παρ' ολίγον θανάτου, δηλαδή οι επιθανάτιες εμπειρίες, κατά τις οποίες ένα άτομο βρίσκεται κοντά στον θάνατο, μπορεί να συμβάλλουν σε μια σύντομη αύξηση του άγχους θανάτου, λόγω της αίσθησης του αβέβαιου της ζωής, ωθώντας, όμως, τα άτομα στο να επαναξιολογήσουν τις αξίες και τις προτεραιότητες που έχουν τόσο για τη ζωή όσο και για τον θάνατο (Greyson, 2003). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, πρέπει να σημειωθεί, πως αυτού του

είδους οι επιθανάτιες εμπειρίες, εν τέλει, λειτουργούν ευεργετικά για τα άτομα που τις βιώνουν, καθώς φαίνεται να αυξάνουν την αίσθηση του σκοπού, την εκτίμηση για τη ζωή, την αυτοεκτίμηση, την πνευματικότητα μεταξύ άλλων, ενώ οδηγούν και σε απώλεια του φόβου του θανάτου (Noyes et al., 2009). Σε συμφωνία με τη θέση αυτή, δηλαδή ότι οι επιθανάτιες εμπειρίες οδηγούν στη μείωση του φόβου του θανάτου, βρίσκονται και άλλες έρευνες, όπως αυτές του van Lommel και των συνεργατών του (van Lommel, van Wees, Meyers & Elfferich, 2001), αλλά και της Pehlivanova και των συνεργατών της (Pehlivanova, Carroll & Greyson, 2022), με τους τελευταίους μάλιστα να καταλήγουν στο ότι «Οι επιθανάτιες εμπειρίες συνδέονται με μια βαθιά και διαρκή μείωση του φόβου του θανάτου.» (Pehlivanova et al., σ. 14).

Τέλος, όσον αφορά τον παράγοντα του Covid-19, η πανδημία του Κορωνοϊού, όπως είναι γνωστή, οδήγησε σε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, με αποτέλεσμα την ύπαρξη εκτεταμένου φόβου και ανησυχίας για τον κίνδυνο νόσησης και θανάτου. Η κάλυψη της πανδημίας από τα μέσα ενημέρωσης και η συνεχόμενη ενημέρωση για τους ολοένα αυξανόμενους αριθμούς θανάτων, τα κατακλυσμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και η ταχεία εξάπλωση του ιού, συνέβαλλαν ουσιαστικά στην αύξηση του άγχους και του φόβου του θανάτου (Chalhoub et al., 2022 · Liu & Liu, 2020 · Su et al., 2021). Σύμφωνα με τον Taylor και τους συνεργάτες του (2020), η πανδημία του Covid-19, επηρέασε ολόπλευρα την ζωή των ανθρώπων αυξάνοντας σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα άγχους τους σε πολλούς τομείς της ζωής τους, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί το σύνδρομο στρες του Covid (COVID stress syndrome), επηρεάζοντας τη συνολική ποιότητα ζωής τους (Taylor et al., 2020). Όλη αυτή η κοινωνική απομόνωση, αλλά και η μοναξιά που ένιωθαν οι άνθρωποι, λόγω της έλλειψης κοινωνικής στήριξης και του αποχωρισμού τους από τα αγαπημένα τους πρόσωπα, επηρέασε τόσο τα παιδιά και τους εφήβους (Loades et al., 2020), όσο και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Hwang et al., 2020), ιδίως τους ηλικιωμένους που διαμένουν είτε μόνοι τους, είτε σε ιδρύματα ή γενικά χαρακτηρίζονται από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ζωής (Kasar & Karaman, 2021). Λαμβάνοντας υπόψη τις συνέπειες του Covid-19, ορισμένοι ερευνητές υποστήριξαν, επίσης, πως η πανδημία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παρατεταμένης θλίψης μεταξύ των ανθρώπων που πενθούν, σε σύγκριση με την προ πανδημίας εποχή (Von Blanckenburg et al., 2023),

οδηγώντας ακόμη και σε αύξηση των περιπτώσεων της Διαταραχής Παρατεταμένου Πένθους – Prolonged Grief Disorder (Eisma, Boelen & Lenferink, 2020). Έτσι, με βάση τα παραπάνω, θα υποστηρίξαμε πως η πανδημία του Κορωνοϊού είχε πολύπλευρη επίδραση στη ζωή των ανθρώπων, τόσο γενικά, όσο και ειδικά σε σχέση με τον φόβο ή το άγχος του θανάτου.

Κλείνοντας, πρέπει να σημειωθεί πως γενικά, κατά τους Tomer και Eliason (2000), το άγχος του θανάτου σχετίζεται άμεσα με: α) εμπειρίες του παρελθόντος για τις οποίες το άτομο έχει μετανιώσει (past-related regret), όπως ανεκπλήρωτες φιλοδοξίες ή σχέδια που θα έπρεπε να είχαν ολοκληρωθεί, β) με το συναίσθημα της μετάνοιας σε σχέση με το μέλλον (future-related regret), δηλαδή τις προσδοκίες που έχει για το μέλλον και την περίπτωση που υπάρχει αυτές να μην εκπληρωθούν λόγω πρόωγου θανάτου και γ) τη σημασία του θανάτου (meaningfulness), η οποία αναφέρεται στην ίδια την έννοια του θανάτου. Η αναγνώριση όλων αυτών των παραγόντων και των διαστάσεων που σχετίζονται με τον θάνατο μπορεί να βοηθήσει επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να προσαρμόσουν τις προσεγγίσεις τους στα πλαίσια της υποστήριξης που παρέχουν στα άτομα που αντιμετωπίζουν αυτού του είδους τον φόβο (Lehto & Stein, 2009). Στο ίδιο πλαίσιο, πρέπει να ληφθούν υπόψη και όλοι οι παραπάνω παράγοντες, προκειμένου να συμβάλλουν τόσο στην έρευνα, όσο και στην πράξη, δίνοντας έμφαση στον σχεδιασμό εξειδικευμένων παρεμβάσεων που έχουν ως στόχο την μείωση του φόβου του θανάτου και την ενίσχυση της συνολικής ποιότητας ζωής των ανθρώπων με ό,τι αυτό συνεπάγεται.

4.3. Επιπτώσεις του Φόβου του Θανάτου

Όπως έχει προαναφερθεί, ο φόβος του θανάτου είναι μια θεμελιώδης πτυχή της ανθρώπινης ζωής και εμπειρίας. Μπορεί να επηρεάσει διάφορες πτυχές της ζωής των ατόμων, όπως είναι οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι συμπεριφορές, αλλά και οι σχέσεις τους με τους άλλους. Η κατανόηση όλων των επιπτώσεων του φόβου του θανάτου κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπισή του και την προώθηση της ψυχολογικής ευεξίας και συνολικής ευημερίας των ατόμων. Παρακάτω, θα δούμε λίγο πιο αναλυτικά τις επιπτώσεις του φόβου του θανάτου σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο υγείας των ατόμων.

Ο φόβος του θανάτου θεωρείται βάση για την ανάπτυξη και διατήρηση πολλών ψυχολογικών καταστάσεων (Iverach, Menzies & Menzies, 2014), ενώ έχει διαπιστωθεί πως έχει σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις στα άτομα προκαλώντας πολλά αρνητικά συναισθήματα, όπως αυτά της στενοχώριας, ανησυχίας, αγωνίας, ανασφάλειας, συμβάλλοντας επίσης στην αύξηση των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και υπαρξιακής δυσφορίας (Abdel-Khalek, 2005). Σύμφωνα με τον Yalom (1980), ο φόβος ή το άγχος θανάτου φαίνεται να κρύβεται πίσω από διάφορες ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της υποχονδρίασης, της διαταραχής πανικού, του άγχους αποχωρισμού, της κατάθλιψης, των διάφορων διατροφικών διαταραχών κ.ά., όπως επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Greenberg, 2012 · Iverach, 2014). Επιπλέον, ο φόβος του θανάτου μπορεί να επηρεάσει τις γνωστικές διαδικασίες και να οδηγήσει σε παρειασθητικές σκέψεις και υπαρξιακή αμφισβήτηση σε σχέση με τη φύση της ζωής και του νοήματός της (Neimeyer & Sands, 2011).

Όσον αφορά τις κοινωνικές επιπτώσεις του φόβου του θανάτου, αυτές φαίνεται να αφορούν συγκεκριμένα τις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων και την κοινωνική τους συμπεριφορά. Ειδικότερα, τα άτομα που διακατέχονται από τον φόβο του θανάτου μπορεί να δυσκολεύονται με την επικοινωνία σε ό,τι αφορά τον θάνατο και το τέλος της ζωής γενικότερα, οδηγώντας, έτσι, σε τεταμένες κοινωνικές σχέσεις, αλλά και κοινωνική απομόνωση (Kastenbaum, 2000). Μέσω του φόβου του θανάτου μπορεί, επίσης, να επηρεαστεί η κοινωνική συμπεριφορά, τα οποία θα υιοθετήσουν συμπεριφοράς αποφυγής, αναζήτησης επιβεβαίωσης ή ακόμη και ριψοκίνδυνες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τους φόβους και τα σχετικά άγχη τους (Norrholm & Jovanović, 2018).

Εκτός από τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις του φόβου του θανάτου έχουμε και τις επιπτώσεις που αφορούν τη σωματική υγεία και ευεξία των ατόμων. Ο χρόνιος φόβος του θανάτου σχετίζεται με σωματικές ή αλλιώς φυσιολογικές αντιδράσεις, όπως τα αυξημένα επίπεδα του στρες και ιδιόρρυθμη καρδιαγγειακή δραστηριότητα, τα οποία μπορεί να έχουν δυσμενείς συνέπειες για την υγεία με την πάροδο του χρόνου (Hayes et al., 1996). Ο φόβος του θανάτου μπορεί να οδηγήσει σε έντονο άγχος και κρίσεις πανικού, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να προκαλέσουν έντονο αίσθημα ζάλης, εξάψεις, εφίδρωση, αυξημένο ή και ακανόνιστο καρδιακό

ρυθμό, γενικό αίσθημα αδιαθεσίας ή και πεπτικές ενοχλήσεις συνοδευόμενες από πόνους στο στομάχι (Cadman, 2023). Σε έρευνα της De Stegge και των συνεργατών της (2018), βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του άγχους θανάτου, της υποχονδρίασης ή και των ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων (Medically Unexplained Symptoms – MUS). Με τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία και προγενέστερες έρευνες, όπου έδειξαν ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα σε σωματικά συμπτώματα και το άγχος του θανάτου (Abdel-Khalek & Lester, 2009 · Malt & Ursin, 2003). Τέλος, ο φόβος του θανάτου μπορεί να επηρεάσει τις συμπεριφορές υγείας, επηρεάζοντας τη συμμόρφωση των ατόμων στην ιατρική περίθαλψη, τη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις αλλά και πρακτικές υγείας και γενικά, τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Tomer & Eliason, 2000).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι οι επιπτώσεις του φόβου ή άγχους του θανάτου είναι πολλές και επιζήμιες, τόσο για τη σωματική, όσο και για την ψυχολογική υγεία των ατόμων, ενώ περιλαμβάνουν και το κοινωνικό στοιχείο. Συγκεκριμένα, τονίζεται ιδιαίτερα η σχέση του φόβου του θανάτου με το αυξημένο άγχος, την κατάθλιψη, τα σωματικά συμπτώματα, αλλά και τη μειωμένη ποιότητα ζωής εν γένει. Επομένως, είναι βασικό μέλημα η αντιμετώπιση του φόβου του θανάτου, καθώς κρίνεται απαραίτητη για την προώθηση της συνολικής ευημερίας και ανθεκτικότητας των ατόμων (Lehto & Stein, 2009). Η κατανόηση των επιπτώσεων του φόβου του θανάτου σχετίζεται άμεσα με την έρευνα, την πράξη και τη δημόσια υγεία. Η έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί σε διαχρονικές μελέτες και διαπολιτισμικές συγκρίσεις για την καλύτερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης των παραγόντων που συμβάλλουν στο φόβο του θανάτου (Chochinov et al., 2005). Όσον αφορά την πράξη, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ψυχοθεραπεία, την υπαρξιακή συμβουλευτική, αλλά και σε παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να εξερευνήσουν και να αντιμετωπίσουν τον φόβο του θανάτου (Neimeyer, 2014). Επιπλέον, η ενσωμάτωση αυτών των υπαρξιακών ανησυχιών και φόβων σε περιβάλλοντα και μεθόδους που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη, όπως είναι η παρηγορητική φροντίδα και η νοσηλευτική φροντίδα, μεταξύ άλλων, κρίνεται απαραίτητη για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στο τέλος της ζωής (Boston, Bruce & Schreiber, 2011 · De Campos et al., 2022 · Tarbi et al., 2023).

4.4. Φόβος του θανάτου και Τρίτη ηλικία

Γενικά, όπως έχουμε δει, ο φόβος του θανάτου είναι ένα φαινόμενο καθολικό σε όλες τις κοινωνίες. Ωστόσο, υποστηρίζεται πως τα άτομα Τρίτης Ηλικίας μπορεί να είναι πιο επιρρεπή σε φόβους και σε άγχη σχετικά με τον θάνατο (Zhang et al., 2019). Είναι σημαντικό, όμως, να λάβουμε υπόψη μας πως για κάθε άτομο η διαδικασία της γήρανσης είναι τελείως διαφορετική, διότι περιλαμβάνει ποικίλες σωματικές, βιολογικές, κοινωνικές, αλλά και ψυχολογικές διαστάσεις και αλλαγές (Heredia, 2021).

Σύμφωνα με τους Fortner, Neimeyer και Rybarczyk (2018), στην ανασκόπηση που πραγματοποίησαν, συμπεριέλαβαν περίπου 50 διαφορετικές μελέτες, δημοσιευμένες και μη, με πάνω από 4.500 χιλιάδες συμμετέχοντες συνολικά και μέσο όρο ηλικίας τα 73 έτη, μελετώντας εκτενώς τη σχέση του φόβου ή αλλιώς του άγχους του θανάτου με άλλους παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η ακεραιότητα του εγώ, το φύλο, η ιδρυματοποίηση, η σωματική και ψυχολογική υγεία, αλλά και η θρησκευτικότητα-πνευματικότητα. Οι ίδιοι διαπίστωσαν πως τα υψηλότερα επίπεδα άγχους ή φόβου του θανάτου παρουσίαζαν ηλικιωμένοι με χαμηλή ακεραιότητα του εγώ, περισσότερα προβλήματα υγείας, ενώ υπήρχαν και ενδείξεις υψηλών επιπέδων άγχους που σχετίζονται με την ιδρυματοποίησή τους. Όσο για το φύλο, την ηλικία και τη θρησκευτικότητα, δεν φάνηκε κάποιος από αυτούς τους παράγοντες να προβλέπει τον φόβο του θανάτου στα άτομα Τρίτης Ηλικίας (Fortner et al., 2018). Σε μία έρευνα εθνικού επιπέδου, στο Ιράν, όπου οι συμμετέχοντες ηλικίας 60 ετών και άνω ξεπερνούσαν τους 3.000, διαπιστώθηκε πως σχεδόν οι μισοί (40,7%) είχαν σοβαρό άγχος θανάτου, ενώ ένα 16,9% παρουσίαζε μέτριο άγχος θανάτου. Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στη σχέση του άγχους θανάτου με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση, τη θρησκεία αλλά και την ασφάλεια, χαρακτηρίζοντας έτσι το άγχος θανάτου ως ένα σύνθετο φαινόμενο μεταξύ των Ιρανών ατόμων Τρίτης Ηλικίας (Nafei et al., 2024).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά το φύλο, η έρευνα έχει δείξει ότι το άγχος του θανάτου είναι υψηλότερο στις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες απ' ότι στους μεγαλύτερους ηλικιακά άντρες (Fortner & Neimeyer, 1999), αλλά και γενικά ότι τα

επίπεδα άγχους θανάτου είναι υψηλότερα στο γυναικείο φύλο (Saeed, 2016 · Sharma et al., 2019). Από την άλλη, όμως, άλλες έρευνες δεν έχουν διαπιστώσει σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα επίπεδα άγχους θανάτου σε σχέση με το φύλο (Assari & Lankarani, 2016 · Rueda & Artazcoz, 2009). Ως προς την ηλικία, όπως έχει προαναφερθεί, ο φόβος του άγχους τείνει να είναι σε υψηλότερα επίπεδα στους μεσήλικες απ' ότι στους ηλικιωμένους, καθώς φαίνεται να μειώνεται από τη μέση ηλικία ως την Τρίτη Ηλικία, όπου σταθεροποιείται κατά τις τελευταίες δεκαετίες της ζωής. Αυτό, ωστόσο, δεν είναι απόλυτο, καθώς επιδρούν και άλλοι παράγοντες στον φόβο του θανάτου, όπως είναι τα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, μεταξύ άλλων (Fortner & Neimeyer, 1999 · Fortner et al., 2018). Στην έρευνα της Heredia (2021), η οποία περιελάμβανε συνεντεύξεις με άτομα ηλικίας 65 – 85 ετών, τα αποτελέσματα έδειξαν μια πιο θετική στάση απέναντι στον θάνατο του εαυτού, αλλά αρνητική απέναντι στον θάνατο των άλλων, δείχνοντας κατά αυτόν τον τρόπο τον φόβο για το πεπερασμένο ενός αγαπημένου προσώπου και την απώλειά του. Σύμφωνα με την Sebea και τους συνεργάτες της (2021), υποστηρίζεται πως υψηλότερο άγχος θανάτου βίωναν οι «νέοι» ηλικιωμένοι, σε σχέση με τους «μεσαία» ηλικιωμένους ή τους πολύ ηλικιωμένους. Αυτό, σύμφωνα με τους ίδιους οφείλεται πιθανόν στο ότι οι «νέοι» ηλικιωμένοι εκτίθενται σε περισσότερο αγχώδεις καταστάσεις σε αυτό το στάδιο της ζωής, λόγω της απώλειας της εργασίας, κοινωνικού δικτύου, κύρους, αλλά και την πτώση της σωματικής τους υγείας. Επιπλέον, η πολυεπίπεδη αυτή απώλεια επιδεινώνει τις σχετικές με τον θάνατο σκέψεις, ενώ αργότερα επέρχεται η αποδοχή και η προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα (Sebea et al., 2021).

Όπως έχουμε δει, τα προβλήματα σωματικής και ψυχολογικής υγείας οδηγούν σε αύξηση των επιπέδων άγχους του θανάτου. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερα είναι τα προβλήματα αυτά στους ηλικιωμένους, τόσο υψηλότερα είναι και τα επίπεδα άγχους θανάτου (Fortner et al., 2018). Για παράδειγμα, στην έρευνα του Saini και των συνεργατών του (Saini et al., 2016), φάνηκε πως οι ηλικιωμένοι που έπασχαν από χρόνιες ιατρικές παθήσεις είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου. Επίσης, η έρευνα του Çiftçi και των συνεργατών του (2024) έδειξε, από την πλευρά της ψυχολογίας, ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο του αισθήματος της μοναξιάς, τόσο αυξάνεται και ο φόβος ή το άγχος του θανάτου, καθώς και ο φόβος για τα γηρατειά γενικά. Επίσης, έχει

διαπιστωθεί πως όσο καλύτερη ψυχολογική υγεία έχουν τα άτομα, τόσο χαμηλότερα θα είναι τα επίπεδα άγχους θανάτου (Musaiger & D'Souza, 2009 · Sharma et al., 2019).

Αναφορικά με την ιδρυματοποίηση και τα άτομα Τρίτης Ηλικίας, φαίνεται αυτή να επιδρά καθοριστικά στα επίπεδα άγχους του θανάτου των ηλικιωμένων, με το άγχος ή τον φόβο του θανάτου να είναι υψηλότερος στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας σε σχέση με εκείνους που ζουν πιο ανεξάρτητα (Fortner et al., 2018). Γενικά, η ιδρυματοποίηση επηρεάζει αρνητικά τη συνολική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, όπως διαπιστώθηκε μέσω σχετικής συστηματικής ανασκόπησης της De Medeiros και των συνεργατών της (De Medeiros et al., 2020). Επίσης, σύμφωνα με την Lindsey (2010), σε περιβάλλοντα όπως οι οίκοι ευγηρίας και οι οίκοι φροντίδας ηλικιωμένων, υπάρχουν περισσότεροι παράγοντες που συμβάλλουν περαιτέρω στη διαιώνιση του άγχους του θανάτου, απ' ότι υπάρχουν στις οικείες που διαμένουν ηλικιωμένοι μόνοι τους ή με οικογένεια. Σε έρευνα του Azaiza και των συνεργατών του (2010) σε ηλικιωμένους Άραβες μουσουλμάνους ισραηλινής καταγωγής, οι ηλικιωμένοι που διέμεναν σε οίκους ευγηρίας ανέφεραν υψηλότερο άγχος θανάτου σε σχέση με όσους ζούσαν πιο ανεξάρτητα. Όπως επισημαίνει ο Moreno και οι συνεργάτες του (2009), παρά την λιγοστή έρευνα που έχει γίνει επί του θέματος, σε έρευνες των Shrut (1958, όπως αναφέρεται στο Moreno et al., 2009) και Swenson (1961, όπως αναφέρεται στο Moreno et al., 2009), έχει διαπιστωθεί πως οι ηλικιωμένοι που ζουν σε καθεστώς ιδρυματοποίησης έχουν υψηλότερο φόβο θανάτου σε σχέση με αυτούς που ζουν πιο ανεξάρτητα. Σε ασυμφωνία με τα ευρήματα αυτά ήρθε η έρευνα του Moreno και των συνεργατών του (2009), όμως, όπου σε σύνολο 227 ατόμων, συμπεριλαμβανομένων ηλικιωμένων που διέμεναν σε οικία, ανεξάρτητα, αλλά και ηλικιωμένων που διέμεναν σε κάποιο ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων στην πόλη της Κόρδοβας στην Ισπανία, διαπίστωσαν ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους ζούσαν σε ιδρύματα σε σχέση με όσους ζούσαν με τις οικογένειές τους ή μόνοι τους. Συγκεκριμένα, φάνηκε πως οι ηλικιωμένοι που ζούσαν σε καθεστώς ιδρυματοποίησης είχαν χαμηλότερο επίπεδο άγχους θανάτου απ' ότι οι ηλικιωμένοι που ζούσαν πιο ανεξάρτητα (Moreno et al., 2009). Παλαιότερη έρευνα του Arbinaga (2003) δεν εντόπισε διαφορές ανάμεσα στις ομάδες των ηλικιωμένων που διέμεναν σε ίδρυμα σε σχέση με αυτούς που διέμεναν σε οικία και ήταν πιο ανεξάρτητοι.

Ως προς την θρησκευτικότητα και τα θρησκευτικά πιστεύω γενικά, φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν υψηλά επίπεδα θρησκευτικότητας χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα άγχους θανάτου (Sharma et al., 2019 · Thorson & Powell, 1990). Φαίνεται, όμως, το περιεχόμενο των θρησκευτικών πεποιθήσεων να επηρεάζει τα επίπεδα άγχους θανάτου, καθώς εάν τα θρησκευτικά πιστεύω συνδέονται με έννοιες σχετικές με την τιμωρία στη μεταθανάτον ζωή, τότε τα επίπεδα άγχους θανάτου είναι υψηλότερα και το αντίστροφο (Florian & Kravitz, 1983 · Rigdon & Ertling, 1985, όπως αναφέρεται στο Cicirelli, 1999). Σύμφωνα με τη Sharma και τους συνεργάτες της (2019), η πνευματικότητα ή αλλιώς η θρησκευτικότητα αποτελεί στήριγμα, βοηθώντας τους ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις των γηρατειών, είτε πρόκειται για αυτές που αφορούν τη σωματική τους υγεία, είτε τις υπαρξιακές, συμπεριλαμβανομένου του επικείμενου θανάτου τους (Sharma et al., 2019).

Τέλος, η πανδημία του κορωνοϊού φαίνεται να είχε τις χειρότερες επιπτώσεις για τους ηλικιωμένους λόγω των σκληρότερων περιοριστικών μέτρων, των αυξημένων προβλημάτων υγείας ή του κινδύνου νόσησης, αλλά και εξαιτίας του μεγάλου ψηφιακού χάσματος σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία πληθυσμούς (Van Jaarsveld, 2020). Είχε επισημανθεί εξαρχής ότι τα άτομα Τρίτης Ηλικίας βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο από την έναρξη της πανδημίας (Wang et al., 2020). Όπως επιβεβαιώθηκε μετέπειτα και στη βιβλιογραφία, ο φόβος ή το άγχος του θανάτου ήταν ιδιαίτερα αυξημένος κατά την περίοδο της πανδημίας, κάτι που οφείλεται στα πολλά προβλήματα σωματικής υγείας των ηλικιωμένων, τις χρόνιες παθήσεις, τις διάφορες κινητικές διαταραχές ή αναπηρίες, αλλά και στην έλλειψη της ανεξαρτησίας τους (Assari & Lankarani, 2016 · Özgüç et al., 2021). Σύμφωνα με την έρευνα του Yanez και των συνεργατών του (2020), τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είχαν πολύ πιο υψηλά ποσοστά θνησιμότητας από τον Covid-19, σε σύγκριση με τα άτομα που ανήκουν σε άλλες ηλικιακές ομάδες. Επομένως, ενδεχομένως, ένας λόγος για την αύξηση των επιπέδων του άγχους θανάτου στους ηλικιωμένους να είναι ο αυξημένος αριθμός θανάτων στην ηλικιακή αυτή ομάδα. Στην έρευνα του Guner και των συνεργατών του (Guner et al., 2023), διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στο άγχος θανάτου και του αισθήματος της μοναξιάς στους ηλικιωμένους κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Επίσης, σύμφωνα με τους ίδιους, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση,

το μορφωτικό επίπεδο, η συμβίωση με συγγενείς στο σπίτι, οι χρόνιες παθήσεις αλλά και κάποια ευρήματα που σχετίζονται με διαδικασίες που έλαβαν μέρος κατά τη διάρκεια της πανδημίας, φάνηκαν να αυξάνουν το αίσθημα της μοναξιάς και του άγχους του θανάτου στα άτομα 65 ετών και άνω. Κλείνοντας, σύμφωνα με μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σχετικά με τον φόβο ή το άγχος θανάτου κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19, όπου συμπεριελήφθησαν 35 άρθρα με συνολικό δείγμα 17.832 ατόμων, τόσο από το γενικό πληθυσμό, όσο και από ασθενείς με Covid-19, άλλες χρόνιες παθήσεις, επαγγελματίες υγείας, αλλά και ηλικιωμένους από Ασία, Ευρώπη και Αμερική, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου είχαν οι ασθενείς που νοσούσαν με Covid-19, άτομα με χρόνιες παθήσεις και ηλικιωμένοι, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου εντοπίστηκαν στον γενικό πληθυσμό και στους επαγγελματίες υγείας, επισημαίνοντας ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους θανάτου είχαν σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων που τα βίωσαν (Patra et al., 2023).

Εν κατακλείδι, αυτό που μπορούμε να σημειώσουμε είναι πως οι παράγοντες που σχετίζονται με τον φόβο ή το άγχος του θανάτου στην Τρίτη Ηλικία είναι αρκετοί, χωρίς, ωστόσο, να υπάρχει συνέπεια ως προς τις απόψεις των ερευνητών. Οι έρευνες, ιδίως σε σχέση με κάποιους παράγοντες, όπως είναι ο παράγοντας της ιδρυματοποίησης, είναι ελάχιστες, τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο. Εδώ θα θέλαμε να επισημάνουμε την έλλειψη σχετικών με το θέμα ερευνών σε εθνικό επίπεδο, στη χώρα μας. Συνυπολογίζοντας τα παραπάνω, καταδεικνύεται η ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης του φόβου του θανάτου στην Τρίτη Ηλικία σε σχέση με τους διάφορους παράγοντες κινδύνου, λαμβάνοντας υπόψη τα διάφορα κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια στα οποία εντάσσονται και διαβιούν τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας. Μέσα από την εμβάθυνση και την περαιτέρω διερεύνηση, θα μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να υλοποιήσουν ουσιαστικές προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας αφενός της παρεχόμενης προς τους ηλικιωμένους βοήθειας, αφετέρου της ζωής των ηλικιωμένων και της συνολικής τους ευημερίας.

4.5. Εργαλεία μέτρησης του φόβου του θανάτου

Ο φόβος του θανάτου επηρεάζει, όπως είδαμε, καθοριστικά την ψυχολογική ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων (Tomer & Eliason, 2000). Για την καλύτερη κατανόηση, αλλά και αντιμετώπιση αυτού του πολύπλοκου φαινομένου, οι ερευνητές έχουν αναπτύξει διάφορα εργαλεία για την αξιολόγηση του φόβου ή του άγχους του θανάτου σε διαφορετικά πλαίσια, παραδείγματα των οποίων θα δούμε εν συντομία στη συνέχεια.

Ένα πρώτο παράδειγμα εργαλείου μέτρησης για τον φόβο ή το άγχος του θανάτου είναι το αυτοαναφορικό εργαλείο Death Anxiety Scale (DAS) του Templer, γνωστό στα ελληνικά ως Κλίμακα Άγχους Θανάτου. Η κλίμακα, που δημιουργήθηκε από τον Templer το 1970, είναι μονοδιάστατη και αποτελείται από 15 στοιχεία, μέσα από τα οποία μετριέται η έκταση του φόβου του θανάτου που βιώνει ένα άτομο μέσα από ένα σύνολο θεμάτων, με τις υψηλότερες απαντήσεις να δείχνουν και υψηλότερο φόβο ή άγχος θανάτου (Saleem, Gul & Saleem, 2015 · Templer, 1970 · Zhang et al., 2019). Εκτός από αυτό, υπάρχει και η αναθεωρημένη έκδοσή του, το Death Anxiety Scale – Revised (DAS-R), των Thorson και Powell, που αποτελείται από 25 προτάσεις – δηλώσεις σε διχοτομική κλίμακα σωστού λάθους που αφορούν σε 7 διαφορετικές διαστάσεις (Thorson & Powell, 1992). Επιπροσθέτως, υπάρχει και η εκτενής έκδοχή του Death Anxiety Scale, γνωστή ως Templer Death Anxiety Scale – Extended (TDAS-E), που αποτελείται από 51 προτάσεις – δηλώσεις, δηλαδή τα 15 αρχικά στοιχεία της κλίμακας με την προσθήκη 36 νέων στοιχείων, επίσης σε διχοτομική κλίμακα σωστού λάθους (Templer et al., 2006).

Ένα δεύτερο παράδειγμα εργαλείου μέτρησης, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για τη μέτρηση του φόβου ή του άγχους του θανάτου, είναι το εργαλείο των Collett-Lester, Fear of Death Scale (CL-FDS) – η αρχική του έκδοση και οι αναθεωρημένες εκδοχές του ίδιου εργαλείου. Πρόκειται για ένα αυτοαναφορικό εργαλείο το οποίο επιχειρούσε να μετρήσει τον φόβο του θανάτου στους ενήλικους γενικά. Η αρχική του έκδοση, η οποία αναπτύχθηκε πρώτη φορά το 1969 αποτελούταν από 36 προτάσεις – δηλώσεις σε εξάβαθμη κλίμακα, άνισες σε αριθμό στοιχείων – προτάσεων, ενώ η επόμενη αναθεώρηση Revised Collett-Lester Fear of Death Scale – CLFDS-R, αποτελείται από 32 προτάσεις – δηλώσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (Zuccala et al., 2022). Η αναθεώρηση της αρχικής έκδοσης προέκυψε λόγω της

δυσκολίας βαθμολόγησης που οφειλόταν στον άνισο αριθμό στοιχείων – προτάσεων (Lester, 1994). Η τρίτη και τελευταία αναθεώρηση του εργαλείου περιλαμβάνει μόνο 28 προτάσεις – δηλώσεις, οι οποίες μοιράζονται σε τέσσερις υποκλίμακες: Θάνατος του εαυτού (Death of Self), Θάνατος των Άλλων (Death of Others), Dying of Self, Θάνατος-ως διαδικασία-του Εαυτού (Dying of Self) και Θάνατος-ως διαδικασία-των Άλλων (Dying of Others). Οι απαντήσεις δίνονται σε μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert και η βαθμολόγηση προκύπτει τόσο συνολικά, όσο και για κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά, με τους μέσους όρους να καταδεικνύουν και τον βαθμό του φόβου του θανάτου ή της διαδικασίας του θανάτου (Cuniah, Bréchon & Bailly, 2021 · Lester, 1994 · Rosenberg, 2013).

Ένα ακόμη παράδειγμα εργαλείου για τη μέτρηση του φόβου του θανάτου αποτελεί το αυτοαναφορικό εργαλείο Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS) του Hoelter, το οποίο δημοσιεύτηκε το 1979 και αποτελούταν από 42 δηλώσεις – προτάσεις. Πρόκειται για ένα εργαλείο πολυδιάστατο, αποτελούμενο από 8 υποκλίμακες, κάθε μία από τις οποίες μετρούσε μία διακριτή πτυχή του φόβου του θανάτου, όπως: Φόβος για τη διαδικασία του θανάτου (Fear of the Dying Process), Φόβος των νεκρών (Fear of the Dead), Φόβος της καταστροφής (Fear of being Destroyed), Φόβος των σημαντικών άλλων (Fear of Significant Others), Φόβος για το Άγνωστο (Fear of the Unknown), Φόβος του συνειδητού Θανάτου (Fear of Conscious Death), Φόβος για το σώμα μετά τον θάνατο (Fear of the Body after death) και Φόβος Πρόωρου θανάτου (Fear of Premature death) (Borges & De Miguel, 2020 · Neimeyer & Moore, 1994).

Επιπλέον, ένα άλλο εργαλείο μέτρησης του άγχους του θανάτου και συγκεκριμένα των στάσεων που αφορούν στο άγχος του θανάτου, είναι το Death Attitude Profile – DAP και η αναθεωρημένη του έκδοση Death Attitude Profile – Revised – DAP-R, των Gesser, Wong και Reker (1988). Η αρχική εκδοχή περιλαμβάνει 21 προτάσεις – δηλώσεις που αφορούν τέσσερις διαστάσεις: Αποδοχή θανάτου προσανατολισμένη στην προσέγγιση (Approach oriented death acceptance), Φόβος του θανάτου/της διαδικασίας του θανάτου (Fear of death/dying), Αποδοχή θανάτου προσανατολισμένη στην διαφυγή (Escape-oriented death acceptance) και τέλος, Ουδέτερη αποδοχή θανάτου (Neutral death acceptance) (Wong, Reker & Gesser, 1994 · Zuccala et al.,

2022). Η δεύτερη (DAP-R) και πιο γνωστή έκδοση του εργαλείου, που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της στάσης απέναντι στο θάνατο, αποτελείται από 32 προτάσεις – δηλώσεις, οι οποίες εμπεριέχονται σε πέντε διαστάσεις: Fear of Death (Φόβος Θανάτου), Death Avoidance (Αποφυγή Θανάτου), Neutral Acceptance (Ουδέτερη Αποδοχή), Approach Acceptance (Αποδοχή Θανάτου) και Escape Acceptance (Διαφυγή), η οποία έχει σταθμιστεί και στα ελληνικά από την Μαλλιάρου και τους συνεργάτες της (Μαλλιάρου, 2011).

Ένα τελευταίο παράδειγμα, στο οποίο θα αναφερθούμε, είναι αυτό του εργαλείου Death Anxiety Questionnaire – DAQ, του Conte και των συνεργατών του. Πρόκειται για ένα αυτοαναφορικό εργαλείο αποτελούμενο από 15 προτάσεις – δηλώσεις, με τις απαντήσεις να δίνονται σε μία κλίμακα τύπου Likert 3 βαθμών, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να καταδεικνύουν και υψηλότερα επίπεδα άγχους θανάτου. Το DAQ αφορά τέσσερις ανεξάρτητες διαστάσεις του άγχους του θανάτου: Fear of the Unknown (Φόβος για το Άγνωστο), Fear of Suffering (Φόβος Οδύνης/Πόνου), Fear of Loneliness (Φόβος της Μοναξιάς) και Fear of Personal Extinction (Φόβος Προσωπικής Εξαφάνισης) (Conte, Weiner & Plutchik, 1982· Zuccala et al., 2022).

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως όλα τα παραπάνω εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών και παρουσιάζουν από ικανοποιητικές έως πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Neimeyer, 1994). Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί πως υπάρχουν ακόμη πολλά εργαλεία τα οποία επιχειρούν να μετρήσουν τον φόβο ή το άγχος του θανάτου, αλλά και άλλες πτυχές που σχετίζονται με αυτόν. Μερικά παραδείγματα είναι τα εξής: Concerns About Dying Instrument – CDI της Mazor και των συνεργατών της (Mazor et al., 2004), Leming Fear of Death Scale – LFDS (Cicirelli, 1998), The Lester Attitude toward Death Scale (Lester, 1991), αλλά και τα παρακάτω: Death Concern Scale – DCS, Handal’s Death Anxiety Scale – HDAS, Multidimensional Death Attitudes Scale – MDAS, Multidimensional Orientation Toward Death and Dying Inventory – MODDIF, Nelson & Nelson Death Fear Scale – NNDFS, Noyes Fear of Death Scale – NFDS, Sarnoff & Corwin Fear of Death Scale – SCFDS, Saunderson’s Death Attitude Scale – SDAS και Tolor & Reznikoff Death Anxiety Scale, όπως αναφέρονται στην επισκόπηση του Zuccala και των συνεργατών του (Zuccala et al., 2022).

Κλείνοντας, θα πρέπει να σημειωθεί πως στην παρούσα έρευνα θα αξιοποιηθεί η αναθεωρημένη κλίμακα μέτρησης του φόβου του θανάτου – Collett – Lester Fear of Death Scale και συγκεκριμένα με μία διαφοροποίηση στις προτάσεις – δηλώσεις του εργαλείου, όπως σταθμίστηκε στα ελληνικά από τη Δικαίου (2021), η οποία θα εξηγηθεί παρακάτω αναλυτικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

5.1. Αναγκαιότητα της έρευνας

Η γήρανση του πληθυσμού, τόσο σε εθνικό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, φαίνεται να αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Eurostat, η Ελλάδα ανήκει στις πιο γερασμένες πληθυσμιακά χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με μέσο όρο ηλικίας τα 46.6 έτη, κατέχοντας ταυτόχρονα έναν από τους υψηλότερους δείκτες εξάρτησης των ηλικιωμένων ηλικίας 65 ετών και άνω (Demography of Europe – 2024 Edition - Eurostat, n.d.). Αυτή η πορεία και οι αλλαγές στη δημογραφία της χώρας υπογραμμίζουν την επείγουσα ανάγκη για εμβάθυνση και κατανόηση των διαφόρων ψυχολογικών πτυχών επί του συνόλου των προβλημάτων των ηλικιωμένων, με ιδιαίτερη έμφαση σε εκείνα τα προβλήματα που φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους. Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, αντιμετωπίζουν προκλήσεις που μπορούν να επηρεάσουν τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχολογική ευεξία αλλά και τη συνολική ποιότητα της ζωής τους, καθώς η γήρανση αποτελεί μια πολυσύνθετη διαδικασία που συνεπάγεται μη αναστρέψιμες μεταβολές για το ίδιο το άτομο (Cauley, Dorman & Ganguli, 1996, όπως αναφέρεται στο Κουγιουμτζής, 2019).

Γενικά, ενώ έχει γίνει σημαντική έρευνα για τη γήρανση του πληθυσμού παγκοσμίως, φαίνεται να υπάρχει ένα αξιοσημείωτο κενό στις μελέτες που επικεντρώνονται στα άτομα Τρίτης Ηλικίας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά δεδομένα είναι απειροελάχιστα σχετικά με τις ψυχολογικές κατασκευές του φόβου του θανάτου, της ελπίδας και των θετικών αλλά και αρνητικών συναισθημάτων μεταξύ των ηλικιωμένων, τόσο αυτών που διαμένουν στην κοινότητα, όσο κι εκείνων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ή σε κάποιο άλλο ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων.

Η σημασία της μελέτης αυτών των τριών μεταβλητών – δηλαδή του φόβου του θανάτου, της ελπίδας και των θετικών-αρνητικών συναισθημάτων – είναι πολύπλευρη. Ο φόβος του θανάτου είναι μια διαδεδομένη ανησυχία μεταξύ των ατόμων Τρίτης Ηλικίας και πολυάριθμες μελέτες έχουν επισημάνει τις επιβλαβείς επιπτώσεις του φόβου του θανάτου στην ψυχολογική υγεία της ηλικιακής αυτής ομάδας (Lehto &

Stein, 2009), αφού ο φόβος αυτός έχει συνδεθεί με άγχος, κατάθλιψη και γενική δυσφορία, συμβάλλοντας σε μείωση της ελπίδας, των θετικών συναισθημάτων, αλλά και της ποιότητας της ζωής εν γένει. Όσον αφορά την ελπίδα, μέσα από την έρευνα φαίνεται πως πρόκειται για παράγοντα που παίζει καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και της ευημερίας των ηλικιωμένων (Myers et al., 2019), ενώ φαίνεται να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η κατάσταση υγείας του ατόμου, η κοινωνική του ζωή και υποστήριξη, η αίσθηση του σκοπού και του νοήματος για τη ζωή (Snyder et al., 1991). Επιπλέον, τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα είναι βασικοί δείκτες της συναισθηματικής υγείας των ηλικιωμένων και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα Τρίτης Ηλικίας αντιλαμβάνονται και αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους (Charles, Reynolds & Gatz, 2001 · Hu & Gruber, 2008). Τέλος, σχετικά με την συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων που ζουν σε οίκους ευγηρίας, η έρευνα έχει δείξει πως η μετάβαση σε ένα τέτοιο πλαίσιο, μπορεί να συνοδεύεται από συναισθήματα απώλειας, θλίψης, αλλά και από γενικότερες δυσκολίες προσαρμογής, με αποτέλεσμα την ύπαρξη αυξημένων επιπέδων αρνητικών συναισθημάτων και προβλημάτων, τόσο σωματικών, όσο και ψυχικών (Drageset et al., 2015).

Στην Ελλάδα, η έλλειψη ολοκληρωμένης έρευνας για αυτές τις τρεις ψυχολογικές κατασκευές παρουσιάζει ένα σημαντικό και αξιοποιήσιμο κενό, καθώς η απουσία συνδυαστικής διερεύνησης των τριών αυτών μεταβλητών καταδεικνύει την αναγκαιότητα της παρούσας έρευνας, η οποία μας επιτρέπει να αξιοποιήσουμε το υπάρχον κενό και να στοχεύσουμε στην κάλυψή του μέσω αυτής της μελέτης, συμβάλλοντας ταυτόχρονα στον εμπλουτισμό της παγκόσμιας γνώσης με την παροχή δεδομένων από συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο, όπως αυτό της Ελλάδας. Με το να εξετάσουμε τον φόβο του θανάτου, την ελπίδα και τα θετικά-αρνητικά συναισθήματα των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα αλλά και σε περιβάλλοντα ιδρυματοποίησης, όπως αυτά των οίκων ευγηρίας, θα αποκτήσουμε πολύτιμες γνώσεις που επί του παρόντος δεν υπάρχουν σε εθνικό επίπεδο, οι οποίες θα μπορούν να αξιοποιηθούν και περαιτέρω μέσα από διάφορα προγράμματα παρέμβασης και υποστήριξης του ηλικιωμένου πληθυσμού της χώρας μας.

5.2. Στόχος της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του φόβου του θανάτου, της ελπίδας και των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, και ειδικότερα όσον αφορά τους ηλικιωμένους που διαμένουν αφενός στην κοινότητα, αφετέρου σε οίκους ευγηρίας, όπως προέκυψε από την αναγκαιότητα της έρευνας επί του συγκεκριμένου θέματος.

Αναλυτικότερα, η μελέτη αυτή στοχεύει αφενός να αξιολογήσει τα επίπεδα φόβου του θανάτου, τον βαθμό της ελπίδας, αλλά και τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των ατόμων Τρίτης Ηλικίας, αφετέρου να συγκρίνει τα παραπάνω μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στην κοινότητα και σε εκείνων που ζουν σε συνθήκες ιδρυματοποίησης, όπως σε οίκους ευγηρίας. Επιπλέον, μέσα από την εξέταση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ του φόβου του θανάτου, της ελπίδας και του θετικού-αρνητικού συναισθήματος, θα αποκτήσουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τις ψυχολογικές αυτές δομές και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ευημερία των ηλικιωμένων, η οποία θα βοηθήσει με τη σειρά της στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων και συστημάτων υποστήριξης με στόχο τη βελτίωση της ψυχολογικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα, όπως προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τα οποία καλείται να απαντήσει η παρούσα έρευνα είναι τα εξής:

- Ποιος είναι ο συνολικός φόβος του θανάτου στους ηλικιωμένους γενικά;
- Ποιος είναι ο συνολικός φόβος του θανάτου στους ηλικιωμένους κοινότητας;
- Ποιος είναι ο συνολικός φόβος του θανάτου στους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας;
- Ποιος είναι ο φόβος του θανάτου των ηλικιωμένων γενικά σε σχέση με τις τέσσερις υποκλίμακες του Φόβου του Θανάτου;
- Ποιος είναι ο φόβος του θανάτου των ηλικιωμένων της κοινότητας σε σχέση με τις τέσσερις υποκλίμακες του Φόβου του Θανάτου;
- Ποιος είναι ο φόβος του θανάτου των ηλικιωμένων των οίκων ευγηρίας σε σχέση με τις τέσσερις υποκλίμακες του Φόβου του Θανάτου;

- Ποιος είναι ο βαθμός ελπίδας των ηλικιωμένων κοινότητας, των οίκων ευγηρίας και συνολικά;
- Ποιος είναι ο βαθμός ελπίδας στις δύο υποκλίμακες (Δράση – Δρόμοι) στους ηλικιωμένους κοινότητας, οίκων ευγηρίας και συνολικά;
- Ποια είναι τα επίπεδα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των ηλικιωμένων;
- Ποια είναι τα επίπεδα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων των ηλικιωμένων της κοινότητας;
- Ποια είναι τα επίπεδα θετικών και αρνητικών συναισθημάτων ηλικιωμένων των οίκων ευγηρίας;
- Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και σε εκείνους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας σε σχέση με:
 - Τον συνολικό φόβο του θανάτου
 - Τις τέσσερις υποκλίμακες του φόβου του θανάτου (Ο δικός σου θάνατος, Ετοιμοθάνατος, Ο θάνατος των άλλων, Ετοιμοθάνατοι)
 - Τον βαθμό ελπίδας
 - Τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα
- Διαφοροποιούνται γενικά σε σημαντικό βαθμό τα επίπεδα φόβου του θανάτου των ηλικιωμένων σε σχέση με τα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο, ηλικία, κατάσταση υγείας κ.ά.);
- Διαφοροποιείται γενικά σε σημαντικό βαθμό το επίπεδο ελπίδας των ηλικιωμένων σε σχέση με τα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά;
- Διαφοροποιούνται γενικά σε σημαντικό βαθμό τα επίπεδα θετικών-αρνητικών συναισθημάτων σε σχέση με τα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά;

Β' ΜΕΡΟΣ: ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Μέθοδος

Η μέθοδος αναφέρεται στην ερευνητική στρατηγική που επιλέγει ένας ερευνητής προκειμένου να διεξάγει την έρευνά του, δηλαδή την προσέγγιση που θα ακολουθήσει, ώστε να αντλήσει τις πληροφορίες που χρειάζεται για την διεξαγωγή της έρευνάς του. Στην προκειμένη περίπτωση, η ερευνητική στρατηγική που επιλέχθηκε είναι αυτή της ποσοτικής έρευνας, κατά την οποία τα δεδομένα που συλλέγονται ποσοτικοποιούνται, αναλύονται στατιστικώς και στη συνέχεια, μέσω της στατιστικής ανάλυσης, εξάγονται τα συμπεράσματα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε γενικεύσεις, εφόσον πληρούνται τα δειγματοληπτικά κριτήρια (Bryman, 2017).

Στην παρούσα έρευνα, μέσω της ποσοτικής ερευνητικής προσέγγισης, επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί μια έρευνα επισκόπησης μικρής κλίμακας. Οι επισκοπήσεις, γενικά, «συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπαρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα» (Cohen, Manion & Morrison, 2008, σ. 290).

Όσον αφορά τη δειγματοληπτική στρατηγική, στη συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε μη πιθανοτική δειγματοληψία, καθώς το δείγμα δεν επελέγη έπειτα από τυχαία εκλογή, κάτι που επιτρέπει σε κάποιες μονάδες πληθυσμού να έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιλεγούν από άλλες (Bryman, 2017). Συγκεκριμένα, ο τύπος μη πιθανοτικού δείγματος που επελέγη ήταν αυτός του «δείγματος ευκολίας» ή αλλιώς της «βολικής», «συμπτωματικής» ή «ευκαιριακής» δειγματοληψίας, κατά την οποία ο ερευνητής επιλέγει τα άτομα που βρίσκονται κοντά του ως υποκείμενα της έρευνας, γνωρίζοντας, ωστόσο, ότι το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του

ευρύτερου γενικού πληθυσμού και τα αποτελέσματα της έρευνας δεν θα είναι γενικεύσιμα (Cohen et al., 2008 · Robson, 2010).

Τέλος, ως καταλληλότερο μέσο συλλογής των δεδομένων της έρευνας κρίθηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε ατομικά από τον κάθε ερωτώμενο. Πρόκειται για ένα εύχρηστο μέσο, το οποίο εξασφαλίζει την ανωνυμία των υποκειμένων, χορηγείται γρήγορα και βοηθάει στη συλλογή μεγάλου πλήθους πληροφοριών, χωρίς να επιβαρύνει οικονομικά τον ερευνητή σε υπερβολικό βαθμό (Bryman, 2017). Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα θα αναλυθούν παρακάτω λεπτομερώς.

6.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων και δείγμα της έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη από τα μέσα Φεβρουαρίου έως τα μέσα Μαρτίου 2024, δίχως να προηγηθεί πιλοτική έρευνα, στην πόλη των Ιωαννίνων. Συγκεκριμένα, όσον αφορά το δείγμα των ηλικιωμένων κοινότητας, τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε καταστήματα εστίασης της πόλης, όπως καφενεία, αλλά και σε ιατρεία, φυσικοθεραπευτήρια και σε διάφορες γειτονιές πλησίον της ερευνήτριας. Επίσης, αναφορικά με το δείγμα των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν εντός των οίκων ευγηρίας και συγκεκριμένα στον Ζωγράφειο Οίκο Ευγηρίας Ιωαννίνων και στο Γηροκομείο Ζωσιμάδων στα Ιωάννινα.

Τα ερωτηματολόγια συνόδευε ένα εισαγωγικό κείμενο, το οποίο ενημέρωνε τους συμμετέχοντες για τον γενικό σκοπό της έρευνας και την τήρηση της ανωνυμίας τους, αλλά και την αξιοποίηση των δεδομένων αποκλειστικά για τους ακαδημαϊκούς σκοπούς της έρευνας. Τέλος, η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια πρόσωπο με πρόσωπο στην περίπτωση των ηλικιωμένων κοινότητας, ενώ στην περίπτωση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τον υπεύθυνο των δύο δομών κ. Νικόλαο Καραβιώτη και τον Κοινωνικό Λειτουργό του κάθε οίκου ευγηρίας, λόγω των αυστηρών περιοριστικών μέτρων που υπήρχαν τη δεδομένη χρονική περίοδο στις συγκεκριμένες δομές εξαιτίας του πλήθους κρουσμάτων κορωνοϊού (Covid-19). Η

χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τυχαία σειρά και η συμπλήρωσή τους από τους συμμετέχοντες έγινε τη στιγμή παραλαβής τους.

Όσον αφορά τους συμμετέχοντες, το δείγμα της έρευνας συνίστατο σε άτομα Τρίτης Ηλικίας που διαμένουν στην κοινότητα και σε εκείνους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Όπως προαναφέρθηκε, το δείγμα της παρούσας έρευνας, όπως προέκυψε από το μη πιθανοτικό δειγματοληπτικό σχέδιο, είναι αυτό της «ευκολίας», καθώς τα υποκείμενα προήλθαν από την πόλη μόνιμης διαμονής της ερευνήτριας, τόσο αναφορικά με την κοινότητα, όσο και με τους δύο οίκους ευγηρίας της πόλης: τον Ζωγράφειο Οίκο Ευγηρίας και το Γηροκομείο Ζωσιμάδων. Αναλυτικότερα, στην έρευνα πήραν μέρος συνολικά 264 άτομα Τρίτης Ηλικίας. Από το σύνολο των ατόμων, γυναίκες είναι 150 (56,8%) και οι άντρες 114 (43,2%). Από αυτά, τα 210 άτομα προέρχονται από την κοινότητα, αποτελώντας το 79,5% του συνολικού δείγματος, ενώ τα 54 άτομα (20,5%) από τους δύο οίκους ευγηρίας μαζί. Επίσης, όσον αφορά το φύλο των ηλικιωμένων σε σχέση με τον τόπο διαμονής, από τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα, οι 89 (42,4%) είναι άντρες και οι 121 (57,6%) είναι γυναίκες. Από τους ηλικιωμένους που διαμένουν στους δύο οίκους ευγηρίας, οι 25 (46,3%) είναι άντρες και οι 29 (53,7%) γυναίκες.

Όσον αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία του συνολικού δείγματος, δηλαδή 89 ηλικιωμένοι, δήλωσε 75-84 ετών (33,7%), αμέσως μετά το 32,2%, δηλαδή 85 άτομα δήλωσαν 66-74 ετών, 52 άτομα (19,7%) δήλωσαν πως βρίσκονται ανάμεσα στα 60-65 έτη και τέλος 38 άτομα (14,4%), δήλωσαν πως είναι 85 και άνω. Αναφορικά με τους ηλικιωμένους κοινότητας, 51 άτομα (24,3%) δήλωσαν την ηλικία των 60-65, 71 άτομα (33,8%) την ηλικιακή ομάδα των 66-74 ετών, το 29,5% που αντιστοιχεί σε 62 άτομα δήλωσε την ομάδα των 75-84 ετών και τέλος, 85 και άνω δήλωσαν μόλις 26 άτομα, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 12,4%. Σχετικά με τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε δύο οίκους ευγηρίας, μόνο ένα άτομο (1,9%) δήλωσε πως ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 60-65 ετών, 14 ηλικιωμένοι δήλωσαν την ηλικιακή ομάδα των 66-74 με ποσοστό 25,9%, 27 άτομα δήλωσαν πως ανήκουν στην ομάδα των 75-84 ετών, αποτελώντας την πλειοψηφία του συγκεκριμένου δείγματος (50%) και άλλα 12 άτομα (δηλαδή το 22,2%), δήλωσαν πως είναι 85 ετών και άνω.

Προχωρώντας στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και στην απόκτηση τέκνων και των αριθμό αυτών, τα 138 άτομα (52,3%) που αποτελούν την πλειοψηφία του συνόλου των ηλικιωμένων, δήλωσαν έγγαμοι, ενώ τα 90 άτομα (34,1%) δήλωσαν χήροι. Άγαμοι και διαζευγμένοι συμμετέχοντες αποτελούσαν το 6,8% (δηλαδή τα 18 άτομα) σε κάθε μία από τις δύο ομάδες. Ειδικότερα, σχετικά με τους ηλικιωμένους κοινότητας, το 60% (126 άτομα) αποτελεί την ομάδα των έγγαμων συμμετεχόντων, το 28,1% (59 άτομα) αποτελούν τους χήρους και τέλος, μόλις 12 (5,7%) και 13 (6,2%) άτομα δήλωσαν άγαμοι και διαζευγμένοι αντίστοιχα. Όσον αφορά την απόκτηση παιδιών, από το σύνολο των 264 ηλικιωμένων, το 88,3%, δηλαδή τα 233 άτομα, δήλωσαν πως έχουν παιδί ή παιδιά, ενώ μόλις το 11,7% των ηλικιωμένων (31 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει κάποιο παιδί. Από τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα, το 91% (191 ηλικιωμένοι) δήλωσαν πως έχουν παιδιά, σε σχέση με το 9%, δηλαδή 19 άτομα, που δήλωσαν πως δεν έχουν. Συγκεκριμένα, τα 127 άτομα που διαμένουν στην κοινότητα (66,5%) δήλωσαν ότι έχουν από 1-2 παιδιά, τα 62 άτομα (32,5%) δήλωσαν πως έχουν 3-4 παιδιά, ενώ μόνο 2 άτομα (1%) δήλωσε ότι έχει 5 ή περισσότερα. Από τους ηλικιωμένους των δύο οίκων ευγηρίας, πάλι η πλειονότητα, δηλαδή τα 42 από τα 54 άτομα (77,8%) δήλωσαν πως έχουν παιδιά, ενώ μόνο 12 άτομα (22,2%) δήλωσαν πως είναι άτεκνα. Από τα 42 άτομα, τα 25 (59,5%) δήλωσαν πως έχουν 1-2 παιδιά, τα 16 (38,1%) ότι έχουν 3-4 παιδιά, ενώ μόνο ένα άτομο (2,4%) δήλωσε πως έχει 5 ή περισσότερα παιδιά.

Συνεχίζοντας με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, ή αλλιώς το μορφωτικό τους επίπεδο, από το σύνολο των 264 ηλικιωμένων, το 33% (87 ηλικιωμένοι) δήλωσαν πως έχουν τελειώσει το Δημοτικό, το Γυμνάσιο και το Λύκειο δήλωσαν 40 (15,2%) και 53 (20,1%) άτομα αντίστοιχα, ενώ υψηλό ποσοστό κατείχαν τα άτομα που δήλωσαν το Πανεπιστήμιο με 29,5% (78 ηλικιωμένοι) και μόλις 6 άτομα (2,3%) επί του συνόλου του δείγματος δήλωσαν πως δεν έχουν πάει σχολείο. Ειδικότερα, όσον αφορά τους ηλικιωμένους κοινότητας, τα 54 άτομα (25,7%) δήλωσαν Δημοτικό, τα 23 (11%) Γυμνάσιο, τα 49 (23,3%) Λύκειο, τα 78 (37,1%) Πανεπιστήμιο και 6 (2,9%) πως δεν έχουν πάει σχολείο. Από την πλευρά των ηλικιωμένων που διαμένουν στους οίκους ευγηρίας, το 61,1% (33 άτομα) δήλωσε το Δημοτικό, 31,5% (17 άτομα) το Γυμνάσιο και μόλις 4 άτομα (7,4%) το Λύκειο. Οι κατηγορίες

«Πανεπιστήμιο» και «Δεν έχω πάει σχολείο» δεν δηλώθηκαν από κανέναν ηλικιωμένο των οίκων ευγηρίας.

Προχωρώντας με τον τόπο διαμονής, στα υποκείμενα της έρευνας δόθηκαν οι επιλογές «Εντός Ιωαννίνων (Στην πόλη)», «Εκτός Ιωαννίνων (Σε χωριό)» και «Άλλο» για να βάλουν κάτι που δεν εμπίπτει στις δύο άλλες. Από τους 264 ηλικιωμένους, οι 179 (67,8%) δήλωσαν πως διαμένουν στην πόλη των Ιωαννίνων, ενώ οι 79 (29,9%) ότι διαμένουν σε χωριό, εκτός των Ιωαννίνων. Μόλις 6 άτομα, που αντιστοιχεί στο 2,3% του συνολικού δείγματος, δήλωσε την επιλογή «Άλλο». Αναφορικά με τους ηλικιωμένους κοινότητας, οι 125 (59,5%) δήλωσαν πως διαμένουν εντός της πόλης των Ιωαννίνων, οι 79 (37,6%) σε χωριό και τα 6 άτομα (2,9%) δήλωσαν την επιλογή Άλλο». Από τα 6 άτομα που δήλωσαν την επιλογή «Άλλο», τα 2 δήλωσαν ως άλλο τόπο διαμονής τη Γερμανία, και τα υπόλοιπα 4 άτομα δήλωσαν διαφορετικό τόπο το καθένα: Ολλανδία, Αθήνα, Πάτρα και Βόλο. Από τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας δηλώθηκε μόνο η πόλη των Ιωαννίνων, καθώς και οι δύο οίκοι ευγηρίας βρίσκονται εντός αυτής.

Όσον αφορά τα εργασιακά ή αλλιώς την επαγγελματική απασχόληση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν συνταξιούχοι με ποσοστό 82,2% που αντιστοιχεί σε 217 άτομα επί του συνόλου των ηλικιωμένων, ενώ το 14% των ατόμων (37 άτομα) δήλωσαν πως εργάζονται. Πιο συγκεκριμένα, από τους ηλικιωμένους κοινότητας, τα 164 άτομα δήλωσαν συνταξιούχοι με ποσοστό (78,1%), ενώ εργαζόμενοι δήλωσαν 37 άτομα (17,6%). Όσον αφορά τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας, τα 53 άτομα, δηλαδή το 98,1%, δήλωσαν συνταξιούχοι, ενώ εργαζόμενος δεν ήταν κανένας συμμετέχοντας από το συγκεκριμένο δείγμα. Τέλος, ένα 3,8%, δηλαδή 10 άτομα συνολικά, τα 9 από τα οποία προέρχονταν από τους ηλικιωμένους κοινότητας (4,3%) και το 1 από τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας (1,9%), δήλωσαν την επιλογή «Άλλο». Πρέπει να σημειωθεί πως οι 9 ηλικιωμένοι από αυτούς που διαμένουν στην κοινότητα κατέγραψαν στην επιλογή «Άλλο» τα «Οικιακά», ενώ το 1 άτομο από τους ηλικιωμένους δεν έδωσε καμία σχετική απάντηση αφήνοντας το πεδίο, κάνοντας απλά την επιλογή «Άλλο».

Σχετικά με την διαμονή των συμμετεχόντων, όπως αναφέραμε ήδη, έχουμε τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα και αυτούς που διαμένουν σε δύο οίκους

ευγηρίας. Ειδικότερα, όσον αφορά τους ηλικιωμένους κοινότητας, έχουμε κάποιες επιμέρους κατηγορίες: τους ηλικιωμένους που μένουν μόνοι τους, αυτούς που μένουν με σύζυγο και αυτούς που μένουν με ευρύτερη οικογένεια, χωρίς να προσδιορίζεται το εάν πρόκειται για παιδιά, εγγόνια ή άλλους συγγενείς. Από το σύνολο των ηλικιωμένων, οι 54 (20,5%) προέρχονται από τους δύο οίκους ευγηρίας, ενώ από τους υπόλοιπους 210 ηλικιωμένους, η πλειοψηφία που αποτελείται από 101 άτομα (38,2%) διαμένει με σύζυγο, 70 άτομα (26,5%) δήλωσαν πως διαμένουν μόνα τους, ενώ με ευρύτερη οικογένεια δήλωσαν πως διαμένουν 39 ηλικιωμένοι (14,8%).

Επίσης, όσον αφορά τους 54 ηλικιωμένους που διαμένουν στους οίκους ευγηρίας, έχουμε διαχωρίσει τη διάρκεια διαμονής τους σε 0-6 μήνες, 7 μήνες – 1 χρόνο, 2-3 χρόνια και 4 ή περισσότερα χρόνια. Από το σύνολο του δείγματος των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, η πλειονότητα των ηλικιωμένων, δηλαδή τα 29 άτομα (53,7%) δήλωσαν πως διαμένουν στον οίκο ευγηρίας επί 4 ή περισσότερα χρόνια, τα 18 άτομα (33,3%) δήλωσαν πως διαμένουν σε οίκο ευγηρίας για 2-3 χρόνια, τα 6 (11,1%) από 7 μήνες έως 1 χρόνο και τέλος, μόνο ένα άτομο (1,9%) δήλωσε ότι διαμένει σε οίκο ευγηρίας από 0 έως 6 μήνες

Συνεχίζοντας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων, προχωράμε στη συμμετοχή τους σε κάποιο Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων), όπου μόνο 43 άτομα (20,5%) δήλωσαν ότι επισκέπτονται κάποιο Κ.Α.Π.Η., τα οποία προέρχονται αποκλειστικά από τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα. Από αυτά τα 43 άτομα, τα 32 (74,4%) επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. 1-2 φορές την εβδομάδα, τα 9 (20,9%) 3-4 φορές την εβδομάδα και μόνο 2 άτομα 5-6 φορές την εβδομάδα με ποσοστό (4,7%). Να σημειωθεί πως κανένα άτομο δεν σημείωσε την επιλογή «7 φορές την εβδομάδα». Τέλος, από τα 43 άτομα που δήλωσαν πως επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η, το 79,1%, δηλαδή τα 34 άτομα είναι γυναίκες, ενώ τα υπόλοιπα 9 είναι άντρες (20,9%), ενώ ηλικιακά οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, από το σύνολο των 43, που επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες των 75-84 ετών (19 άτομα – 44,2%) και 66-74 ετών (18 άτομα – 41,9%), ενώ μόνο 3 άτομα (7%) έχουν δηλώσει την ηλικιακή ομάδα 60-65 ετών και επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η., όπως συμβαίνει και στην ηλικιακή ομάδα των 85 και άνω (3 άτομα – 7%).

Τέλος, όσον αφορά την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων, από το σύνολο των 264 ηλικιωμένων, 49 ηλικιωμένοι δήλωσαν πολύ καλή κατάσταση υγείας (18,6%), 101 (38,3%) δήλωσαν καλή υγεία, αποτελώντας και την πλειονότητα του δείγματος, 85 (32,2%) δήλωσαν μέτρια υγεία, ενώ 22 (8,3%) και 7 (2,7%) άτομα, δήλωσαν κακή και πολύ κακή υγεία αντίστοιχα. Ειδικότερα, αναφορικά με τους ηλικιωμένους κοινότητας, κοντά στους μισούς, δηλαδή το 43,8% (92 άτομα) δήλωσαν καλή υγεία, 59 ηλικιωμένοι δήλωσαν μέτρια κατάσταση υγείας (28,1%), 49 άτομα δήλωσαν πολύ καλή υγεία με ποσοστό 23,3%, ενώ 8 άτομα (3,8%) δήλωσαν κακή υγεία και μόλις 2 άτομα δήλωσαν πολύ κακή κατάσταση υγείας (1%). Από την άλλη, όσον αφορά τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, κανένας δεν δήλωσε πολύ καλή υγεία, ενώ μόνο 9 άτομα (16,7%) δήλωσαν καλή υγεία. Τα περισσότερα άτομα (26) δήλωσαν μέτρια υγεία (48,1%) και τα 14 (25,9%) δήλωσαν κακή υγεία. Πολύ κακή υγεία δήλωσαν μόνο 5 άτομα (9,3%) από το σύνολο των 54.

6.3. Μέσο συλλογής δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, ως μέσο συλλογής δεδομένων, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο όπως προαναφέραμε είναι ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται και αναλύεται εύκολα, ενώ αποτελεί το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής δεδομένων (Manstead & Semin, 2007).

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας, χορηγήθηκαν συνολικά τέσσερα ερωτηματολόγια, εκ των οποίων το ένα ήταν ένα απλό ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων που δημιουργήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια, ενώ τα υπόλοιπα τρία ήταν γνωστά και ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια, σταθμισμένα και προσαρμοσμένα στα ελληνικά, από τα οποία το καθένα αντιστοιχούσε και σε μία μεταβλητή. Κριτήρια για την επιλογή των εν λόγω ερωτηματολογίων αποτέλεσαν οι ψυχομετρικές τους ιδιότητες, δηλαδή η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους, η συντομία και η σαφήνιά τους, προκειμένου να διευκολυνθούν όσο το δυνατόν περισσότερο οι ερωτώμενοι κατά τη συμπλήρωσή τους, δεδομένης της ηλικίας τους και των δυσκολιών που αυτή συνεπάγεται. Τέλος, όπως ήδη αναφέραμε παραπάνω, τα ερωτηματολόγια συνόδευε ένα κείμενο, που ενημέρωνε τους

συμμετέχοντες για τον σκοπό της έρευνας, διασφαλίζοντας την ανωνυμία και την αξιοποίηση των δεδομένων για τους σκοπούς της έρευνας, τονίζοντας ταυτόχρονα τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής και της διακοπής της σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή.

Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στα πλαίσια διεξαγωγής της έρευνας ήταν τα εξής: το Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών και Προσωπικών Στοιχείων, το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας (Adult Hope Scale – AHS) του Snyder και των συνεργατών του (1991), η Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (Positive Affect and Negative Affect Schedule – PANAS) του Watson και των συνεργατών του (1988) και η Αναθεωρημένη Κλίμακα Μέτρησης Φόβου Θανάτου (Collett-Lester Fear of Death Scale – CL-FODS) των Collett – Lester (Lester, 1994).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά το πρώτο ερωτηματολόγιο, αυτό των δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων, πρόκειται για ένα δομημένο ερωτηματολόγιο (Ζαφειρόπουλος, 2015), το οποίο αποτελείται από μια συνοδευτική επιστολή ενημέρωσης των υποκειμένων και 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Ειδικότερα, όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούν στην απόσπαση πληροφοριών σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την απόκτηση παιδιών, τον αριθμό τέκνων, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τόπο διαμονής, αν δηλαδή μένουν εντός-εκτός της πόλης των Ιωαννίνων ή αλλού, την εργασιακή ιδιότητα, τις συνθήκες διαμονής-διαβίωσης, συμπεριλαμβανομένης της διαμονής σε οίκο ευγηρίας και της διάρκειας διαμονής τους σε αυτόν, την επίσκεψη σε κάποιο Κ.Α.Π.Η. και την συχνότητα αυτής και τέλος, την κατάσταση της υγείας τους. Οι ερωτήσεις που αφορούν το φύλο, την απόκτηση παιδιών, τον τόπο διαμονής και την επίσκεψη σε κάποιο Κ.Α.Π.Η. είναι διχοτομικής κλίμακας και επιδέχονται ως απάντηση μία από δύο δυνατές τιμές. Το φύλο που χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: 0=Άντρας – 1=Γυναίκα, η απόκτηση παιδιών που παίρνει τιμές 0=Ναι – 1=Όχι, ο τόπος διαμονής που χωρίζεται στις κατηγορίες: 1=Εντός Ιωαννίνων-Στην πόλη – 2=Εκτός Ιωαννίνων-Σε χωριό και 3=Άλλο και η επίσκεψη σε Κ.Α.Π.Η. που επιδέχεται ως απάντηση είτε 0=Ναι, είτε 1=Όχι. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις είναι ερωτήσεις απλής επιλογής, οι οποίες επιδέχονται μόνο μία επιλογή ως απάντηση μέσα από μια σειρά προτεινόμενων επιλογών. Συγκεκριμένα, η

ηλικία που διακρίθηκε σε τέσσερις κατηγορίες (1=60-65 ετών, 2=66-74 ετών, 3=75-84 ετών και άνω των 4=85 ετών), η οικογενειακή κατάσταση που χωρίστηκε, ομοίως, σε τέσσερις κατηγορίες (1=Έγγαμος/η, 2=Άγαμος/η, 3=Διαζευγμένος/η, 4=Χήρος/α), το σύνολο των τέκνων που χωρίστηκε σε τρεις κατηγορίες (1=1-2 παιδιά, 2=3-4 παιδιά και 3=5 ή περισσότερα), το επίπεδο εκπαίδευσης που χωρίστηκε σε 6 κατηγορίες (1-6) (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, Πανεπιστήμιο, Δεν έχω πάει σχολείο, Άλλο), η εργασιακή ιδιότητα που διαιρέθηκε σε τρεις κατηγορίες (1=Συνταξιούχος/α, 2=Εργαζόμενος/η, 3=Άλλο), οι συνθήκες διαμονής-διαβίωσης που αφορούσαν το περιβάλλον διαμονής, οι οποίες χωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες (Μένω: 1=Μόνος/η, 2=Με σύζυγο, 3=Με ευρύτερη οικογένεια, 4=Σε οίκο ευγηρίας), η διάρκεια διαμονής σε οίκο ευγηρίας που χωρίστηκε σε τέσσερις κατηγορίες (1-4) (0-6 μήνες, 7 μήνες-1 χρόνο, 2-3 χρόνια, 4 και περισσότερα), η συχνότητα επίσκεψης σε Κ.Α.Π.Η. σε εβδομαδιαία βάση που διακρίθηκε σε τέσσερις κατηγορίες (1-2 φορές την εβδομάδα, 3-4, 5-6 και 7) και τέλος, η κατάσταση της υγείας, η οποία διαιρέθηκε σε πέντε κατηγορίες (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή).

Προχωρώντας στο Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας (Adult Hope Scale – AHS), πρόκειται για εργαλείο αυτοαξιολόγησης που κατασκευάστηκε από τους Snyder et al. (1991) για την μέτρηση της ελπίδας και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από την Κουτρούλη (2015).

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο υποκλίμακες: Δράση (Agency) και Δρόμοι (Pathways) και περιλαμβάνει συνολικά 12 προτάσεις – δηλώσεις, τις οποίες το άτομο καλείται να χαρακτηρίσει σωστές ή λανθασμένες σε μία οκτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert, που βαθμολογείται από το «Απόλυτα Λάθος» έως το «Απόλυτα Σωστό» (1=Απόλυτα Λάθος, 2=Κατά βάση Λάθος, 3= Μάλλον Λάθος, 4=Ελαφρώς Λάθος, 5=Ελαφρώς Σωστό, 6=Μάλλον Σωστό, 7=Κατά βάση Σωστό, 8=Απόλυτα Σωστό). Η βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των τιμών κάθε κλίμακας αρχικά και στη συνέχεια από το άθροισμα των τελικών σκορ των δύο υποκλιμάκων, το οποίο μας δίνει και την τελική βαθμολογία. Οι βαθμολογίες σε κάθε κλίμακα μπορούν να κυμανθούν από το 4 έως το 32, ενώ για τη συνολική βαθμολογία από το 8 έως το 64. Οι προτάσεις – δηλώσεις που αντιστοιχούν στις υποκλίμακες είναι οι εξής:

- Υποκλίμακα Δράση (Agency): 2, 9, 10, 12.

- Υποκλίμακα Δρόμοι (Pathways): 1, 4, 6, 8.

Οι υπόλοιπες τέσσερις ερωτήσεις αποτελούν συμπληρωματικά στοιχεία του ερωτηματολογίου και δεν βαθμολογούνται.

Συνεχίζοντας με την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (Positive Affect and Negative Affect Schedule – PANAS), πρόκειται για εργαλείο αυτοαξιολόγησης της θετικής και αρνητικής κατάστασης του ατόμου των Watson και των συνεργατών του (1988), αποτελούμενο από δύο επιμέρους κλίμακες: την κλίμακα του θετικού συναισθήματος και την κλίμακα του αρνητικού συναισθήματος (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2012). Η κάθε κλίμακα αποτελείται από 10 χαρακτηρισμούς και οι απαντήσεις δίνονται σε μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από «πολύ λίγο» έως «πάρα πολύ» (1= Πολύ Λίγο, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Αρκετά, 5=Πάρα Πολύ). Η βαθμολογία προκύπτει από τον μέσο όρο των ερωτήσεων, οι οποίες αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα, παίρνοντας τιμές από 10 έως 50 (Watson et al., 1988). Οι δύο υποκλίμακες και οι δηλώσεις που τους αντιστοιχούν είναι οι εξής:

- Κλίμακα PA Θετικού συναισθήματος: δηλώσεις 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19.
- Κλίμακα NA Αρνητικού συναισθήματος: δηλώσεις 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20.

Στην παρούσα εργασία θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο όπως προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τις Daskalou και Syngollitou (2012).

Τέλος, προχωρώντας στο τελευταίο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στα υποκείμενα της έρευνάς μας, δηλαδή την Αναθεωρημένη Κλίμακα Μέτρησης Φόβου Θανάτου (Collett-Lester Fear of Death Scale – CL-FODS), πρόκειται για την αναθεωρημένη έκδοση της Κλίμακας Μέτρησης Φόβου του Θανάτου των Collett – Lester (Lester, 1994), η οποία αποτελείται από 4 υποκλίμακες σε πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert, από το «Καθόλου» έως το «Πολύ» (1=Καθόλου, 2-3-4= Κάπως, 5=Πολύ), με 8 δηλώσεις - προτάσεις η κάθε μία. Το ερωτηματολόγιο αυτό, το οποίο θα χρησιμοποιήσουμε, έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τη Δικαίου (2021) και οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, όπως προκύπτουν από την προσαρμογή αυτή είναι οι εξής:

- Ο δικός σου θάνατος (Your Own Death)
- Ετοιμοθάνατος (Your Own Dying)
- Ο Θάνατος των άλλων (The Death of Others)
- Ετοιμοθάνατοι (The Dying of Others)

Η βαθμολογία προκύπτει από το μέσο όρο των τιμών των απαντήσεων, τόσο για κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά, όσο και συνολικά, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να καταδεικνύουν υψηλότερο φόβο θανάτου. Οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες των 9 δηλώσεων-προτάσεων κυμαίνονται από 8 έως 40, ενώ για το σύνολο της βαθμολογίας 32 έως 160. Με την προσαρμογή, όμως του εργαλείου, την οποία θα αναλύσουμε παρακάτω στις ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων, από την οποία προκύπτουν 7 δηλώσεις-προτάσεις σε κάθε μία από τις τέσσερις υποκλίμακες, οι βαθμολογίες μπορούν να κυμανθούν από 7 έως 35 σε κάθε υποκλίμακα, ενώ για τη συνολική βαθμολογία από 28 έως 140 (Δικαίου, 2021).

6.4. Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας

Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας μιας έρευνας, ιδίως ποσοτικής, απαιτείται η χρήση έγκυρων και αξιόπιστων ερευνητικών εργαλείων (Ουζούνη & Νακάκης, 2011). Όσον αφορά τον όρο εγκυρότητα, πρόκειται για «τον βαθμό στον οποίο ένα τεστ μετρά τα χαρακτηριστικά ή τη συμπεριφορά για τη μέτρηση των οποίων αρχικά κατασκευάστηκε» (Κουλάκογλου, 2020, σ. 101). Από την άλλη, με τον όρο αξιοπιστία αναφερόμαστε στην «ικανότητα του τεστ να προκαλεί σταθερές τιμές» (Κουλάκογλου, 2020, σ. 101). Επομένως, οι ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων, δηλαδή η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους, μας δείχνουν κατά πόσο αυτά τα ερευνητικά εργαλεία που έχουμε στη διάθεσή μας, είτε τα έχουμε κατασκευάσει οι ίδιοι, είτε όχι, αφενός μετράνε αυτό για το οποίο κατασκευάστηκαν να μετράνε, όπως διαπιστώνεται μέσα από επανειλημμένες μετρήσεις, αφετέρου αυτές οι μετρήσεις να χαρακτηρίζονται από σταθερότητα και εσωτερική συνοχή σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (Ουζούνη & Νακάκης, 2011). Στην παρούσα έρευνα, η επιλογή των προαναφερθέντων εργαλείων βασίστηκε, μεταξύ άλλων, στις καλές ψυχομετρικές ιδιότητές τους.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας (Adult Hope Scale – AHS) και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει αποδεκτή εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής με τις τιμές του να κυμαίνονται από το .74 - .88 συνολικά (Snyder et al., 1991, όπ. αναφ. στο Κουτρούλη, 2015) αλλά και .70 - .84 για την κλίμακα Agency (Δράση) και για την κλίμακα Pathways (Δρόμοι) .63 - .86 (Gilman, Schumm & Chard, 2012, όπ. αναφ. στο Κουτρούλη, 2015). Όσον αφορά την αξιοπιστία και τον δείκτη α του Cronbach, φαίνεται μέσα από διάφορες έρευνες να κυμαίνεται ανάμεσα στο .80 - .87, παρουσιάζοντας ικανοποιητική αξιοπιστία (Tilkeridou, Moraitou, Pezirkianidis & Stalikas, 2021 · Mast, Ludwin, Van Haitisma & Meeks, 2015), αλλά και .85, .77 και .77 για τη συνολική ελπίδα, τη δράση και τους δρόμους αντίστοιχα (DiGasbarro et al., 2020), ενώ στην περίπτωση των Babyak et al. (1993) αναφέρεται πολύ υψηλή αξιοπιστία (.96 και .99) για τις δύο υποκλίμακες.

Συνεχίζοντας με την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (Positive Affect and Negative Affect Schedule – PANAS) και σύμφωνα με τους κατασκευαστές της κλίμακας, οι δύο υποκλίμακες μπορούν να προσφέρουν αξιόπιστα αποτελέσματα. Ο δείκτης αξιοπιστίας α του Cronbach, βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα καταδεικνύοντας υψηλή αξιοπιστία, όπως φαίνεται από τις τιμές και στις δύο κλίμακες: .86 έως .90 στην κλίμακα που αφορά το Θετικό Συναισθήμα και .84 έως .87 στην κλίμακα του Αρνητικού Συναισθήματος. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει ικανοποιητική συγκλίνουσα (Convergent), αλλά και διακριτική ή διακρίνουσα (Discriminant) εγκυρότητα (Watson et al., 1988). Στα πλαίσια της προσαρμογής της κλίμακας σε ελληνικό πληθυσμό, μέσω επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, προέκυψε ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Επίσης, όσον αφορά την αξιοπιστία, η εσωτερική αξιοπιστία των δύο κλιμάκων (Cronbach's α) βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, καθώς για την κλίμακα θετικού συναισθήματος ο δείκτης αξιοπιστίας είναι .74, ενώ για την κλίμακα αρνητικού συναισθήματος .79 (Daskalou & Syngollitou, 2012).

Προχωρώντας στην Αναθεωρημένη Κλίμακα Μέτρησης Φόβου Θανάτου (Collett-Lester Fear of Death Scale – CL-FODS), αναφορικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου, η αναθεωρημένη έκδοση του ερωτηματολογίου παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα κατασκευής (Construct Validity), ενώ η αξιοπιστία κρίνεται εξίσου

ικανοποιητική, αφού ο δείκτης άλφα του Cronbach ήταν .91, .89, .72 και .87 για τις υποκλίμακες “Fear of Death of Self”, “Fear of Dying of Self”, “Fear of Death of Others”, και “Fear of Dying of Others” (Lester, 1994). Επίσης, στην έρευνα της Δικαίου (2021), η αξιοπιστία κάθε υποκλίμακας ξεχωριστά, αλλά και του συνολικού φόβου του θανάτου, ήταν πολύ ικανοποιητική με τις τιμές του δείκτη α του Cronbach να κυμαίνονται από .79 έως .96. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, πως το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε ακριβώς όπως δίνεται στην έρευνα της Δικαίου (2021), όπως προαναφέραμε, όπου παραλείπεται μία από τις 8 προτάσεις – δηλώσεις σε κάθε υποκλίμακα, σε ένα σύνολο, δηλαδή, 28 δηλώσεων – προτάσεων. Ειδικότερα, σε έρευνα της Venegas και των συνεργατών της, έπειτα από σχετική διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του εργαλείου, υπήρξε διαφοροποίηση και αντίστοιχη προσαρμογή στις προτάσεις – δηλώσεις του εργαλείου, καθώς συμπεριλήφθηκαν οι επτά αντί για οκτώ που ήταν αρχικά (Venegas, Alvaro & Barriga, 2011). Να σημειωθεί πως την αναθεωρημένη έκδοση του εργαλείου με την ίδια παράλειψη στις δηλώσεις – προτάσεις συμπεριέλαβαν και άλλες πρόσφατες έρευνες (Cuniah et al., 2021 · Fernández et al., 2023 · Lázaro-Pérez et al., 2020 · Sánchez et al., 2024), επιβεβαιώνοντας την επιλογή μας να πράξουμε το ίδιο.

Τέλος, στα πλαίσια διεξαγωγής της έρευνας, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας με τον δείκτη α του Cronbach για διασταύρωση των αποτελεσμάτων και στα τρία εργαλεία που χορηγήθηκαν στα πλαίσια της έρευνας. Πρέπει να σημειωθεί πως οι τιμές του δείκτη εσωτερικής συνέπειας εφόσον είναι μεγαλύτερες από .7 ή .8 κρίνονται ικανοποιητικές. Από το σύνολο των ατόμων ($N = 264$), όλες οι περιπτώσεις ήταν έγκυρες καθώς δεν υπήρχαν ελλείπουσες τιμές.

Προχωρώντας στην εξέταση της αξιοπιστίας των τριών εργαλείων, είδαμε τα εξής: Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της ελπίδας του Snyder και συγκεκριμένα μόνο για τα 8 στοιχεία που βαθμολογούνται, καθώς τα 4 επιπλέον είναι απλώς συμπληρωματικά, ο δείκτης α του Cronbach ήταν .951, όπως φαίνεται στον πίνακα 6.4.1. και αφού $\alpha > .7$ η αξιοπιστία κρίνεται πολύ υψηλή. Επίσης, όσον αφορά τις δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ξεχωριστά, ο δείκτης α του Cronbach για την υποκλίμακα «Δράση» (Agency) είναι .887 και για την υποκλίμακα «Δρόμοι»

(Pathways) είναι .929, καταδεικνύοντας παραπάνω από ικανοποιητική αξιοπιστία και στις δύο υποκλίμακες.

Πίνακας 6.4.1.

Δείκτης αξιοπιστίας α του Cronbach στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της Ελπίδας και στο σύνολό του

	Cronbach's Alpha	N of Items
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας	,951	8
Agency – Δράση	,887	4
Pathways – Δρόμοι	,929	4

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο για την μέτρηση των Θετικών – Αρνητικών Συναισθημάτων (PANAS), ο δείκτης αξιοπιστίας α του Cronbach για τις δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου είναι ικανοποιητικός, καθώς και οι δύο παρουσιάζουν ικανοποιητική αξιοπιστία, καθώς στην υποκλίμακα θετικών συναισθημάτων (PA) ο δείκτης α του Cronbach είναι .888 και στην υποκλίμακα αρνητικών συναισθημάτων (NA) είναι .892, όπως μπορούμε να δούμε και στον πίνακα 6.4.2.

Πίνακας 6.4.2.

Δείκτης αξιοπιστίας για τις υποκλίμακες του PANAS

	Cronbach's Alpha	N of Items
Θετικό Συναίσθημα (PA)	,888	10
Αρνητικό Συναίσθημα (NA)	,892	10

Συνεχίζοντας με το τρίτο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στα πλαίσια διεξαγωγής της έρευνας, δηλαδή την Αναθεωρημένη έκδοση του ερωτηματολογίου του Φόβου του Θανάτου από τους Collett-Lester, η αξιοπιστία ήταν υψηλή αφού ο δείκτης α του Cronbach ήταν .942. Αναφορικά με την αξιοπιστία των τεσσάρων υποκλιμάκων ξεχωριστά έχουμε τα εξής αποτελέσματα: Στην πρώτη υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος (Your Own Death)» ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν .851, στην δεύτερη «Ετοιμοθάνατος (Your Own Dying)» ήταν .85, στην τρίτη «Ο Θάνατος των άλλων

(The Death of Others)» ήταν .863 και στην τελευταία υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι (The Dying of Others)» ο δείκτης ήταν .897, παρουσιάζοντας καλή αξιοπιστία, όπως βλέπουμε και στον πίνακα 6.4.3.

Πίνακας 6.4.3.

Δείκτης αξιοπιστίας α του Cronbach για το εργαλείο μέτρησης του Φόβου του Θανάτου και τις υποκλίμακές του

	Cronbach's Alpha	N of Items
Συνολική Βαθμολογία	,942	28
Ο δικός μου θάνατος	,851	7
Ετοιμοθάνατος	,850	7
Ο θάνατος των άλλων	,863	7
Ετοιμοθάνατοι	,897	7

Τα παραπάνω αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με την αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης σε άλλες έρευνες, όπως παρουσιάστηκε στις ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων νωρίτερα και με βάση τα παραπάνω μπορούμε να προχωρήσουμε στην περαιτέρω ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων μας.

6.5. Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνάς μας πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό λογισμικό SPSS (έκδοση 26). Αρχικά, μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων, ακολούθησε ο έλεγχος, η αρίθμηση και η κωδικοποίησή τους στο SPSS. Στη συνέχεια ακολούθησε η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων μας.

Προτού ξεκινήσουν οι αναλύσεις των μεταβλητών μας, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας με τον δείκτη α του Cronbach, για να διαπιστωθεί η εσωτερική συνέπεια των ερωτηματολογίων στη δική μας έρευνα. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν μονομεταβλητές αναλύσεις που είχαν ως στόχο την περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων για την εξαγωγή κάποιων πρωταρχικών

συμπερασμάτων, που αφορούσαν τόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όσο και τις απαντήσεις των ηλικιωμένων στα τρία ερωτηματολόγια. Επίσης, στα πλαίσια των μονομεταβλητών αναλύσεων, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση με μέτρα θέσης και διασποράς στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων, συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων τους, τόσο στο σύνολο του δείγματος, όσο και στις δύο κατηγορίες ηλικιωμένων ξεχωριστά (ηλικιωμένοι κοινότητας και ηλικιωμένοι οίκων ευγηρίας).

Προχωρώντας, πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές αναλύσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το κάθε ερωτηματολόγιο ξεχωριστά επί του συνόλου του δείγματος, αλλά και συσχετίσεις αυτών μεταξύ των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα κι εκείνων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Εφαρμόστηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι λόγω μη κανονικής κατανομής των δεδομένων και συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann – Whitney U Test για όσες μεταβλητές είχαν δύο τιμές και ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis Test για όσες είχαν παραπάνω από δύο κατηγορίες, τόσο στις συσχετίσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις μεταβλητές της ελπίδας, των θετικών συναισθημάτων και του φόβου του θανάτου, όσο και σε αυτές που πραγματοποιήθηκαν ανάμεσα στις προαναφερθείσες μεταβλητές και τις δύο κατηγορίες των ηλικιωμένων. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στα ερωτηματολόγια της έρευνας με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Spearman, ώστε να εξετάσουμε την αλληλεπίδραση των παραπάνω μεταβλητών – ερωτηματολογίων, αλλά και έλεγχοι ανεξαρτησίας ανάμεσα στα δημογραφικά δεδομένα και τις δύο ομάδες ηλικιωμένων εφαρμόζοντας τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 . Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλο που εφαρμόστηκε ο έλεγχος Kruskal -Wallis για τον έλεγχο διαφορών μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και των μεταβλητών της ελπίδας, των θετικών – αρνητικών συναισθημάτων και του φόβου του θανάτου, δεν πραγματοποιήθηκαν post hoc αναλύσεις, καθώς η χρήση του ελέγχου αφορούσε στον προσδιορισμό σημαντικών διαφορών συνολικά μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών, προκειμένου να δοθεί έμφαση στην κατανόηση των γενικών μοτίβων και σημαντικών διαφορών και όχι σε συγκεκριμένες συγκρίσεις ανά ζεύγη μεταξύ των επιμέρους κατηγοριών των διαφορετικών δημογραφικών χαρακτηριστικών. Η προσέγγιση αυτή συνδέεται άμεσα

με τον στόχο της έρευνας, που είναι κυρίως η σύγκριση μεταξύ των ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας, και κρίθηκε επαρκής για την απάντηση των αντίστοιχων ερευνητικών ερωτημάτων.

Κλείνοντας, στα πλαίσια πολυμεταβλητών αναλύσεων, εφαρμόστηκε το μοντέλο παλινδρόμησης για καθένα από τα τρία ερωτηματολόγια ξεχωριστά συναρτήσει της υπόλοιπης πληροφορίας (δημογραφικών δεδομένων και άλλων κλιμάκων). Συμπερασματικά πρέπει να σημειωθεί πως οι έλεγχοι που εφαρμόστηκαν ήταν μη παραμετρικοί, καθώς τα δεδομένα μας δεν ήταν συμμετρικώς κατανομημένα. Όλες οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν είχαν ως στόχο την διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της έρευνάς μας, έτσι ώστε να μπορέσουμε να απαντήσουμε στα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1. Περιγραφική Ανάλυση Δεδομένων – Μονομεταβλητές Αναλύσεις

Περνώντας στις μονομεταβλητές αναλύσεις και συγκεκριμένα στα τρία ερωτηματολόγια της έρευνας, πραγματοποιήθηκε αρχικά περιγραφική ανάλυση όλων των ερωτήσεων των τριών ερωτηματολογίων κι έπειτα ο υπολογισμός του μέσου όρου της κάθε κλίμακας και υποκλίμακας ξεχωριστά, ενώ υπολογίστηκαν τα μέτρα θέσης και διασποράς των δεδομένων στις συνεχείς μεταβλητές – βαθμολογίες των κλιμάκων και υποκλιμάκων. Αρχικά, ξεκινώντας από το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του χαρακτηριστικού της ελπίδας, η περιγραφική ανάλυση των απαντήσεων στις 12 προτάσεις-δηλώσεις του ερωτηματολογίου, όπως φαίνεται στον πίνακα 7.1.1., έχει ως εξής:

Πίνακας 7.1.1.

Περιγραφική ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου Snyder's Hope Scale

Ερωτήσεις	Απαντήσεις							
	1. Απόλυτα Λάθος	2. Κατά βάση Λάθος	3. Μάλλον Λάθος	4. Ελαφρώς Λάθος	5. Ελαφρώς Σωστό	6. Μάλλον Σωστό	7. Κατά βάση Σωστό	8. Απόλυτα Σωστό
1. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους για να βγω από μια δύσκολη θέση	7 (2,7%)	13 (4,9%)	20 (7,6%)	20 (7,6%)	48 (18,2%)	73 (27,7%)	64 (24,2%)	19 (7,2%)
2. Κυνηγώ ενεργητικά τους στόχους μου	12 (4,5%)	13 (4,9%)	32 (12,1%)	23 (8,7%)	50 (18,9%)	58 (22%)	47 (17,8%)	29 (11%)
3. Τον περισσότερο καιρό νιώθω κουρασμένος	15 (5,7%)	44 (16,7%)	29 (11%)	30 (11,4%)	41 (15,5%)	49 (18,6%)	39 (14,8%)	17 (6,4%)
4. Υπάρχουν αρκετές λύσεις με ένα πρόβλημα	3 (1,1%)	8 (3%)	18 (6,8%)	27 (10,2%)	44 (16,7%)	85 (32,2%)	56 (21,2%)	23 (8,7%)

5. Εύκολα κατατροπώνομαι σε μια μονομαχία	41 (15,5%)	70 (26,5%)	41 (15,5%)	48 (18,2%)	20 (7,6%)	18 (6,8%)	20 (7,6%)	6 (2,3%)
6. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους να κατακτήσω στη ζωή μου αυτά που είναι σημαντικά για εμένα	6 (2,3%)	15 (5,7%)	14 (5,3%)	30 (11,4%)	64 (24,2%)	66 (25%)	52 (19,7%)	17 (6,4%)
7. Ανησυχώ για την υγεία μου	11 (4,2%)	28 (10,6%)	24 (9,1%)	22 (8,3%)	48 (18,2%)	55 (20,8%)	51 (19,3%)	25 (9,5%)
8. Ακόμα κι όταν οι άλλοι αποθαρρύνονται, ξέρω ότι μπορώ να βρω έναν τρόπο να λύσω το πρόβλημα	6 (2,3%)	8 (3%)	23 (8,7%)	32 (12,1%)	56 (21,2%)	71 (26,9%)	46 (17,4%)	22 (8,3%)
9. Οι εμπειρίες του παρελθόντος μου με προετοίμασαν ικανοποιητικά για το μέλλον	2 (0,8%)	8 (3%)	12 (4,5%)	33 (12,5%)	34 (12,9%)	68 (25,8%)	62 (23,5%)	45 (17%)
10. Πέτυχα πολλά στη ζωή μου	2 (0,8%)	4 (1,5%)	11 (4,2%)	22 (8,3%)	49 (18,6%)	65 (24,6%)	72 (27,3%)	39 (14,8%)
11. Συνήθως όλο και για κάτι ανησυχώ	11 (4,2%)	39 (14,8%)	32 (12,1%)	34 (12,9%)	38 (14,4%)	38 (14,4%)	45 (17%)	27 (10,2%)
12. Επιτυγχάνω τους στόχους που έχω θέσει για τον εαυτό μου	7 (2,7%)	9 (3,4%)	15 (5,7%)	35 (13,3%)	65 (24,6%)	70 (26,5%)	45 (17%)	18 (6,8%)

Προχωρώντας, περνάμε στην περιγραφική ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου για τη μέτρηση των Θετικών – Αρνητικών Συναισθημάτων (PANAS), όπου ο πίνακας 7.1.2. μας δείχνει τα εξής:

Πίνακας 7.1.2.

Περιγραφική ανάλυση απαντήσεων ερωτηματολογίου PANAS

Ερωτήσεις	Απαντήσεις				
	1. πολύ λίγο	2. λίγο	3. μέτρια	4. αρκετά	5. πάρα πολύ
1. άτομο με ενδιαφέροντα	13 (4,9%)	37 (14%)	71 (26,9%)	96 (36,4%)	47 (17,8%)
2. αγχωμένος/η	41 (15,5%)	104 (39,4%)	56 (21,2%)	44 (16,7%)	19 (7,2%)
3. σε ένταση/έξαψη	97 (36,7%)	90 (34,1%)	47 (17,8%)	21 (8%)	9 (3,4%)
4. θυμωμένος/η	171 (64,8%)	59 (22,3%)	23 (8,7%)	8 (3%)	3 (1,1%)
5. δυνατός/η	34 (12,9%)	45 (17%)	102 (38,6%)	67 (25,4%)	16 (6,1%)
6. ένοχος/η	191 (72,3%)	52 (19,7%)	12 (4,5%)	7 (2,7%)	2 (0,8%)
7. φοβισμένος/η	115 (43,6%)	82 (31,1%)	44 (16,7%)	19 (7,2%)	4 (1,5%)
8. εχθρικός/η	217 (82,2%)	31 (11,7%)	12 (4,5%)	3 (1,1%)	1 (0,4%)
9. ενθουσιώδης	36 (13,6%)	63 (23,9%)	76 (28,8%)	72 (27,3%)	17 (6,4%)
10. περήφανος/η	7 (2,7%)	26 (9,8%)	70 (26,5%)	102 (38,6%)	59 (22,3%)
11. ευξάπτος/η	114 (43,2%)	86 (32,6%)	38 (14,4%)	21 (8%)	5 (1,9%)
12. σε εγρήγορση	17 (6,4%)	63 (23,9%)	86 (32,6%)	82 (31,1%)	16 (6,1%)
13. ντροπιασμένος/η	207 (78,4%)	36 (13,6%)	16 (6,1%)	5 (1,9%)	0 (0%)
14. εμπνευσμένος/η	54 (20,5%)	88 (33,3%)	63 (23,9%)	48 (18,2%)	11 (4,2%)
15. νευρικός/ή	132 (50%)	76 (28,8%)	38 (14,4%)	12 (4,5%)	6 (2,3%)
16. αποφασισμένος/η	27 (10,2%)	49 (18,6%)	75 (28,4%)	93 (36,2%)	20 (7,6%)
17. προσεκτικός/ή	11 (4,2%)	35 (13,3%)	91 (34,5%)	95 (36%)	32 (12,1%)

18. αναστατωμένος/η	140 (53%)	71 (26,9%)	35 (13,3%)	15 (5,7%)	3 (1,1%)
19. δραστήριος/α	28 (10,6%)	41 (15,5%)	71 (26,9%)	89 (33,7%)	35 (13,3%)
20. ανήσυχος/η	71 (26,9%)	97 (36,7%)	48 (18,2%)	37 (14%)	11 (4,2%)

Τέλος, κλείνουμε με τον πίνακα 7.1.3. που αφορά στην περιγραφική ανάλυση των απαντήσεων στις δηλώσεις – προτάσεις του ερωτηματολογίου για τη μέτρηση του Φόβου του Θανάτου, όπου έχουμε τα εξής:

Πίνακας 7.1.3.

Πίνακας περιγραφικής ανάλυσης των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο του Φόβου του Θανάτου

Ερωτήσεις	Απαντήσεις				
	Καθόλου		Κάπως		Πολύ
	1	2	3	4	5
Ο δικός σου θάνατος					
1. Η ολοκληρωτική απομόνωση του θανάτου.	33 (12,5%)	73 (27,7%)	63 (23,9%)	60 (22,7%)	35 (13,3%)
2. Η συντομία της ζωής.	45 (17%)	63 (23,9%)	68 (25,8%)	55 (20,8%)	33 (12,5%)
3. Όλα αυτά που θα χάσεις αφότου πεθάνεις.	50 (18,9%)	71 (26,9%)	59 (22,3%)	46 (17,4%)	38 (14,4%)
4. Πεθαίνοντας νέος.	98 (37,1%)	71 (26,9%)	32 (12,1%)	36 (13,6%)	27 (10,2%)
5. Τι αίσθηση θα είχες όντας νεκρός.	81 (30,7%)	74 (28%)	58 (22%)	35 (13,3%)	16 (6,1%)
6. Ποτέ να μη σκεφτείς ή να	49 (18,6%)	61 (23,1%)	66 (25%)	61 (23,1%)	27 (10,2%)

βιώσεις οτιδήποτε
ξανά.

7. Η αποσύνθεση του σώματός σου αφότου πεθάνεις.	120 (45,5%)	64 (24,2%)	44 (16,7%)	21 (8%)	15 (5,7%)
--	------------------------------	---------------	---------------	---------	-----------

Ετοιμοθάνατος

1. Η φυσική φθορά κατά τη διάρκεια ενός αργού θανάτου.	6 (2,3%)	41 (15,5%)	73 (27,7%)	83 (31,4%)	61 (23,1%)
2. Ο πόνος που συμπεριλαμβάνεται κατά τη διάρκεια του θανάτου.	7 (2,7%)	16 (6,1%)	49 (18,6%)	97 (36,7%)	95 (36%)
3. Η φθορά του μυαλού λόγω των γηρατειών.	5 (1,9%)	25 (9,5%)	65 (24,6%)	69 (26,1%)	100 (37,9%)
4. Οι ικανότητές σου θα περιοριστούν καθώς θα πεθαίνεις.	11 (4,2%)	29 (11%)	73 (27,7%)	70 (26,5%)	81 (30,7%)
5. Η αβεβαιότητα για το πόσο γενναία θα αντιμετωπίσεις τη διαδικασία του θανάτου.	16 (6,1%)	46 (17,4%)	87 (33%)	84 (31,8%)	31 (11,7%)
6. Η έλλειψη ελέγχου λόγω της διαδικασίας του θανάτου.	17 (6,4%)	44 (16,7%)	80 (30,3%)	83 (31,4%)	40 (15,2%)

7. Η πιθανότητα θανάτου σε ένα νοσοκομείο, μακριά από φίλους και οικογένεια.	6 (2,3%)	33 (12,55)	35 (13,3%)	81 (30,7%)	109 (41,3%)
--	----------	------------	------------	------------	--------------------

Ο θάνατος των άλλων

1. Η απώλεια κάποιου κοντινού σου προσώπου.	3 (1,1%)	14 (5,3%)	45 (17%)	78 (29,5%)	124 (47%)
2. Το να πρέπει να δεις το νεκρό σώμα τους.	14 (5,3%)	45 (17%)	58 (22%)	49 (18,6%)	98 (37,1%)
3. Το να μην είσαι σε θέση να επικοινωνήσεις μαζί τους ξανά.	3 (1,1%)	20 (7,6%)	41 (15,5%)	79 (29,9%)	121 (45,8%)
4. Μετάνοια για το ότι δεν ήσουν καλύτερος απέναντί τους, όταν ήταν ζωντανοί.	23 (8,7%)	62 (23,5%)	80 (30,3%)	57 (21,6%)	42 (15,9%)
5. Το να γερνάς μόνος χωρίς αυτούς.	8 (3%)	23 (8,7%)	53 (20,1%)	81 (30,7%)	99 (37,5%)
6. Το να αισθάνεσαι ένοχος που είσαι ανακουφισμένος επειδή είναι νεκροί.	99 (37,5%)	83 (31,4%)	42 (15,9%)	29 (4,2%)	11 (4,2%)
7. Το να αισθάνεσαι	4 (1,5%)	26 (9,8%)	47 (17,8%)	96 (36,4%)	91 (34,5%)

μοναχικά χωρίς
αυτούς.

Ετοιμοθάνατοι

1. Το να πρέπει να είσαι μαζί με κάποιον, ο οποίος πεθαίνει. (είναι να πεθ.).	24 (9,1%)	55 (20,8%)	63 (23,9%)	68 (25,8%)	54 (20,5%)
2. Το να θέλουν να μιλήσουν για το θάνατο μαζί σου.	68 (25,8%)	73 (27,7%)	52 (19,7%)	47 (17,8%)	24 (9,1%)
3. Παρακολουθώντας τους να υποφέρουν από πόνο.	2 (0,8%)	11 (4,3%)	51 (19,3%)	86 (32,6%)	114 (43,2%)
4. Βλέποντας τη φυσική φθορά του σώματός τους.	7 (2,7%)	45 (17%)	67 (35,4%)	88 (33,3%)	57 (21,6%)
5. Μη γνωρίζοντας πώς να διαχειριστείς τη θλίψη σου κατά τη διάρκεια απώλειας αυτών, ενώ είσαι μαζί τους.	21 (8%)	78 (29,5%)	61 (23,1%)	63 (23,9%)	41 (15,5%)
6. Παρακολουθώντας τη φθορά των νοητικών τους ικανοτήτων.	4 (1,5%)	38 (14,4%)	64 (24,2%)	74 (28%)	84 (31,8%)

7. Η υπενθύμιση πως πρόκειται, επίσης, να ζήσεις αυτή την εμπειρία μια μέρα.	23 (8,7%)	42 (15,9%)	70 (26,5%)	76 (28,8%)	53 (20,1%)
--	-----------	------------	------------	-------------------	------------

Συνεχίζοντας, περνάμε στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους, οι οποίες είναι συνεχείς μεταβλητές, όπου θα ελέγξουμε τα μέτρα θέσης και διασποράς. Όσον αφορά τα μέτρα θέσης, δηλαδή ο αριθμητικός μέσος, η διάμεσος και η επικρατούσα τιμή, καθορίζουν το σημείο γύρω από το οποίο τείνουν να συγκεντρωθούν τα δεδομένα, ενώ όσον αφορά τα μέτρα διασποράς, δηλαδή το εύρος, η διακύμανση και η τυπική απόκλιση μεταξύ άλλων, καθορίζουν τον τρόπο κατά τον οποίο τα δεδομένα είναι διεσπαρμένα γύρω από τις παραμέτρους κεντρικής θέσης δείχνοντας έτσι την μεταβλητότητα ή την ανομοιογένεια των δεδομένων. Στα πλαίσια του υπολογισμού των παραπάνω, ελήφθησαν υπόψη και τα εύρη των βαθμολογιών του κάθε ερωτηματολογίου, όπως δίνονται από τους κατασκευαστές τους.

Ξεκινώντας από το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του χαρακτηριστικού της Ελπίδας του Snyder βλέπουμε τα εξής: Όσον αφορά τους *M.O.*, η πρώτη υποκλίμακα “Agency” έχει μέσο όρο 22,49 (*T.A.* = 5,72), η δεύτερη “Pathways” 21,87 (*T.A.* = 5,93) και το ερωτηματολόγιο στο σύνολό του 44,37 (*T.A.* = 11,34). Οι μέσοι όροι με τις διαμέσους βρίσκονται σε σχετικά κοντινή απόσταση μεταξύ τους, ωστόσο όχι τόσο, ώστε να μπορούμε με βεβαιότητα να ισχυριστούμε πως οι παρατηρήσεις μας κατανέμονται συμμετρικά. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει μια ελαφριά συγκέντρωση των δεδομένων μας στα δεξιά, όπως φαίνεται από τις αρνητικές τιμές στρέβλωσης (Δράση = -,527, Δρόμοι = -,698 και Συνολική Ελπίδα = -,618), κάτι που καταδεικνύει μια ελαφριά προς μέτρια συγκέντρωση των βαθμολογιών προς τις υψηλότερες τιμές. Επίσης, από την επικρατούσα τιμή (27, 24 και 50, για Δράση, Δρόμους και Συνολική βαθμολογία αντίστοιχα) βλέπουμε ότι και στις τρεις περιπτώσεις οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είχαν σχετικά υψηλές βαθμολογίες, τόσο σε κάθε υποκλίμακα, όσο και συνολικά. Τέλος, όσον αφορά τις βαθμολογίες των υποκλιμάκων, αλλά και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, λαμβάνοντας υπόψη το εύρος των

βαθμολογιών που όπως είδαμε είναι 4 έως 32 για κάθε υποκλίμακα και 8 έως 64 για το σύνολο της βαθμολογίας, εδώ βλέπουμε πως στην υποκλίμακα “Agency – Δράση”, η μέση βαθμολογία 22,49 βρίσκεται στο υψηλότερο άκρο του προαναφερθέντος εύρους υποδεικνύοντας ότι κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι επιδεικνύουν μια σχετικά έντονη αίσθηση «Δράσης» ή αλλιώς κινητοποίησης όσον αφορά τους στόχους τους. Στην υποκλίμακα “Pathways – Δρόμοι”, όπως βλέπουμε από τη μέση βαθμολογία 21,87, φαίνεται οι ηλικιωμένοι να αντιλαμβάνονται πολλαπλά μονοπάτια ή «Δρόμους» ή αλλιώς στρατηγικές για την επίτευξη των στόχων τους, υποδηλώνοντας πάλι έναν θετικό προσανατολισμό. Τέλος, στην συνολική βαθμολογία που εδώ είναι 44,37, φαίνεται να είναι ακόμη πιο κοντά στο ανώτερο άκρο του βαθμολογικού εύρους, κάτι που δείχνει πως κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι στο σύνολό τους έχουν σχετικά υψηλά επίπεδα ελπίδας συνολικά συνδυάζοντας τόσο την δράση, όσο και την ύπαρξη πολλαπλών μονοπατιών για την επίτευξη των στόχων τους.

Συνεχίζοντας με το ερωτηματολόγιο των Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος – PANAS, οι *M.O.* έχουν ως εξής: στην υποκλίμακα του Θετικού Συναισθήματος – Positive Affect (PA), ο *M.O.* είναι 30,39 (*T.A.* = 7,67), του Αρνητικού Συναισθήματος είναι 17,82 (*T.A.* = 6,68). Λαμβάνοντας υπόψη το εύρος της βαθμολογίας που είναι 10 – 50 για κάθε υποκλίμακα, φαίνεται πως όσον αφορά την υποκλίμακα του Θετικού Συναισθήματος (*M.O.* = 30,39), κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες δήλωσαν μεσαία προς υψηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων. Επίσης, παρατηρήσαμε ότι η κατανομή των βαθμολογιών παρουσιάζει μια ελαφριά αρνητική στρέβλωση που υποδηλώνει μια μικρή συγκέντρωση των βαθμολογιών προς τα υψηλά επίπεδα του θετικού συναισθήματος. Σχετικά με την υποκλίμακα του Αρνητικού Συναισθήματος όπου ο *M.O.* = 17,83 (*T.A.* = 6,68), μας δείχνει κατά μέσο όρο ότι οι ηλικιωμένοι διακρίνονται από μεσαία επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων.

Τέλος, προχωρώντας στην αναθεωρημένη κλίμακα μέτρησης του φόβου του θανάτου, με βάση τα μέτρα θέσης και διασποράς, προκύπτουν τα εξής: Στην πρώτη υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος» ο *M.O.* είναι 18,22 (*T.A.* = 6,45), στη δεύτερη «Ετοιμοθάνατος» ο *M.O.* είναι 25,66 (*T.A.* = 5,53), στην τρίτη «Ο θάνατος των άλλων» ο *M.O.* είναι 25,01 (*T.A.* = 5,74), στην τελευταία υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι» ο *M.O.* είναι 23,71 (*T.A.* = 6,38), ενώ στη συνολική βαθμολογία, δηλαδή το ερωτηματολόγιο

στο σύνολό του, ο *M.O.* είναι 92,61 (*T.A.* = 20,21). Λαμβάνοντας υπόψη το εύρος των βαθμολογιών για κάθε υποκλίμακα που είναι 7 – 35, αλλά και τη συνολική βαθμολογία που είναι 28 – 140, μπορούμε να πούμε πως στην πρώτη υποκλίμακα ο *M.O.* καταδεικνύει ότι κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες αναφέρουν μεσαία επίπεδα φόβου θανάτου όσον αφορά τον δικό τους θάνατο. Επίσης, τόσο η διάμεσος, όσο και η επικρατούσα τιμή δείχνουν μια πιο συμμετρική κατανομή των παρατηρήσεων. Σχετικά με την υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατος», ο *M.O.* δείχνει υψηλά επίπεδα φόβου θανάτου μεταξύ των ηλικιωμένων. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει μια ελαφριά στρέβλωση, καθώς μερικοί συμμετέχοντες φάνηκε να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα φόβου θανάτου από άλλους. Στην τρίτη υποκλίμακα που αφορά τον θάνατο των άλλων, ο *M.O.* δείχνει ομοίως υψηλά επίπεδα φόβου του θανάτου μεταξύ του συνόλου των συμμετεχόντων. Η επικρατούσα τιμή και η διάμεσος βρίσκονται κοντά, κάτι που δείχνει μια σχετικά συμμετρική κατανομή των βαθμολογιών. Τέλος, η τέταρτη υποκλίμακα που αφορά τους άλλους ως ετοιμοθάνατους, ο *M.O.* καταδεικνύει μεσαία επίπεδα φόβου μεταξύ των συμμετεχόντων. Εδώ η επικρατούσα τιμή (29) είναι υψηλότερη από τον αριθμητικό μέσο, κάτι που υποδηλώνει μια ελαφριά στρέβλωση στην κατανομή με μερικούς συμμετέχοντες να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα φόβου, όπως είδαμε και στην δεύτερη υποκλίμακα. Συνολικά, ο *M.O.* όλων των υποκλιμάκων μαζί, δηλαδή του ερωτηματολογίου στο σύνολό του, μας δείχνει ένα υψηλό γενικά επίπεδο φόβου του θανάτου μεταξύ των ηλικιωμένων, με κάποιους εξ αυτών να αναφέρουν πολύ υψηλά επίπεδα φόβου του θανάτου.

7.1.1. Περιγραφική Ανάλυση Ερωτηματολογίων (βαθμολογιών) στο δείγμα των Ηλικιωμένων Κοινότητας

Παρακάτω παρουσιάζονται οι αναλύσεις, όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω, απλά αυτή τη φορά όχι στο σύνολο της κοινότητας, αλλά στο δείγμα των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα ($N = 210$).

Ξεκινώντας με το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της ελπίδας προκύπτουν τα εξής: Οι *M.O.* των υποκλιμάκων Agency και Pathways είναι 23,73 (*T.A.* = 5,30) και 23,20 (*T.A.* = 5,19) αντίστοιχα, ενώ για τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας ο *M.O.* είναι 46,94 (*T.A.* = 10,18). Από τους αριθμητικούς μέσους και το σύστημα

βαθμολόγησης κάθε υποκλίμακας ξεχωριστά, αλλά και συνολικά, προκύπτει πως οι ηλικιωμένοι που ζουν στην κοινότητα, διακρίνονται τόσο από σχετικά υψηλή δράση ή αλλιώς κινητοποίηση για την επίτευξη των στόχων τους, όσο από υψηλή πεποίθηση σχετικά με την ύπαρξη πολλαπλών μονοπατιών – δρόμων ή αλλιώς στρατηγικών για να επιτευχθούν οι εν λόγω στόχοι. Τέλος, από τη συνολική βαθμολογία ($M.O. = 46,94$) φαίνεται οι ηλικιωμένοι κοινότητας να διακρίνονται από υψηλό σχετικά επίπεδο ελπίδα γενικά.

Περνώντας στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, αυτό για τη μέτρηση του Θετικού – Αρνητικού Συναισθήματος, οι $M.O.$ στις δύο υποκλίμακες Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος είναι 31,90 ($T.A. = 7,39$) για την πρώτη και 17,54 ($T.A. = 6,75$) για την δεύτερη. Υπάρχει μια μικρή απόσταση ανάμεσα στους μέσους και τις διαμέσους που δείχνει όχι τόσο συμμετρικά κατανομημένες παρατηρήσεις. Επίσης, όσον αφορά τη στρέβλωση, στην υποκλίμακα του Θετικού Συναισθήματος (PA) η πλειοψηφία των παρατηρήσεων φαίνεται να είναι συγκεντρωμένη στα δεξιά, κάτι το οποίο δείχνει πως περισσότεροι ηλικιωμένοι ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος. Στην υποκλίμακα του Αρνητικού Συναισθήματος (NA), η πλειονότητα των παρατηρήσεων είναι συγκεντρωμένη στα αριστερά της κατανομής, το οποίο δείχνει ότι οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ανέφεραν χαμηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος. Από το σύστημα βαθμολόγησης της συγκεκριμένης κλίμακας βλέπουμε ότι στην πρώτη υποκλίμακα φαίνεται να υπάρχει ένα μεσαίο επίπεδο θετικών-αρνητικών συναισθημάτων, όπως αυτό αναφέρεται από τους ηλικιωμένους κοινότητας, ενώ, όσον αφορά το αρνητικό συναίσθημα, φαίνεται το επίπεδό του αρνητικού συναισθήματος να είναι μεσαίο προς χαμηλό.

Ολοκληρώνοντας με το τρίτο εργαλείο για τη μέτρηση του φόβου του θανάτου και με βάση τα περιγραφικά δεδομένα, προκύπτουν τα εξής: Όσον αφορά τις τέσσερις υποκλίμακες, οι μέσοι όροι είναι 17,90 ($T.A. = 6,50$) για την πρώτη υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος», 25,38 ($T.A. = 5,63$) για τη δεύτερη «Ετοιμοθάνατος», 24,71 ($T.A. = 5,69$) για την τρίτη «Ο θάνατος των άλλων» και 23,22 ($T.A. = 6,54$) για την τελευταία «Ετοιμοθάνατοι». Για τη συνολική βαθμολογία ο $M.O.$ είναι 91,23 ($T.A. = 20,53$). Επίσης, διαπιστώσαμε πως οι μέσοι και οι διάμεσοι βρίσκονται σε μια σχετικά κοντινή απόσταση μεταξύ τους, κάτι το οποίο ενδεχομένως να μας παραπέμπει σε μια πιο

συμμετρική κατανομή. Από τους μέσους όρους βλέπουμε πως στην πρώτη υποκλίμακα οι ηλικιωμένοι διακρίνονται από μεσαίο φόβο σχετικό με τον δικό τους θάνατο, ενώ στην δεύτερη παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα φόβου σχετικού με τη διαδικασία του θανάτου και τη δική τους κατάσταση ως ετοιμοθάνατοι. Όσον αφορά τον θάνατο των άλλων, ομοίως, τα επίπεδα φόβου είναι σχετικά υψηλά, όπως συμβαίνει και με την τελευταία υποκλίμακα. Συνολικά, η γενική βαθμολογία μας παραπέμπει στο δεύτερο μισό του συνολικού εύρους καταδεικνύοντας μεσαία έως υψηλά επίπεδα φόβου του θανάτου γενικά μεταξύ των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα.

7.1.2. Περιγραφική Ανάλυση Ερωτηματολογίων (βαθμολογιών) στο δείγμα των Ηλικιωμένων Οίκων Ευγηρίας

Παρακάτω έχουμε τις αναλύσεις που αφορούν τα τρία ερωτηματολόγια και τις υποκλίμακες τους στο δείγμα των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ($N = 54$).

Όσον αφορά το πρώτο ερωτηματολόγιο, αυτό για την μέτρηση του χαρακτηριστικού της ελπίδας, οι *M.O.* των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, στις δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου είναι 17,68 (*T.A.* = 4,69) για την υποκλίμακα «Δράση» και 16,68 (*T.A.* = 5,78) για την υποκλίμακα «Δρόμοι», κάτι που μας δείχνει πως κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι των οίκων ευγηρίας τείνουν να παρουσιάζουν ένα μεσαίο επίπεδο σκέψης προσανατολισμένης στη δράση. Αυτό σημαίνει πως γενικά πιστεύουν στην ικανότητά τους να κινητοποιούνται και να διατηρούν την κινητοποίηση – δράση τους ως προς την επίτευξη των στόχων τους. Ομοίως, οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται πολλαπλά μονοπάτια – δρόμους κατά την επίτευξη των στόχων τους. Στη συνολική βαθμολογία ο *M.O.* είναι 34,37 (*T.A.* = 10,06), κάτι το οποίο μας δείχνει πως η βαθμολογία βρίσκεται στα μέσα του εύρους 8 – 64, υποδηλώνοντας μεσαία επίπεδα ελπίδας στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας.

Προχωρώντας στο ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση Θετικού – Αρνητικού Συναισθήματος, στην πρώτη υποκλίμακα, αυτή του Θετικού Συναισθήματος (PA), ο *M.O.* είναι 24,51 (*T.A.* = 5,65), το οποίο μας δείχνει πως οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν από μεσαία έως υψηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων, ενώ στη δεύτερη υποκλίμακα,

αυτή του Αρνητικού Συναισθήματος είναι 18,92 ($T.A. = 6,33$) που μας δείχνει ένα μεσαίο επίπεδο αρνητικών συναισθημάτων εντός του συγκεκριμένου δείγματος.

Κλείνοντας με το τρίτο ερωτηματολόγιο, αυτό του φόβου του θανάτου, βλέπουμε ότι οι $M.O.$ των τεσσάρων υποκλίμακων του ερωτηματολογίου έχουν ως εξής: Στην πρώτη υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος» ο $M.O.$ είναι 19,44 ($T.A. = 6,16$), στη δεύτερη «Ετοιμοθάνατος» 26,75 ($T.A. = 5$), στην τρίτη «Ο θάνατος των άλλων» 26,20 ($T.A. = 5,85$), στην τέταρτη «Ετοιμοθάνατος» 25,5 ($T.A. = 5,37$) και στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου 98 ($T.A. = 18,11$). Οι μέσοι όροι και οι διάμεσοι βρίσκονται σχετικά κοντά, κάτι που ενδεχομένως να δείχνει μια πιο συμμετρική κατανομή των παρατηρήσεων με μια ελαφριά στρέβλωση. Λαμβάνοντας υπόψη τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, όπου είναι 7-35 για κάθε υποκλίμακα και 28-140 για το σύνολο του ερωτηματολογίου, εδώ, μπορούμε να δούμε πως οι ηλικιωμένοι των οίκων ευγηρίας παρουσιάζουν μεσαία προς υψηλά επίπεδα φόβου του θανάτου, όπως φαίνεται και από τον μέσο όρο της συνολικής βαθμολογίας ($M.O. = 98, T.A. = 18,11$), που καταδεικνύει, ομοίως, μεσαίο προς υψηλό γενικό φόβο του θανάτου μεταξύ των ηλικιωμένων του συγκεκριμένου δείγματος.

7.2. Διμεταβλητές Αναλύσεις - Συσχετίσεις

Οι αναλύσεις που θα ακολουθήσουν είναι διμεταβλητές και αφορούν σε συσχετίσεις ανάμεσα σε μεταβλητές των δεδομένων μας. Συγκεκριμένα, οι πρώτες συσχετίσεις αφορούν τις μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων, δηλαδή του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, την ύπαρξη τέκνων και τον αριθμό αυτών, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τόπο διαμονής, τα εργασιακά, την επίσκεψη σε κάποιο Κ.Α.Π.Η. και τέλος την κατάσταση υγείας, δηλαδή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, σε σχέση τα επίπεδα ελπίδας, θετικών-αρνητικών συναισθημάτων και φόβου του θανάτου στο σύνολο, όμως, του δείγματος, για να διαπιστωθούν γενικά σημαντικές διαφορές, χωρίς, όμως, περαιτέρω εμβάθυνση ως προς τις επιμέρους κατηγορίες της κάθε δημογραφικής μεταβλητής με *post hoc* αναλύσεις. Στη συνέχεια, οι συσχετίσεις επικεντρώνονται στις διαφορές μεταξύ των

ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα ($N = 210$) και των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ($N = 54$), για κάθε μία από τις μεταβλητές της ελπίδας, των θετικών-αρνητικών συναισθημάτων και του φόβου του θανάτου ξεχωριστά, συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων της καθεμιάς. Τέλος, ακολουθούν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της ελπίδας, των θετικών – αρνητικών συναισθημάτων και του φόβου του θανάτου, αλλά και συγκρίσεις μεταξύ των ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

7.2.1. Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και των τριών ερωτηματολογίων στο σύνολο του δείγματος

Αρχικά, για να δούμε αν θα πραγματοποιήσουμε αναλύσεις με παραμετρικούς ελέγχους, έγινε έλεγχος κανονικότητας στις συνεχείς μεταβλητές, δηλαδή τα ερωτηματολόγια (υποκλίμακες και τελική συνολική βαθμολογία), όπου διαπιστώθηκε πως τα δεδομένα δεν είναι συμμετρικώς κατανομημένα, αφού σε όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες $p < 0,05$, κι έτσι προχωρήσαμε στις αναλύσεις με μη παραμετρικούς ελέγχους. Ειδικότερα, ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov που πραγματοποιήθηκε για την εξέταση της κανονικότητας έδωσε τις εξής τιμές: $p = 0,000$ για τις υποκλίμακες της ελπίδας Agency-Δράση, Pathways-Δρόμοι αλλά και τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, $p = 0,011$ για την υποκλίμακα Θετικού Συναισθήματος (PA) και $p = 0,000$ για την υποκλίμακα Αρνητικού Συναισθήματος, ενώ για την κλίμακα μέτρησης Φόβου του Θανάτου (συνολικά) η $p = 0,023$, και για τις υποκλίμακες «Ο δικός σου θάνατος», «Ετοιμοθάνατος», «Ο θάνατος των άλλων» και «Ετοιμοθάνατοι», $p = 0,004$ για την πρώτη και $p = 0,000$ για τις άλλες τρεις. Έτσι, προχωρώντας, για μεταβλητές που έχουν δύο τιμές, όπως είναι το φύλο, πραγματοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann – Whitney U Test, ενώ για όσες έχουν περισσότερες τιμές, όπως η οικογενειακή κατάσταση για παράδειγμα, πραγματοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis Test.

A. Ελπίδα και δημογραφικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων

Ξεκινώντας με το ερωτηματολόγιο της ελπίδας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνόλου των συμμετεχόντων, προκύπτουν τα εξής: Αρχικά, όσον αφορά τις δίτιμες μεταβλητές του φύλου, της απόκτησης παιδιών και τις επίσκεψης σε Κ.Α.Π.Η.,

επιλέξαμε τον έλεγχο Mann-Whitney U test για κάθε υποκλίμακα και τη συνολική βαθμολογία. Για την εφαρμογή του Mann – Whitney, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στους Δρόμους)

Από την ανάλυση διαπιστώθηκε αρχικά, πως οι τιμές των mean ranks βρίσκονται σε σχετικά κοντινή απόσταση μεταξύ τους, ενώ είναι λίγο μεγαλύτεροι αριθμητικά στους άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες, το οποίο μας δείχνει πως οι άντρες είχαν συνολικά υψηλότερες βαθμολογίες στις δύο υποκλίμακες, αλλά και συνολικά, σε σχέση με τις γυναίκες. Όσον αφορά το p -value, στις δύο από τις τρεις περιπτώσεις, δηλαδή την δεύτερη υποκλίμακα (Δρόμοι) και τη συνολική βαθμολογία, η $p < 0,05$, που δείχνει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές – αν και οριακά – ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες σε σχέση με τους «Δρόμους», αλλά και τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας. Εκεί που φαίνεται να μην υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση είναι στην πρώτη υποκλίμακα «Δράση», καθώς p -value = 0,065 ($p > 0,05$). Ειδικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές τόσο στους «Δρόμους», δηλαδή στην ικανότητα να βρίσκουν πολλαπλές στρατηγικές για την κατάκτηση του επιθυμητού στόχου, σε σχέση με τους άντρες, $U = 7257.00$, $z = -2,108$, $p = 0,035$, όσο και στη συνολική βαθμολογία της ελπίδας $U = 7273.00$, $z = -2,079$, $p = 0,038$. Δεν συνέβη το ίδιο με την υποκλίμακα

«Δράση», καθώς δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και την ικανότητά τους να κινητοποιούνται για την επίτευξη του στόχου τους, $U = 7417.50$, $z = -1.846$, $p = 0,065$.

Όσον αφορά την απόκτηση παιδιών, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά και στους Δρόμους)

Με βάση την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε πως οι τιμές των mean ranks βρίσκονται πολύ κοντά μεταξύ τους, κάτι που ενδεχομένως μας δείχνει πως δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Αυτό μας επιβεβαιώνει και η p -value, όπου σε κάθε περίπτωση είναι $p > 0,05$, με αποτέλεσμα να είναι ξεκάθαρο το ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν σε σχέση με τις δύο υποκλίμακες της ελπίδας και τη συνολική βαθμολογία αυτής και γι' αυτόν τον λόγο δεν απορρίπτουμε και τη μηδενική μας υπόθεση. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στη «Δράση» και στην απόκτηση παιδιών $U = 3578,00$, $z = -0,084$, $p = 0,933$, ούτε ανάμεσα στην υποκλίμακα «Δρόμοι» και την απόκτηση παιδιών, $U = 3477,50$, $z = -0,0336$, $p = 0,737$. Τέλος, ως προς τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας και το αν κάποιος έχει ή δεν έχει παιδιά δεν διαπιστώθηκε, επίσης, κάποια σημαντική διαφορά, $U = 3529,00$, $z = -0,207$, $p = 0,836$.

Τέλος, όσον αφορά την επίσκεψη σε Κ.Α.Π.Η., οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται και στους Δρόμους)

Από την ανάλυση μπορούμε να δούμε πως υπάρχει μια διαφοροποίηση σε κάθε περίπτωση όσον αφορά τις τιμές των mean ranks, με τους συμμετέχοντες που επισκέπτονται κάποιο Κ.Α.Π.Η. να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στις δύο υποκλίμακες, αλλά και συνολικά. Την διαφοροποίηση αυτή επιβεβαιώνει και η p -value, όπου σε κάθε περίπτωση $p < 0,05$. Συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν σε σχέση με τα επίπεδα της ελπίδας τους, τόσο αναφορικά με τη «Δράση», $U = 3225,00$, $z = -3,338$, $p = 0,001$, όσο και τους «Δρόμους», $U = 3720,50$, $z = -2,255$, $p = 0,024$, αλλά και συνολικά, $U = 3419,50$, $z = -2,909$, $p = 0,004$. Λαμβάνοντας αυτά υπόψη, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και μπορούμε να ισχυριστούμε πως όσοι ηλικιωμένοι επισκέπτονται κάποιο Κ.Α.Π.Η. φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας.

Προχωρώντας στις μεταβλητές που έχουν πάνω από δύο τιμές, θα κάνουμε χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal – Wallis. Συγκεκριμένα, θα εξετάσουμε τις μεταβλητές της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, της εκπαίδευσης, της επαγγελματικής απασχόλησης, της κατάστασης υγείας, της διαμονής, αλλά και της διάρκειας παραμονής σε οίκο ευγηρίας-για τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε αυτούς και την συχνότητα επισκέψεων στα Κ.Α.Π.Η. για όσους τα επισκέπτονται. Οι παραπάνω μεταβλητές θα εξεταστούν σε σχέση με τις δύο υποκλίμακες της ελπίδας και τη συνολική βαθμολογία.

Ξεκινώντας από την ηλικία, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και στους Δρόμους)

Με βάση την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ήδη από τις τιμές των mean ranks, πως υψηλότερες τιμές έχουν οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα των 60-65, κάτι που υποδηλώνει πως συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, έχουν τόσο στις δύο υποκλίμακες, όσο και συνολικά, υψηλότερες βαθμολογίες και κατ' επέκταση υψηλότερα επίπεδα ελπίδας. Επίσης, όσον αφορά την p -value, βλέπουμε πως η $p < 0,05$, κι έτσι απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση για την κάθε περίπτωση, αφού φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες ως προς τη Δράση, $H(3) = 26,202$, $p = 0,000$, τους Δρόμους, $H(3) = 34,668$, $p = 0,000$, αλλά και τη γενική (συνολική) ελπίδα, $H(3) = 31,189$, $p = 0,000$, καταδεικνύοντας την ηλικία ως έναν σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό του πώς οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται και βιώνουν την ελπίδα.

Συνεχίζοντας με την οικογενειακή κατάσταση, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ατόμων.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα και στην οικογενειακή κατάσταση)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση και στην οικογενειακή κατάσταση)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους και στην οικογενειακή κατάσταση)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ατόμων.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στους Δρόμους)

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της ανάλυσης και συγκεκριμένα τις τιμές των mean ranks των κατηγοριών της οικογενειακής κατάστασης, παρατηρήσαμε πως η κατηγορία των χήρων παρουσιάζει σταθερά χαμηλότερες τιμές και στις τρεις μεταβλητές «Δράση», «Δρόμοι» και συνολική βαθμολογία ελπίδας, δείχνοντας πως όσοι από τους συμμετέχοντες έχουν χάσει τον ή την σύζυγό τους τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες των Έγγαμων, Άγαμων και Διαζευγμένων, των οποίων οι τιμές των mean ranks είναι σχετικά υψηλές και βρίσκονται σε πολύ κοντινή απόσταση μεταξύ τους. Όσον αφορά την p -value, και στις τρεις μεταβλητές μας είναι $p < 0,05$ που μας επιτρέπει να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες οικογενειακής κατάστασης και στη συνολική ελπίδα, $H(3) = 29,109$, $p = 0,000$, αλλά και τις υποκλίμακες της «Δράση», $H(3) = 24,696$, $p = 0,000$ και «Δρόμοι», $H(3) = 32,644$, $p = 0,000$.

Προχωρώντας με την μεταβλητή της εκπαίδευσης, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.

- (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα και στα επίπεδα εκπαίδευσης)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση και στα επίπεδα εκπαίδευσης)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους και στα επίπεδα εκπαίδευσης)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης και στους Δρόμους)

Με βάση την ανάλυση που πραγματοποιήσαμε, διαπιστώσαμε ήδη από τις τιμές των mean ranks μια διαφοροποίηση ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, οι τιμές μας δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι με υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης (ή αλλιώς υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο), όπως είναι όσοι έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας σε σύγκριση με τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης. Όσοι ηλικιωμένοι δήλωσαν ως επίπεδο εκπαίδευσης το Δημοτικό φαίνεται να έχουν τα χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας, ακόμη και σε σχέση με όσους δεν έχουν πάει σχολείο. Συγκεκριμένα, βλέπουμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στην ελπίδα, συμπεριλαμβανομένων των δύο υποκλιμάκων της, και το μορφωτικό επίπεδο αφού σε όλες τις περιπτώσεις $p < 0,05$, κάτι το οποίο μας δείχνει πως το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τα επίπεδα ελπίδας μεταξύ των ηλικιωμένων. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και τη Δράση, $H(4) = 44,678$, $p = 0,000$, τους Δρόμους, $H(4) = 48,852$, $p = 0,000$ και τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, $H(4) = 48,573$, $p = 0,000$.

Σχετικά με την μεταβλητή της επαγγελματικής απασχόλησης, η οποία διακρίνει τους ηλικιωμένους σε συνταξιούχους, εργαζόμενους και σε όσους δήλωσαν κάτι άλλο, όπως οικιακά, για τον έλεγχο Kruskal – Wallis, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις κατηγορίες επαγγελματικής απασχόλησης.

- (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα και στην επαγγελματική απασχόληση)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση και στην επαγγελματική απασχόληση)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους και στην επαγγελματική απασχόληση)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικής απασχόλησης.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση και στους Δρόμους)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal – Wallis, παρατηρούμε ότι οι τιμές των mean ranks δείχνουν πως όσοι εργάζονται τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας συγκριτικά με όσους έχουν συνταξιοδοτηθεί και όσους έχουν δηλώσει κάτι «άλλο». Να υπενθυμίσουμε εδώ ότι, όπως είδαμε στην περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών, από τα 10 άτομα που δήλωσαν το «Άλλο» σημείωσαν οικιακά και το 1 το δήλωσε χωρίς να συμπληρώσει κάτι. Επίσης, η p -value επιβεβαιώνει αυτές τις διαφορές, καθώς ούσα μικρότερη από 0,05 μας δείχνει πως οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν είναι στατιστικά σημαντικές, αναδεικνύοντας τον παράγοντα της εργασίας-επαγγελματικής απασχόλησης ως παράγοντα επίδρασης στα επίπεδα της ελπίδας μεταξύ των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, οι διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικής απασχόλησης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο ως προς τη Δράση, $H(2) = 19,591, p = 0,000$ και τους Δρόμους, $H(2) = 23,764, p = 0,000$, όσο και ως προς τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, $H(2) = 22,770, p = 0,000$.

Συνεχίζοντας με τη μεταβλητή της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας.

- (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα και στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση και στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους και στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων και στους Δρόμους)

Εφαρμόζοντας τον έλεγχο, παρατηρήσαμε τις τιμές των mean ranks για κάθε μεταβλητή και είδαμε πως υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς την δηλωθείσα κατάσταση υγείας και την ελπίδα-τόσο τις δύο υποκλίμακες, όσο και τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας. Οι τιμές των mean ranks μας δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν δηλώσει μέτρια έως πολύ καλή υγεία τείνουν να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες της ελπίδας και στο σύνολο της ελπίδας γενικά. Οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν «Πολύ καλή» υγεία έχουν τις υψηλότερες τιμές, ενώ όσοι δήλωσαν «Κακή» και «Πολύ κακή» υγεία έχουν τις χαμηλότερες. Τις διαφοροποιήσεις επιβεβαιώνει και η p -value που σε κάθε περίπτωση είναι μικρότερη από 0,05, με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και να επιβεβαιώνουμε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στην κατάσταση της υγείας και τη Δράση, $H(4) = 113,961$, $p = 0,000$, τους Δρόμους, $H(4) = 105,849$, $p = 0,000$, αλλά και τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, $H(4) = 115,514$, $p = 0,000$.

Αναφορικά με τη μεταβλητή της διαμονής, η οποία διακρίνεται στα άτομα που μένουν μόνα τους, με σύζυγο, με ευρύτερη οικογένεια και σε οίκους ευγηρίας, θα εξετάσουμε την ύπαρξη ή μη διαφορών ως προς την ελπίδα και σε κάθε μία από τις κατηγορίες. Σε μετέπειτα αναλύσεις θα εστιάσουμε σε ξεχωριστή ενότητα στη

διερεύνηση σχέσεων μεταξύ ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας. Για τον έλεγχο Kruskal – Wallis, λοιπόν, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές συνθήκες διαμονής.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα και στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση και στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους και στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές συνθήκες διαμονής.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στους Δρόμους)

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της ανάλυσης, διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις τιμές των mean ranks. Συγκεκριμένα, και στις δύο υποκλίμακες της ελπίδας, αλλά και τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, βλέπουμε ότι υψηλότερες τιμές έχουν όσοι ηλικιωμένοι μένουν με σύζυγο, ενώ ακολουθούν όσοι διαμένουν με ευρύτερη οικογένεια και μετά όσοι μένουν μόνοι τους. Τελευταίοι, με τους χαμηλότερες τιμές είναι οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, με τη διαφορά να είναι μεγάλη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Σύμφωνα με τον έλεγχο Kruskal – Wallis, η $p < 0,05$ σε κάθε μεταβλητή, κάτι το οποίο επιβεβαιώνει τις διαφοροποιήσεις και μάλιστα απορρίπτει την μηδενική υπόθεση, αφού οι διαφορές που υπάρχουν είναι στατιστικώς σημαντικές μεταξύ των συνθηκών διαβίωσης και τις υποκλίμακες «Δράση», $H(3) = 50,953, p = 0,000$, «Δρόμοι», $H(3) = 53,840, p = 0,000$, αλλά και συνολικά, $H(3) = 55,284, p = 0,000$.

Όσον αφορά τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, οι οποίοι είχαν και τις χαμηλότερες συγκριτικά βαθμολογίες σε όλες τις υποκλίμακες της ελπίδας,

εξετάσαμε εάν υπάρχει διαφοροποίηση ως προς τη διάρκεια διαμονής τους στους οίκους ευγηρίας. Για τον έλεγχο Kruskal – Wallis, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στους διαφορετικούς χρόνους διαμονής.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα και στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση και στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους και στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στους διαφορετικούς χρόνους διαμονής.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας και στους Δρόμους)

Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση, οι τιμές των mean ranks είναι σε αρκετά κοντινή απόσταση μεταξύ τους, κάτι που μας δείχνει πως ενδεχομένως να μην υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη διάρκεια παραμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και τα επίπεδα της ελπίδας που τους χαρακτηρίζουν. Παρατηρήσαμε από τις τιμές πως τις υψηλότερες τους έχουν οι ηλικιωμένοι που μένουν το λιγότερο χρονικό διάστημα σε οίκους ευγηρίας και τους χαμηλότερους-όχι κατά πολύ όμως- τους έχουν όσοι διαμένουν σε οίκους ευγηρίας για 4 χρόνια ή περισσότερα. Ωστόσο, διαπιστώθηκε πως τόσο στις δύο υποκλίμακες, όσο και στο σύνολο της βαθμολογίας της ελπίδας η $p > 0,05$. Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: για την υποκλίμακα «Δράση», $H(3) = 2,629$, $p = 0,452$, την υποκλίμακα «Δρόμοι», $H(3) = 2,300$, $p = 0,513$ και τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, $H(3) = 2,293$, $p = 0,514$. Έτσι, λαμβάνοντας αυτά υπόψη, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς δεν φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια παραμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και την ελπίδα.

Τέλος, κλείνοντας με τους δημογραφικούς παράγοντες και την συσχέτισή τους με την ελπίδα, έχουμε την μεταβλητή που αφορά την συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η., η οποία αφορά μόνο τα άτομα που είχαν δηλώσει πως τα επισκέπτονται ($N = 43$). Για την πραγματοποίηση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal – Wallis, οι υποθέσεις μας διαμορφώθηκαν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες συχνότητας επισκέψεων.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην Ελπίδα και στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η.)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη Δράση και στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η.)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους Δρόμους και στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η.)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες συχνότητας επισκέψεων.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η και στην Ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η και στη Δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η και στους Δρόμους)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου, οι τιμές των mean ranks είναι σε πολύ κοντινή απόσταση μεταξύ τους, δείχνοντας ωστόσο μια μικρή διαφοροποίηση μεταξύ των ηλικιωμένων που επισκέπτονται 5-6 φορές κάποιο Κ.Α.Π.Η. σε σχέση με όσους τα επισκέπτονται 1-2 ή 3-4 φορές εβδομαδιαίως. Παρατηρώντας, όμως, τις p -value των μεταβλητών, φαίνεται ότι τόσο στις υποκλίμακες, όσο και στη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, η $p > 0,05$. Συγκεκριμένα, για την πρώτη υποκλίμακα «Δράση», $H(2) = 6,633$, $p = 0,060$, για τη δεύτερη «Δρόμοι», $H(2) = 2,449$, $p = 0,294$ και για την ελπίδα στο σύνολό της, $H(2) = 3,084$, $p = 0,214$. Έτσι, δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς φαίνεται πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές

ανάμεσα στη συχνότητα επισκέψεων των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η. και τα επίπεδα ελπίδας που βιώνουν αυτοί.

B. Θετικά – Αρνητικά Συναισθήματα και δημογραφικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων

Στη συνέχεια θα περάσουμε στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα Θετικά – Αρνητικά Συναισθήματα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνόλου των ηλικιωμένων, όπως έγινε και για τη μεταβλητή της Ελπίδας παραπάνω. Εφόσον ο έλεγχος κανονικότητας που πραγματοποιήθηκε στην αρχή έδειξε πως τα δεδομένα μας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, οι αναλύσεις μας θα γίνουν με τους μη παραμετρικούς δείκτες Mann-Whitney και Kruskal – Wallis.

Ξεκινώντας με τις δίτιμες μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών και συγκεκριμένα με αυτή του φύλου, θα εφαρμόσουμε τον έλεγχο Mann – Whitney και οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στο Θετικό Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Βλέποντας τα αποτελέσματα του ελέγχου, ιδίως όσον αφορά τις τιμές των mean ranks, φαίνεται να υπάρχει μια μικρή διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, όσον αφορά το Θετικό Συναίσθημα, οι άντρες έχουν λίγο υψηλότερες τιμές mean rank, σε σχέση με τις γυναίκες, κάτι που δείχνει ότι οι άντρες αναφέρουν ελαφρώς περισσότερο Θετικό Συναίσθημα σε σχέση με τις γυναίκες. Στο Αρνητικό

Συναίσθημα, αντίθετα, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο *mean rank* (141,06), σε σχέση με τους άντρες (121,23) κάτι που δείχνει την τάση οι γυναίκες να αναφέρουν πιο υψηλό Αρνητικό Συναίσθημα. Ωστόσο, παρατηρώντας τις *p-value*, βλέπουμε ότι στην υποκλίμακα του Θετικού Συναίσθηματος $U = 7569,500$, $z = -1,597$, $p = 0,110$, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το θετικό συναίσθημα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες. Από την άλλη, αναφορικά με την υποκλίμακα του Αρνητικού Συναίσθηματος $U = 7265,500$, $z = -2,095$, $p = 0,036$, όπου $p < 0,05$, με αποτέλεσμα η μηδενική υπόθεση να απορρίπτεται, αφού φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και το Αρνητικό Συναίσθημα.

Όσον αφορά την απόκτηση παιδιών, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά και στο Θετικό τους Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά και στο Αρνητικό τους Συναίσθημα)

Όπως διαπιστώθηκε, ήδη από τις τιμές των *mean ranks*, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και όσους δεν έχουν σε σχέση με τις δύο υποκλίμακες. Λίγο υψηλότερες τιμές έχουν όσοι ανέφεραν ότι δεν έχουν παιδιά, σε σχέση με αυτούς που έχουν, αλλά όπως βλέπουμε και στις *p-value*, και στις δύο περιπτώσεις η $p > 0,05$, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν και σε όσους δεν έχουν παιδιά και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα. Συγκεκριμένα, όσον αφορά το Θετικό Συναίσθημα $U = 3582,00$, $z = -0,074$, $p = 0,941$ και στο Αρνητικό Συναίσθημα $U = 3311,50$, $z = -0,753$,

$p = 0,452$. Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση για καμία από τις δύο μεταβλητές – κλίμακες.

Τέλος, κλείνοντας με τις δίτιμες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων και συγκεκριμένα με την επίσκεψη σε Κ.Α.Π.Η., όπου οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται και στο Θετικό τους Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται και στο Αρνητικό τους Συναίσθημα)

Λαμβάνοντας τα αποτελέσματα του ελέγχου και συγκεκριμένα τις τιμές των mean ranks, βλέπουμε πως υπάρχει μια μικρή διαφοροποίηση ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται κάποιο Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν. Συγκεκριμένα, στην υποκλίμακα του Θετικού Συναίσθηματος, όσοι επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η., έχουν υψηλότερο mean rank (161,26), κάτι το οποίο δείχνει πως αυτοί βιώνουν περισσότερο Θετικό Συναίσθημα σε σχέση με εκείνους που δεν τα επισκέπτονται (126,90). Αντίθετα, στο Αρνητικό Συναίσθημα, όσοι επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος σε σχέση με όσους δεν τα επισκέπτονται. Προχωρώντας, βλέπουμε ότι στο «Αρνητικό Συναίσθημα» $U = 3976,50$, $z = -1,695$, $p = 0,090$, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού δεν φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν τα επισκέπτονται σε σχέση με το Αρνητικό Συναίσθημα. Ωστόσο, όσον αφορά την υποκλίμακα «Θετικό Συναίσθημα», όπου $U = 3515,00$, $z = -2,701$, $p = 0,007$ κι έτσι απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο Θετικό

Συναίσθημα και σε αυτούς που επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. και σε αυτούς που δεν τα επισκέπτονται.

Προχωρώντας τώρα στις αναλύσεις που αφορούν τις μεταβλητές που έχουν πάνω από δύο τιμές, θα συνεχίσουμε με τη μεταβλητή της ηλικίας, αξιοποιώντας τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal – Wallis. Οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στα Συναισθήματα ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και στα Συναισθήματα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και στο Θετικό Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal – Wallis, βλέπουμε αρχικά στις τιμές των mean ranks αρκετές διαφοροποιήσεις. Αναλυτικότερα, στην υποκλίμακα του Θετικού Συναίσθηματος, διαπιστώνουμε μια πτωτική τάση των θετικών συναισθημάτων όσο αυξάνεται η ηλικία, καθώς η νεότερη ηλικιακή ομάδα των 60 – 65 ετών έχει τον υψηλότερη τιμή mean rank (183,12). Στην υποκλίμακα του Αρνητικού Συναίσθηματος, οι τιμές των mean ranks μοιάζουν αρκετά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την p -value για κάθε περίπτωση ξεχωριστά, αφού για την πρώτη υποκλίμακα του Θετικού Συναίσθηματος και της συνολικής βαθμολογίας η $p < 0,05$ και συγκεκριμένα $H(3) = 57,099$, $p = 0,000$, με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και του θετικού συναισθήματος, καθώς οι πιο νέοι ηλικιωμένοι φαίνεται να αναφέρουν περισσότερο

Θετικό Συναίσθημα. Ωστόσο, η μηδενική υπόθεση για την υποκλίμακα του Αρνητικού Συναίσθηματος δεν μπορεί να απορριφθεί, αφού $H(3) = 0,764$ και $p = 0,858$, κάτι που μας δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες των ηλικιωμένων και το Αρνητικό Συναίσθημα.

Συνεχίζοντας με την μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης, και οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο Θετικό Συναίσθημα και την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο Αρνητικό Συναίσθημα και την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και στο Θετικό Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου, στην πρώτη υποκλίμακα του Θετικού Συναίσθηματος, υψηλότερες τιμές mean rank έχουν οι έγγαμοι ηλικιωμένοι (152,22), ενώ τους χαμηλότερες όσοι έχουν χηρέψει (96,57). Στην δεύτερη υποκλίμακα, αυτή του Αρνητικού Συναίσθηματος, οι τιμές mean rank παρουσιάζουν μια μικρή διαφοροποίηση με τους χήρους να έχουν ελαφρώς υψηλότερους (140,25) και οι διαζευγμένοι τους χαμηλότερους (118,08). Προχωρώντας, διαπιστώθηκε πως στην υποκλίμακα του Θετικού Συναίσθηματος $p < 0,05$, αφού $H(3) = 30,501$ και $p = 0,000$. Έτσι, μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση και να ισχυριστούμε πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και το θετικό συναίσθημα. Αντίθετα, όσον αφορά το αρνητικό συναίσθημα, όπου $H(3) = 1,847$ και $p = 0,605$, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού δεν φαίνεται να

υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτό και την οικογενειακή κατάσταση.

Προχωρώντας με την μεταβλητή της εκπαίδευσης, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα και στα επίπεδα εκπαίδευσης)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα και στα επίπεδα εκπαίδευσης)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης και στο Θετικό Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της ανάλυσης, στην υποκλίμακα του θετικού συναισθήματος η τιμή του mean rank είναι πιο υψηλή μεταξύ των ηλικιωμένων που έχουν δηλώσει το Πανεπιστήμιο ως το επίπεδο εκπαίδευσής τους (177,22), ενώ τον χαμηλότερο τον έχουν τα έξι άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο (80,25). Όσον αφορά τη δεύτερη υποκλίμακα, την υψηλότερη τιμή mean rank στο αρνητικό συναίσθημα το είχαν όσοι δήλωσαν το Δημοτικό (158,05) και το χαμηλότερο αυτοί της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (104,99). Και για τις δύο υποκλίμακες, η p -value $< 0,05$, αφού στο Θετικό Συναίσθημα $H(4) = 60,420$, $p = 0,000$ και στο Αρνητικό Συναίσθημα $H(4) = 20,031$, $p = 0,000$, επιτρέποντάς μας να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης ή αλλιώς του μορφωτικού επιπέδου και των Θετικών και Αρνητικών Συναισθημάτων των ηλικιωμένων.

Προχωρώντας με την μεταβλητή της επαγγελματικής απασχόλησης, για τον έλεγχο Kruskal – Wallis, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικής απασχόλησης.

- (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα και στην επαγγελματική απασχόληση)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα και στην επαγγελματική απασχόληση)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικής απασχόλησης.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση και στο Θετικό Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Βάσει των αποτελεσμάτων του ελέγχου και συγκεκριμένα αναφορικά με τα mean ranks, βλέπουμε πως υψηλότερες τιμές αναφορικά με το θετικό συναίσθημα βρίσκονται μεταξύ των συμμετεχόντων που έχουν δηλώσει εργαζόμενοι (190,59), ενώ η χαμηλότερη τιμή αφορά τα άτομα που έχουν δηλώσει «Άλλο» (119,20) εκ των οποίων 9 από τους 10 δήλωσαν τα «Οικιακά» συγκεκριμένα. Στο αρνητικό συναίσθημα το υψηλότερο *mean rank* βρίσκεται ανάμεσα στους ηλικιωμένους που δήλωσαν «Άλλο» (188,20), ενώ το χαμηλότερο αφορά τους εργαζόμενους συμμετέχοντες (101,11). Και για τις δύο μεταβλητές μας, η $p < 0,05$, με αποτέλεσμα να μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση και να ισχυριστούμε πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική ή εργασιακή απασχόληση και τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των ηλικιωμένων, καθώς όσον αφορά το Θετικό Συναίσθημα $H(2) = 24,978$, $p = 0,000$, και για το Αρνητικό $H(2) = 11,913$, $p = 0,003$. Φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι τείνουν να έχουν περισσότερο θετικό συναίσθημα και λιγότερο αρνητικό σε σύγκριση με τους συνταξιούχους και όσους δήλωσαν το «Άλλο» ως επιλογή, με τους τελευταίους να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος.

Περνώντας στη μεταβλητή της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα και στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων)

- (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα και στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων και στο Θετικό Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα αρχικά τις τιμές των mean ranks, για το θετικό συναίσθημα υψηλότερο mean rank είχαν τα άτομα με πολύ καλή υγεία (203,51) και χαμηλότερο αυτοί που δήλωσαν πολύ κακή υγεία (27,50). Σχετικά με την υποκλίμακα του αρνητικού συναισθήματος, το χαμηλότερο mean rank τον είχαν οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν πολύ καλή υγεία (89,62) και το υψηλότερο εκείνοι που δήλωσαν πολύ κακή υγεία (191,79). Βλέπουμε, γενικά, ότι στην υποκλίμακα του θετικού συναισθήματος, πως όσο χειροτερεύει η υγεία των συμμετεχόντων τόσο μειώνεται η τιμή του mean rank, ενώ στην υποκλίμακα του αρνητικού συναισθήματος συμβαίνει το αντίστροφο. Τις διαφορές στις τιμές των mean rank των μεταβλητών επιβεβαιώνει η p-value ως στατιστικά σημαντικές καθώς σε όλες τις περιπτώσεις η $p < 0,05$, με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση σε κάθε περίπτωση, καθώς για το Θετικό Συναίσθημα $H(4) = 109,792$, $p = 0,000$ και για το Αρνητικό $H(4) = 35,540$, $p = 0,000$. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τόσο με το θετικό, όσο και με το αρνητικό συναίσθημα, αναδεικνύοντας την υγεία ως σημαντικό παράγοντα επίδρασης στη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων.

Προχωρώντας στην μεταβλητή της διαμονής, για τον έλεγχο Kruskal – Wallis, λοιπόν, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές συνθήκες διαμονής.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα και στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα και στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές συνθήκες διαμονής.

- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στο Θετικό Συναίσθημα)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Από τον έλεγχο Kruskal – Wallis, παρατηρώντας αρχικά τις τιμές των mean ranks, στην υποκλίμακα του θετικού συναισθήματος το υψηλότερο mean rank αφορά τα άτομα που μένουν με σύζυγο (156,89), ενώ το χαμηλότερο αυτούς που διαμένουν σε οίκο ευγηρίας (73,39). Όσοι ζουν με ευρύτερη οικογένεια έχουν επίσης υψηλό μέσο (148,05), όπως και όσοι ζουν μόνοι τους (134,24). Στην υποκλίμακα του αρνητικού συναισθήματος, το υψηλότερο *mean rank* το έχουν οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε οίκο ευγηρίας (150,59) και αμέσως μετά όσοι ζουν με ευρύτερη οικογένεια (140,33). Σε κοντινή σχετικά απόσταση βρίσκονται τα *mean ranks* όσων ζουν μόνοι τους (131,46) και εκείνων που ζουν με σύζυγο (120,52). Συνεχίζοντας, βλέπουμε πως στην υποκλίμακα θετικού συναισθήματος υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαβίωσης ή αλλιώς τη διαμονή και τα θετικά συναισθήματα, αφού $H(3) = 44,397$ και $p = 0,000$, ενώ στην υποκλίμακα του αρνητικού συναισθήματος που $H(3) = 5,966$ και $p = 0,113$ ($p > 0,05$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτό και τις συνθήκες διαβίωσης. Έτσι, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση για την υποκλίμακα του θετικού συναισθήματος, ενώ για το αρνητικό συναίσθημα δεν μπορούμε να την απορρίψουμε. Φαίνεται ότι οι συνθήκες διαβίωσης ή διαμονής των ηλικιωμένων επηρεάζουν το θετικό συναίσθημα, αλλά όχι το αρνητικό.

Όσον αφορά τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, πραγματοποιήσαμε έναν περαιτέρω έλεγχο που αφορά την διάρκεια παραμονής τους σε αυτούς σε σχέση με τις δύο υποκλίμακες, αλλά και τη συνολική βαθμολογία του εργαλείου Θετικών και Αρνητικών Συναισθημάτων. Για τον έλεγχο Kruskal – Wallis, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στους διαφορετικούς χρόνους διαμονής.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα και στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας)

- (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα και στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στους διαφορετικούς χρόνους διαμονής.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας και στο Θετικό Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής στους οίκους ευγηρίας και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Αυτό που αρχικά παρατηρούμε στα αποτελέσματα της ανάλυσης είναι ότι οι τιμές των mean ranks, βρίσκονται σε σχετικά κοντινή απόσταση μεταξύ τους, δείχνοντας πως ενδεχομένως να μην υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χρόνων παραμονής των ηλικιωμένων στους οίκους ευγηρίας και τα θετικά - αρνητικά συναισθήματα. Αναλυτικότερα, υψηλότερο mean rank έχουν όσοι μένουν το λιγότερο διάστημα σε οίκο ευγηρίας (54) αναφορικά με το θετικό συναίσθημα, ενώ χαμηλότερο όσοι βρίσκονται σε οίκο ευγηρίας ήδη 4 ή περισσότερα χρόνια (23,64). Σχετικά με την υποκλίμακα του αρνητικού συναισθήματος, όσοι διαμένουν σε οίκο ευγηρίας από 0-6 μήνες έχουν το χαμηλότερο mean rank (4), ενώ τον υψηλότερο τον έχουν όσοι διαμένουν σε οίκο ευγηρίας από 7 μήνες έως 1 χρόνο (37,58). Προχωρώντας, βλέπουμε ότι και οι δύο υποκλίμακες έχουν $p > 0,05$ και συγκεκριμένα η υποκλίμακα του θετικού συναισθήματος έχει $H(3) = 5,863$ και $p = 0,118$ και η υποκλίμακα αρνητικού συναισθήματος έχει $H(3) = 6,226$ και $p = 0,101$, τα οποία μας εμποδίζουν να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του θετικού και αρνητικού συναισθήματος και της διάρκειας παραμονής των ηλικιωμένων στους οίκους ευγηρίας.

Τέλος, κλείνοντας με τους δημογραφικούς παράγοντες και την συσχέτισή τους με τα Θετικά – Αρνητικά Συναίσθημα, περνάμε στην μεταβλητή που αφορά την συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η., η οποία αφορά μόνο τα άτομα που είχαν δηλώσει πως τα επισκέπτονται ($N = 43$). Για την πραγματοποίηση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal – Wallis, οι υποθέσεις μας διαμορφώθηκαν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες συχνότητας επισκέψεων.

- (Δεν υπάρχει διαφορά στο Θετικό Συναίσθημα και στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στο Αρνητικό Συναίσθημα και στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες συχνότητας επισκέψεων.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η και στο Θετικό Συναίσθημα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η και στο Αρνητικό Συναίσθημα)

Λαμβάνοντας τα αποτελέσματα, βλέπουμε ήδη από τις τιμές των mean ranks ότι σε κάθε περίπτωση βρίσκονται πολύ κοντά μεταξύ τους, κάτι το οποίο ενδεχομένως να υποδηλώνει πως δεν υπάρχει κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις υποκλίμακες του θετικού – αρνητικού συναισθήματος και της συνολικής βαθμολογίας σε σχέση με την συχνότητα επίσκεψης των ηλικιωμένων σε κάποιο Κ.Α.Π.Η. Αυτά επιβεβαιώνει η p -value, που σε κάθε υποκλίμακα είναι $p > 0,05$, με αποτέλεσμα να μη μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού για το Θετικό Συναίσθημα $H(2) = 3,483$, $p = 0,175$ και για το Αρνητικό Συναίσθημα $H(2) = 1,602$ και $p = 0,449$. Έτσι, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επισκέψεων των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η. και το θετικό και αρνητικό συναίσθημα.

Γ. Φόβος του Θανάτου και δημογραφικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων

Τέλος, θα προχωρήσουμε στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο Φόβο του Θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των τεσσάρων υποκλιμάκων ξεχωριστά, και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνόλου των ηλικιωμένων, όπως έγινε έως τώρα. Εφόσον ο έλεγχος κανονικότητας που πραγματοποιήθηκε στην αρχή έδειξε πως τα δεδομένα μας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, θα πραγματοποιηθούν μη

παραμετρικοί έλεγχοι, όπου για τις δίτιμες μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών θα εφαρμόσουμε τον έλεγχο Mann – Whitney, ενώ για όσες μεταβλητές έχουν πάνω από 2 τιμές θα εφαρμόσουμε τον έλεγχο Kruskal – Wallis.

Ξεκινώντας με τη μεταβλητή του φύλου, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Παρατηρώντας τους παραπάνω πίνακες και λαμβάνοντας, αρχικά, υπόψη τις τιμές των mean ranks, βλέπουμε ότι βρίσκονται σε πολύ κοντινή απόσταση μεταξύ τους σε όλες τις υποκλίμακες, αλλά και συνολικά. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την πρώτη υποκλίμακα «Ο δικός μου Θάνατος», οι άντρες έχουν υψηλότερο mean rank (133,39) σε σχέση με τις γυναίκες (131,83), ενώ σε όλες τις άλλες οι γυναίκες (139,32, 142,02,

140,82, 138,47 για κάθε μία από τις τρεις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία αντίστοιχα), κάτι που μας δείχνει πως έχουν λίγο πιο υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες αυτές, αλλά και στη συνολική βαθμολογία. Προχωρώντας, βλέπουμε ότι στην υποκλίμακα «Ο δικός σου Θάνατος» $p = 0,869$, στην υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατος» $p = 0,095$, στην υποκλίμακα «Ο Θάνατος των Άλλων» $p = 0,020$, στην υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι» $p = 0,042$ και τέλος, στη συνολική βαθμολογία $p = 0,145$. Έτσι, αφού η $p > 0,05$ σε τρεις από τις πέντε κλίμακες, δεν απορρίπτουμε για αυτές τη μηδενική υπόθεση, καθώς δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αυτές και το φύλο. Όμως, στις υποκλίμακες «Ο Θάνατος των Άλλων» και «Ετοιμοθάνατοι» η $p < 0,05$, αν και οριακά στην υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι», απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στον φόβο για τον θάνατο των άλλων και τον φόβο για τους άλλους ως ετοιμοθάνατους σε σχέση με το φύλο. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν πως αν και οι άντρες και οι γυναίκες δεν διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά ως προς τον φόβο τους για τον δικό τους θάνατο και την κατάστασή τους ως ετοιμοθάνατοι οι ίδιοι, οι γυναίκες τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα φόβου του θανάτου αναφορικά με τον θάνατο των άλλων και την κατάσταση των άλλων ως ετοιμοθάνατοι.

Προχωρώντας στην επόμενη δίτιμη μεταβλητή, αυτή της απόκτησης παιδιών, για τον έλεγχο Mann-Whitney, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες.

- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Με βάση τα δεδομένα του πίνακα, βλέπουμε πως υπάρχει μια διαφοροποίηση μεταξύ των τιμών των mean ranks σε όλες τις υποκλίμακες, αλλά και στον συνολικό φόβο του θανάτου. Συγκεκριμένα, φαίνεται σε όλες τις περιπτώσεις ότι όσοι έχουν παιδιά έχουν υψηλότερες τιμές mean rank σε κάθε υποκλίμακα, αλλά και συνολικά. Οι μεγαλύτερες διαφορές εντοπίζονται στην υποκλίμακα «Ο Θάνατος των Άλλων» και στο συνολικό Φόβο του Θανάτου, όπου όσοι έχουν παιδιά είχαν mean rank = 140,46 και όσοι δεν είχαν παιδιά είχαν 72,65 στον θάνατο των άλλων, ενώ συνολικά όσοι είχαν παιδιά είχαν mean rank = 137,63 και όσοι δεν είχαν παιδιά είχαν 93,92. Οι διαφοροποιήσεις αυτές επιβεβαιώνονται σχεδόν για όλες τις κλίμακες από την p -value. Αναλυτικότερα, στις τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες η $p < 0,05$, εκτός από την υποκλίμακα «Ο δικός σου Θάνατος» όπου $p = 0,657$, απορρίπτοντας έτσι τη μηδενική υπόθεση για τις τρεις, αφού φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και όσους δεν έχουν και τον φόβο τους για την κατάσταση τους ως ετοιμοθάνατοι οι ίδιοι, τον θάνατο των άλλων και την κατάσταση των άλλων ως ετοιμοθάνατοι, με τους πρώτους να έχουν υψηλότερα επίπεδα φόβου σε σχέση με όσους δεν έχουν παιδιά. Για την υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος» η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί. Τέλος, για τη συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου η $p = 0,003$ και εφόσον $p < 0,05$, απορρίπτεται η μηδενική

υπόθεση, καθώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά και σε όσους δεν έχουν και τον Φόβο του Θανάτου που βιώνουν συνολικά.

Συνεχίζοντας με την τελευταία δίτιμη μεταβλητή, αυτή της επίσκεψης των ηλικιωμένων σε κάποιο Κ.Α.Π.Η., οι υποθέσεις μας για τον έλεγχο Mann – Whitney διαμορφώθηκαν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δυο ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)

- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω βλέπουμε πως οι τιμές των mean ranks βρίσκονται σε αρκετά κοντινή απόσταση μεταξύ τους, το οποίο ίσως δείχνει πως δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε στατιστικό επίπεδο. Φαίνεται να είναι ελαφρώς πιο μεγάλες σε όσους δήλωσαν πως επισκέπτονται κάποιο Κ.Α.Π.Η., αλλά η διαφορά είναι πολύ μικρή. Αυτά μας επιβεβαιώνονται καθώς η p -value $> 0,05$ σε κάθε μία από τις τέσσερις υποκλίμακες και στη συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου. Συγκεκριμένα, για τις υποκλίμακες «Ο δικός σου θάνατος», «Ετοιμοθάνατος», «Ο θάνατος των άλλων», «Ετοιμοθάνατοι» η p -value ήταν $p = 0,951$, $p = 0,440$, $p = 0,354$, και $p = 0,451$ αντίστοιχα, όπως και για τη συνολική βαθμολογία του φόβου του θανάτου, όπου $p = 0,440$. Επομένως, δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς δεν φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που επισκέπτονται κάποιο Κ.Α.Π.Η. και σε όσους δεν το κάνουν σε σχέση με τον συνολικό φόβο του θανάτου και τις επιμέρους υποκλίμακες.

Περνώντας, τώρα, στις μεταβλητές που έχουν περισσότερες από δύο κατηγορίες, κάναμε χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal – Wallis. Για την μεταβλητή της ηλικίας, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες)

- H₁: Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Βάσει των δεδομένων του πίνακα, βλέπουμε αρχικά πως οι τιμές των mean ranks παρουσιάζουν ελάχιστες διαφοροποιήσεις μεταξύ των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων με την υψηλότερη τιμή mean rank να έχουν σχεδόν σε όλες τις κλίμακες τα άτομα ηλικίας 66 – 74 ετών. Ωστόσο, φαίνεται όλες οι ηλικιακές ομάδες να έχουν περίπου τις ίδιες τιμές, το οποίο μας δείχνει πως έχουν παρόμοια επίπεδα φόβου του θανάτου σε όλες τις διαστάσεις, αλλά και συνολικά. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται, καθώς σε όλες τις υποκλίμακες και στην τελική βαθμολογία η p -value $> 0,05$, ($p = 0,612, 0,975, 0,983, 0,089$ και $0,689$ για κάθε μια από τις υποκλίμακες «Ο δικός σου θάνατος», «Ετοιμοθάνατος», «Ο θάνατος των άλλων», «Ετοιμοθάνατοι» αλλά και τη συνολική βαθμολογία αντίστοιχα) με αποτέλεσμα να μη μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες των ηλικιωμένων και στον φόβο του θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των τεσσάρων υποκλιμάκων του.

Προχωρώντας με την μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H₀: Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου και την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων)

- (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο και την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι και την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων και την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων)
- (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι και την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων)
- H₁: Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα των παραπάνω πινάκων και αρχικά τις τιμές των mean ranks βλέπουμε ότι όσον αφορά την πρώτη υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος», οι τιμές δεν παρουσιάζουν έντονη διαφοροποίηση με την υψηλότερη να εντοπίζεται στους χήρους (135,94) και η χαμηλότερη στους άγαμους (107,64). Στην επόμενη υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι» οι διαφορές είναι λίγο μεγαλύτερες, ιδίως ανάμεσα στους άγαμους (99,47) και τις υπόλοιπες κατηγορίες. Το υψηλότερο mean rank σε αυτή

την υποκλίμακα το έχουν πάλι όσοι έχουν χηρέψει (141,39). Στην τρίτη υποκλίμακα «Ο θάνατος των άλλων», επίσης, όπως παραπάνω, υψηλότερη τιμή mean rank έχουν οι χήροι (148,31), ενώ την κατά πολύ χαμηλότερη οι άγαμοι (47,97). Στην τέταρτη υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι», ομοίως, οι χήροι κατέχουν το υψηλότερο mean rank (142, 27) και οι άγαμοι το χαμηλότερο (81,92). Τέλος, αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου, όσοι δήλωσαν χήροι έχουν την υψηλότερη τιμή mean rank (144,27) και οι άγαμοι τη μικρότερη (73,86). Προχωρώντας, στατιστικά σημαντικές διαφορές φαίνεται να εντοπίζονται στις υποκλίμακες «Ο θάνατος των άλλων» ($p = 0,000$), «Ετοιμοθάνατοι» ($p = 0,018$) και στη συνολική βαθμολογία ($p = 0,004$), όπου και απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση για κάθε περίπτωση. Στις δύο πρώτες υποκλίμακες «Ο δικός σου θάνατος» και «Ετοιμοθάνατος» η $p > 0,05$ (αφού $p = 0,512$ για την πρώτη και $p = 0,094$ για τη δεύτερη) με αποτέλεσμα να μη μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και τον φόβο για τον δικό τους θάνατο και την κατάστασή των συμμετεχόντων ως ετοιμοθάνατοι. Επομένως, θα λέγαμε πως η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό ορισμένες από τις διαστάσεις του Φόβου του Θανάτου, όπως επίσης και τη συνολική βαθμολογία.

Συνεχίζοντας με την μεταβλητή της εκπαίδευσης, για τον έλεγχο Kruskal – Wallis, οι υποθέσεις μας είναι οι εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου και τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο και τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι και τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων και τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων)

- (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι και τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων)
- H₁: Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης, μπορούμε να δούμε αρχικά όσον αφορά τις τιμές των mean ranks, ότι υπάρχει μια διαφοροποίηση ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης σε κάθε υποκλίμακα, αλλά και στη συνολική βαθμολογία. Αρχικά, όσον αφορά την υποκλίμακα «Ο δικός μου θάνατος», οι τιμές βρίσκονται αρκετά κοντά μεταξύ τους, οπότε οι διαφοροποιήσεις μπορεί να μην είναι στατιστικά σημαντικές. Μεγαλύτερο mean rank έχουν οι ηλικιωμένοι γυμνασιακής εκπαίδευσης (148,75), ενώ μικρότερο όσοι έχουν δηλώσει το Πανεπιστήμιο (120,56). Στην επόμενη υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατος» το υψηλότερο mean rank το έχει πάλι η κατηγορία του Γυμνασίου (150,49) και το μικρότερο οι ηλικιωμένοι που έχουν αποφοιτήσει από το Λύκειο (109,25). Στην υποκλίμακα «Ο θάνατος των άλλων» την υψηλότερη τιμή mean rank έχουν οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν πάει σχολείο (165,17), ενώ την μικρότερη οι ηλικιωμένοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (111,21). Στην τέταρτη και τελευταία

υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι» την υψηλότερη τιμή έχουν τα άτομα που έχουν δηλώσει το Δημοτικό ως επίπεδο εκπαίδευσής τους (154,30), ενώ την μικρότερη τα άτομα που έχουν δηλώσει το Λύκειο (108,58). Τέλος, στη συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου, το υψηλότερο mean rank έχουν τα άτομα γυμνασιακής εκπαίδευσης (153,99), ενώ το μικρότερο τα άτομα που έχουν δηλώσει το Λύκειο (113,69). Προχωρώντας, βλέπουμε ότι μόνο στην υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος» δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, αφού $p > 0,05$ ($p = 0,430$). Σε όλες τις άλλες υποκλίμακες, αλλά και στη συνολική βαθμολογία η $p < 0,05$, (με $p = 0,017$ για την υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατος», $p = 0,001$ για την υποκλίμακα «Ο θάνατος των άλλων», $p = 0,000$ για την υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι» και $p = 0,004$ για τη συνολική βαθμολογία) με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση γι' αυτές, καθώς υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και συγκεκριμένες διαστάσεις του Φόβου του Θανάτου, δηλαδή τον φόβο της δικής τους κατάστασης ως ετοιμοθάνατοι, τον φόβο για τον θάνατο των άλλων και τον φόβο για την κατάσταση των άλλων ως ετοιμοθάνατοι, καθώς και στη συνολική βαθμολογία του φόβου του θανάτου.

Περνώντας στην μεταβλητή της επαγγελματικής απασχόλησης ή αλλιώς επαγγελματικής κατάστασης των ηλικιωμένων, οι υποθέσεις μας διαμορφώθηκαν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικής απασχόλησης.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου και την επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο και την επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι και την επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων και την επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι και την επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων)

- H₁: Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικής απασχόλησης
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου, οι τιμές των mean ranks των βαθμολογιών υποδηλώνουν πως τα άτομα που έχουν επιλέξει την κατηγορία «Άλλο», έναντι των συνταξιούχων και εργαζόμενων, αναφέρουν γενικά τα υψηλότερα επίπεδα φόβου σε όλες τις διαστάσεις του Φόβου του Θανάτου, αλλά και στη συνολική βαθμολογία, αν και οι διαφορές δεν είναι μεγάλες. Εδώ, να υπενθυμίσουμε πως από τα 10 άτομα που έχουν δηλώσει την επιλογή «Άλλο», τα 9 έχουν σημειώσει τα οικιακά. Οι συνταξιούχοι αναφέρουν ενδιάμεσα επίπεδα φόβου, ενώ οι εργαζόμενοι αναφέρουν σταθερά τα χαμηλότερα επίπεδα φόβου σε όλες τις διαστάσεις. Προχωρώντας, βλέπουμε ότι μόνο σε μία υποκλίμακα φαίνεται να μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, την υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι», όπου $p = 0,045$, καθώς φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (οριακά) ανάμεσα στην επαγγελματική απασχόληση ή κατάσταση των ηλικιωμένων και τον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων, με όσους έχουν δηλώσει την κατηγορία «Άλλο», δηλαδή κατά κύριο λόγο όσους ασχολούνται με το σπίτι και τα οικιακά, να έχουν τον υψηλότερο φόβο. Σε όλες τις υπόλοιπες υποκλίμακες

η $p > 0,05$ και συγκεκριμένα $p = 0,569$ για την υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος», $p = 0,642$ για την υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατος», $p = 0,472$ για την υποκλίμακα «Ο θάνατος των άλλων» και για τη συνολική βαθμολογία $p = 0,353$.

Συνεχίζοντας με την μεταβλητή της διαμονής, δηλαδή τις συνθήκες διαμονής ή διαβίωσης των ηλικιωμένων, όπου έχουμε τις κατηγορίες «Μόνος/η», «Με σύζυγο», «Με ευρύτερη οικογένεια» και σε «Οίκο ευγηρίας», οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις διαφορετικές συνθήκες διαμονής.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου και τις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο και τις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι και τις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων και τις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι και τις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις διαφορετικές συνθήκες διαμονής.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα του ελέγχου, αρχικά αναφορικά με τις τιμές της μέσης κατάταξης, δηλαδή τις τιμές των mean ranks, διαπιστώσαμε ότι βρίσκονται

σχετικά κοντά μεταξύ τους, χωρίς έντονες διαφοροποιήσεις. Γενικά, τα άτομα που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας φαίνεται να αναφέρουν τις υψηλότερες τιμές mean ranks σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας του Φόβου του Θανάτου. Όσοι διαμένουν με ευρύτερη οικογένεια, επίσης, φαίνεται να αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου, ενώ ενδιάμεσο φόβο αναφέρουν τα άτομα που διαμένουν με σύζυγο και όσοι μένουν μόνοι τους αναφέρουν σταθερά χαμηλά επίπεδα φόβου σε όλες τις διαστάσεις. Σύμφωνα με την p -value, ωστόσο, καμία από τις υποκλίμακες δεν έχει $p < 0,05$, αν και βλέπουμε ότι όλες εκτός από την πρώτη «Ο δικός σου θάνατος» ($p = 0,240$) βρίσκονται κοντά στο όριο του $0,05$ («Ετοιμοθάνατος» $p = 0,071$, «Ο θάνατος των άλλων» $p = 0,075$, «Ετοιμοθάνατοι» $p = 0,058$ και συνολική βαθμολογία φόβου του θανάτου $p = 0,074$). Έτσι, δεν μπορούμε να απορρίψουμε για καμία περίπτωση τη μηδενική υπόθεση, καθώς δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων και στον φόβο του θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των διαστάσεων του.

Προχωρώντας με την μεταβλητή της υγείας, όπου έχουμε τις κατηγορίες, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου και τα επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο και τα επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι και τα επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων και τα επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι και τα επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων και στον συνολικό φόβο του θανάτου)

- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα διαφορετικά επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα υγείας των ηλικιωμένων και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα του ελέγχου, αρχικά αναφορικά με τις τιμές της μέσης κατάταξης, δηλαδή τις τιμές των mean ranks, διαπιστώσαμε ότι βρίσκονται σχετικά κοντά μεταξύ τους, χωρίς έντονες διαφοροποιήσεις. Γενικά, τα άτομα που αναφέρουν κακή κατάσταση υγείας φαίνεται να παρουσιάζουν τις υψηλότερες τιμές mean ranks σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας του Φόβου του Θανάτου. Όσοι αναφέρουν μέτρια κατάσταση υγείας, επίσης, φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα φόβου. Υψηλά επίπεδα φόβου του θανάτου φαίνεται να έχουν οι ηλικιωμένοι, επίσης, όσον αφορά τον δικό τους θάνατο και τη διαδικασία ως ετοιμοθάνατοι οι ίδιοι, που δηλώνουν πολύ καλή υγεία. Τα χαμηλότερα επίπεδα φόβου του θανάτου, αναφορικά με τις δύο πρώτες υποκλίμακες «Ο δικός σου θάνατος» και «Ετοιμοθάνατος», αλλά και συνολικά, έχουν τα άτομα που δήλωσαν πολύ κακή υγεία, ενώ όσοι δήλωσαν πολύ καλή υγεία έχουν στις υποκλίμακες «Ο θάνατος των άλλων» και «Ετοιμοθάνατοι» τα χαμηλότερα επίπεδα του φόβου του θανάτου. Σύμφωνα με την p-value, ωστόσο, καμία από τις υποκλίμακες δεν έχει $p < 0,05$, αν και βλέπουμε ότι όλες εκτός από την τρίτη «Ο θάνατος των άλλων» ($p = 0,060$) βρίσκονται κοντά στο όριο του 0,05 («Ο δικός σου θάνατος» $p = 0,315$, «Ετοιμοθάνατος» $p = 0,322$, «Ετοιμοθάνατοι» $p = 0,524$ και συνολική βαθμολογία φόβου του θανάτου $p = 0,265$). Έτσι, δεν μπορούμε να απορρίψουμε για καμία περίπτωση τη μηδενική υπόθεση, καθώς δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα δηλωθείσας κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων και στον φόβο του θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των διαστάσεων του.

Συμπληρωματικά, επιλέγοντας τα άτομα που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ($N = 54$), θέλαμε να ελέγξουμε εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια παραμονής των ατόμων σε αυτούς και τον φόβο του θανάτου με τις επιμέρους διαστάσεις του. Οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στους διαφορετικούς χρόνους παραμονής.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου και τη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο και τη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι και τη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων και τη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι και τη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στους διαφορετικούς χρόνους παραμονής.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)

- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια διαμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Με βάση τα αποτελέσματα, μπορούμε να πούμε πως οι τιμές των mean ranks δεν διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Παρόλα αυτά, βλέπουμε πως όσοι διαμένουν σε οίκους ευγηρίας από 7 μήνες έως 1 χρόνο τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα φόβου σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις, καθώς έχουν τις υψηλότερες τιμές. Στις υπόλοιπες κατηγορίες βλέπουμε μια σταθερότητα χωρίς έντονες διαφοροποιήσεις. Προχωρώντας, μπορούμε να δούμε ότι, τόσο σε όλες τις υποκλίμακες («Ο δικός σου θάνατος», «Ετοιμοθάνατος», «Ο θάνατος των άλλων» και «Ετοιμοθάνατοι»), όσο και στη συνολική βαθμολογία του φόβου του θανάτου, η $p > 0,05$ και συγκεκριμένα, $p = 0,219, 0,261, 0,774, 0,130$ και $0,258$ για τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία αντίστοιχα, με αποτέλεσμα να μη μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση για καμία από τις κλίμακες – μεταβλητές, αφού δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάρκεια παραμονής των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και στον φόβο του θανάτου, αλλά και τις επιμέρους διαστάσεις του.

Τέλος, κλείνοντας με την μεταβλητή της συχνότητας των επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η., η οποία όμως αφορά μόνο τα άτομα που έχουν δηλώσει ότι τα επισκέπτονται, οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στη διαφορετική συχνότητα επισκέψεων.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον συνολικό Φόβο του Θανάτου και τη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η.)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο και τη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η.)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι και τη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η.)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων και τη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η.)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι και τη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η.)

- H₁: Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στη διαφορετική συχνότητα επισκέψεων.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η. και στον συνολικό φόβο του θανάτου)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η. και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η. και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η. και στον φόβο τους για τον θάνατο των άλλων)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα επισκέψεων σε Κ.Α.Π.Η. και στον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου, είδαμε ότι οι τιμές των mean ranks βρίσκονται σε κοντή απόσταση μεταξύ τους χωρίς να υπάρχουν έντονες διαφοροποιήσεις. Συγκεκριμένα, διαπιστώσαμε ότι οι ηλικιωμένοι που επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. πιο συχνά έχουν τις μικρότερες τιμές σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις, εκτός από την πρώτη «Ο δικός σου θάνατος», όπου την μικρότερη τιμή είχαν όσοι επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. 3-4 φορές την εβδομάδα. Γενικά, όμως, όπως διαπιστώθηκε και στη συνέχεια, σε καμία από τις περιπτώσεις οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, αφού σε όλες τις υποκλίμακες («Ο δικός σου θάνατος», «Ετοιμοθάνατος», «Ο θάνατος των άλλων» και «Ετοιμοθάνατοι»), αλλά και στη συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου η p -value > 0,05, (αφού $p = 0,462, 0,420, 0,174, 0,375$ και $0,349$ αντίστοιχα) με αποτέλεσμα να απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση για όλες τις διαστάσεις του Φόβου του Θανάτου, αλλά και για το σύνολο της κλίμακας.

7.2.2. Συσχέτιση ελπίδας, θετικών-αρνητικών συναισθημάτων και φόβου του θανάτου ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και τους ηλικιωμένους οίκων ευγηρίας

Στο πλαίσιο των διμεταβλητών αναλύσεων, θέλαμε να διερευνήσουμε τη σχέση ανάμεσα στο μέρος διαμονής, δηλαδή την κοινότητα ή τους οίκους ευγηρίας, με την ελπίδα, τα θετικά-αρνητικά συναισθήματα και τον φόβο του θανάτου. Αρχικά, για τον διαχωρισμό των ηλικιωμένων σε ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας πραγματοποιήθηκε επανακωδικοποίηση στη μεταβλητή «Διαμονή», η οποία είχε τις κατηγορίες 1 = «Μόνος/η», 2 = «Με σύζυγο», 3 = «Με ευρύτερη οικογένεια» και 4 = «Σε οίκο ευγηρίας». Μέσω της επανακωδικοποίησης, οι τρεις κατηγορίες έγιναν μία με το όνομα «Κοινότητα» και η κατηγορία του οίκου ευγηρίας διατηρήθηκε, αλλάζοντας απλά ονομασία «Οίκο ευγηρίας». Η νέα μεταβλητή που προέκυψε ήταν η «Διαμονή σε» με δύο κατηγορίες 1 = «Κοινότητα» και 2 = «Οίκο ευγηρίας», που αντιστοιχούσαν, αντίστοιχα, σε 210 άτομα για την κοινότητα και 54 άτομα για τους δύο οίκους ευγηρίας μαζί. Έτσι, έχοντας ετοιμάσει τη μεταβλητή μας, προχωρήσαμε στις συσχετίσεις. Για κάθε διερεύνηση ελέγξαμε τις προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση του ελέγχου t-test. Μία από τις προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση ελέγχου t-test είναι τα δεδομένα μας να ακολουθούν κανονική κατανομή. Για τον έλεγχο της κανονικότητας εφαρμόστηκε ο έλεγχος Kolmogorov – Smirnov για τις βαθμολογίες των δύο υποκλιμάκων και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της ελπίδας, που είναι συνεχείς μεταβλητές, δηλαδή ποσοτικές. Οι υποθέσεις μας είχαν ως εξής:

H_0 : Η κατανομή των δεδομένων είναι κανονική.

H_1 : Η κατανομή των δεδομένων δεν είναι κανονική.

Όπως βλέπουμε από τα αποτελέσματα του ελέγχου, η $p < 0,05$ ($p = 0,000$) με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, γιατί η κατανομή μας δεν είναι κανονική και τα δεδομένα μας δεν είναι κατανομημένα συμμετρικά. Από την στιγμή που δεν ικανοποιείται η προϋπόθεση της κανονικότητας, δεν μπορούμε να εφαρμόσουμε τον παραμετρικό έλεγχο t-test και δεν υπάρχει λόγος για έλεγχο των υπόλοιπων προϋποθέσεων του t-test. Γι' αυτόν τον λόγο θα επιλέξουμε τον μη

παραμετρικό δείκτη Mann – Whitney, για τον οποίο δεν απαιτείται η κανονική κατανομή των δεδομένων.

Για την εφαρμογή του Mann – Whitney, οι υποθέσεις μας για κάθε περίπτωση έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στην ελπίδα ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη δράση ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στους δρόμους ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στην ελπίδα)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στη δράση)
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στους δρόμους)

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου βλέπουμε πως οι τιμές μέσης κατάταξης (mean ranks) διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους και μάλιστα αυτή η διαφορά στις τιμές δείχνει πως οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στην κοινότητα τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα δράσης-κινητοποίησης (149,11) και μονοπατιών-δρόμων (148,95) για την επίτευξη των στόχων τους σε σχέση με εκείνους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας (67,91 για τη Δράση και 68,51 για τους Δρόμους αντίστοιχα). Το ίδιο συμβαίνει και με τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, όπου οι ηλικιωμένοι της κοινότητας φαίνεται να έχουν σε υψηλότερα επίπεδα (149,60) σε σχέση με αυτούς των οίκων ευγηρίας (66,02). Επίσης, με βάση την p-value απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και στις τρεις περιπτώσεις, τόσο δηλαδή για τις δύο υποκλίμακες (Agency – Pathways), όσο και το ερωτηματολόγιο στο σύνολό του (συνολική βαθμολογία), με βάση το οποίο μπορούμε να ισχυριστούμε ότι οι δύο ομάδες διαφέρουν, αφού $p < 0,05$ και συγκεκριμένα $p = 0,000$. Επομένως, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι τα επίπεδα «Δράσης»,

«Μονοπατιών» και Ελπίδας γενικότερα, διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, δηλαδή τους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας.

Προχωρώντας στο ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος – PANAS και τη σύγκριση ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων, πραγματοποιήθηκε εκ νέου έλεγχος για την εφαρμογή του ελέγχου t-test. Για τον έλεγχο της κανονικότητας πραγματοποιήθηκε ο ίδιος έλεγχος και οι υποθέσεις είχαν ως εξής:

H_0 : Η κατανομή των δεδομένων είναι κανονική.

H_1 : Η κατανομή των δεδομένων δεν είναι κανονική.

Όπως διαπιστώθηκε από τον έλεγχο κανονικότητας, στην υποκλίμακα του Θετικού Συναισθήματος η μηδενική υπόθεση μπορεί να απορριφθεί καθώς $p < 0,05$ ($p = 0,000$) ενώ στην περίπτωση της υποκλίμακας του Αρνητικού Συναισθήματος, η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται αφού $p > 0,05$ ($p = 0,163$). Ωστόσο, θα συνεχίσουμε με την χρήση του μη παραμετρικού δείκτη Mann – Whitney, αφού στη μία από τις δύο περιπτώσεις δεν πληρείται η προϋπόθεση της κανονικότητας και γενικά, είναι ένας δείκτης που δεν επηρεάζεται τόσο από ακραίες τιμές ή την ανισορροπία που μπορεί να προκαλέσει μια διαφορά στα μεγέθη του δείγματος, σαν αυτή που έχουμε εδώ (Ηλικιωμένοι κοινότητας = 210 και Ηλικιωμένοι οίκων ευγηρίας = 54).

Με βάση τον έλεγχο Mann – Whitney, οι υποθέσεις μας για κάθε περίπτωση έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στα Θετικά Συναισθήματα ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στα Αρνητικά Συναισθήματα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.

- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στα Θετικά Συναισθήματα)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στα Αρνητικά Συναισθήματα)

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, βλέπουμε αρχικά ότι υπάρχουν διαφορές στις τιμές των mean ranks. Στην υποκλίμακα θετικού συναισθήματος και συγκεκριμένα στους ηλικιωμένους κοινότητας η τιμή μέσης κατάταξης (mean rank) είναι 147,70, ενώ στους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας 73,39, κάτι που δείχνει πως οι ηλικιωμένοι της κοινότητας τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος σε σχέση με αυτούς που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Αντιθέτως, στο αρνητικό συναίσθημα, οι ηλικιωμένοι κοινότητας έχοντας μικρότερη τιμή mean rank (127,85) τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας που φαίνεται να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος (150,59). Έτσι, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται και στις δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Αναλυτικότερα, όσον αφορά την υποκλίμακα του Θετικού Συναισθήματος – PA, η $p = 0,000$ καταδεικνύοντας στατιστικώς σημαντική διαφορά στο θετικό συναίσθημα ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων. Στην δεύτερη υποκλίμακα η $p = 0,050$, που σημαίνει βρίσκεται ακριβώς στο όριο, στο «κατώφλι» θα λέγαμε, του 0,05, με αποτέλεσμα να απορρίπτει οριακά την μηδενική υπόθεση. Αυτό μας δείχνει πως υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το αρνητικό συναίσθημα ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων, ωστόσο, αυτή η διαφορά είναι οριακά στατιστικώς σημαντική, κάτι το οποίο βλέπουμε και από τις τιμές των mean ranks των δύο ομάδων.

Προχωρώντας με το τελευταίο εργαλείο για τη μέτρηση του φόβου του θανάτου σε σχέση με τις δύο ομάδες των ηλικιωμένων, πραγματοποιήθηκε πάλι έλεγχος κανονικότητας με τον Kolmogorov – Smirnov. Οι υποθέσεις μας είχαν ως εξής:

H_0 : Η κατανομή των δεδομένων είναι κανονική.

H_1 : Η κατανομή των δεδομένων δεν είναι κανονική.

Όπως διαπιστώθηκε, στις τρεις πρώτες υποκλίμακες «Ο δικός σου θάνατος», «Ετοιμοθάνατος» και «Ο θάνατος των άλλων» η $p > 0,05$, αφού p -value = 0,064 για την πρώτη, 0,229 για τη δεύτερη και 0,250 για την τρίτη. Έτσι η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί καθώς τα δεδομένα μας φαίνεται να είναι συμμετρικώς κατανομημένα. Από την άλλη, η τελευταία υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι», αλλά και το ερωτηματολόγιο στο σύνολό του, έχουν p -value $< 0,05$, με την υποκλίμακα να έχει $p = 0,010$ και τη συνολική βαθμολογία να έχει $p = 0,005$, με αποτέλεσμα και για τις δύο να απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, καθώς δεν υπάρχει κανονική κατανομή των δεδομένων. Ωστόσο, όπως αναφέραμε παραπάνω, ο έλεγχος Mann – Whitney είναι μια πιο ασφαλής επιλογή και θα επιλέξουμε τον μη παραμετρικό έλεγχο για όλες τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία.

Προτού πραγματοποιήσουμε τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann – Whitney, διατυπώνουμε τις υποθέσεις μας, οι οποίες ισχύουν για κάθε υποκλίμακα και τη συνολική βαθμολογία ξεχωριστά και έχουν ως εξής:

- H_0 : Η κατανομή είναι παρόμοια ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στη συνολική βαθμολογία του φόβου του θανάτου ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον δικό τους θάνατο ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι οι ίδιοι ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο για τον θάνατο των άλλων ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
 - (Δεν υπάρχει διαφορά στον φόβο των άλλων ως ετοιμοθάνατοι ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας)
- H_1 : Η κατανομή διαφέρει ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.
 - (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στη συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου)

- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στον φόβο για τον δικό τους θάνατο)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στον φόβο τους ως ετοιμοθάνατοι οι ίδιοι)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στον φόβο για τον θάνατο των άλλων)
- (Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας και στον φόβο για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι)

Από τους παραπάνω πίνακες, βλέποντας αρχικά τις τιμές μέσης κατάταξης (mean ranks) όπου φαίνεται ότι βρίσκονται σε κοντινή απόσταση μεταξύ τους και πως δεν φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά με μια πρώτη ματιά. Επίσης, βλέπουμε πως σε κάθε περίπτωση οι τιμές των mean ranks που αφορούν τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας είναι μεγαλύτεροι αριθμητικά, κάτι που μας δείχνει ότι τείνουν να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στον φόβο του θανάτου, τόσο σε κάθε υποκλίμακα, όσο και στη συνολική βαθμολογία, σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους κοινότητας. Αναλυτικότερα, για τις υποκλίμακες «Ο δικός σου θάνατος», «Ετοιμοθάνατος», «Ο θάνατος των άλλων» και «Ετοιμοθάνατοι», οι τιμές των mean ranks για τους ηλικιωμένους κοινότητας είχαν ως εξής: 128,05, 128,54, 127,64 και 126,65 , ενώ για τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας είχαμε τις εξής τιμές: 149,81, 147,90, 151,42 και 155,23 για κάθε μία από τις υποκλίμακες. Διαφορά υπήρχε και στη συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου, καθώς οι ηλικιωμένοι κοινότητας είχαν μικρότερη τιμή mean rank (127,21) σε σχέση με τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας (153,07). Προχωρώντας, μπορούμε να δούμε πως σε δύο από τις τέσσερις υποκλίμακες δεν φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την πρώτη υποκλίμακα «Ο δικός σου θάνατος» ($p = 0,062$) και την δεύτερη υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατος» ($p = 0,096$), βλέπουμε πως η $p > 0,05$, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν διαφορές που εμπίπτουν

στην στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας ως προς τον φόβο του δικού τους θανάτου και την κατάσταση των ίδιων ως ετοιμοθάνατοι. Συνεχίζοντας στην τρίτη υποκλίμακα «Ο θάνατος των άλλων» η $p = 0,041$, όπου οριακά βρίσκεται κάτω από το 0,05 και έτσι φαίνεται να υπάρχει μια στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες των ηλικιωμένων και στον φόβο που βιώνουν για τους άλλους σχετικά με τον θάνατό τους. Τέλος, η τελευταία υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι» με $p = 0,014$, όπου $p < 0,05$, μας δείχνει, επίσης, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον φόβο για τους άλλους που είναι ετοιμοθάνατοι ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και σε αυτούς των οίκων ευγηρίας. Κλείνοντας με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, κι εδώ, η $p = 0,026$, όπου $p < 0,05$, με αποτέλεσμα να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον φόβο του θανάτου γενικά ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας, με τους τελευταίους να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες.

Ανακεφαλαιώνοντας, παρακάτω παρατίθενται δύο συγκεντρωτικοί πίνακες (7.2.2.1. και 7.2.2.2.) που περιλαμβάνουν όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες σε σχέση με τους ηλικιωμένους κοινότητας και ηλικιωμένους οίκων ευγηρίας, οι οποίοι επιβεβαιώνουν τα παραπάνω ευρήματα. Συγκεκριμένα, μας δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα και σε εκείνους που ζουν σε κάποιον από τους δύο οίκους ευγηρίας. Οι ηλικιωμένοι της κοινότητας παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος συνολικά, αλλά και ειδικότερα στη «Δράση» και τους «Δρόμους», ενώ οι ηλικιωμένοι των οίκων ευγηρίας τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος και φόβου του θανάτου.

Πίνακας 7.2.2.1.

Μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney – Όλες οι κλίμακες - Ranks (Κατάταξη)

	Διαμονή σε	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Θετικό Συναισθημα (PA)	Κοινότητα	210	147,70	31017,00
	Οίκο Ευγηρίας	54	73,39	3963,00
	Total	264		
	Κοινότητα	210	127,85	26848,00

Αρνητικό Συναίσθημα (NA)	Οίκο Ευγηρίας	54	150,59	8132,00
	Total	264		
Agency (Δράση)	Κοινότητα	210	149,11	31313,00
	Οίκο Ευγηρίας	54	67,91	3667,00
	Total	264		
Pathways (Δρόμοι)	Κοινότητα	210	148,95	31280,50
	Οίκο Ευγηρίας	54	68,51	3699,50
	Total	264		
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας	Κοινότητα	210	149,60	31415,00
	Οίκο Ευγηρίας	54	66,02	3565,00
	Total	264		
Ο δικός σου θάνατος (Your Own Death)	Κοινότητα	210	128,05	26890,50
	Οίκο Ευγηρίας	54	149,81	8089,50
	Total	264		
Ετοιμοθάνατος (Your Own Dying)	Κοινότητα	210	128,54	26993,50
	Οίκο Ευγηρίας	54	147,90	7986,50
	Total	264		
Ο θάνατος των άλλων (The Death of Others)	Κοινότητα	210	127,64	26803,50
	Οίκο Ευγηρίας	54	151,42	8176,50
	Total	264		
Ετοιμοθάνατοι (The Dying of Others)	Κοινότητα	210	126,65	26597,50
	Οίκο Ευγηρίας	54	155,23	8382,50
	Total	264		
Συνολική βαθμολογία Φόβου του Θανάτου	Κοινότητα	210	127,21	26714,00
	Οίκο Ευγηρίας	54	153,07	8266,00
	Total	264		

Πίνακας 7.2.2.2.

Αποτελέσματα Mann – Whitney για όλες τις κλίμακες

Μεταβλητή	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Θετικό Συναίσθημα (PA)	2478,000	3963,000	-6,384	,000
Αρνητικό Συναίσθημα (NA)	4693,000	26848,000	-1,956	,050

Agency (Δράση)	2182,000	3667,000	-6,982	,000
Pathways (Δρόμοι)	2214,500	3699,500	-6,918	,000
Συνολική				
Βαθμολογία	2080,000	3565,000	-7,178	,000
Ελπίδας				
Ο δικός σου				
θάνατος (Your	4735,500	26890,500	-1,870	,062
Own Death)				
Ετοιμοθάνατος				
(Your Own Dying)	4838,500	26993,500	-1,665	,096
Ο θάνατος των				
άλλων (The Death	4648,500	26803,500	-2,045	,041
of Others)				
Ετοιμοθάνατοι				
(The Dying of	4442,500	26597,500	-2,456	,014
Others)				
Συνολική				
Βαθμολογία Φόβου	4559,000	26714,000	-2,220	,026
του Θανάτου				

7.2.3. Συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της ελπίδας, των θετικών-αρνητικών συναισθημάτων και στον φόβο του θανάτου

Στο πλαίσιο των διμεταβλητών αναλύσεων, θέλαμε να διερευνήσουμε, επίσης, τις σχέσεις ανάμεσα σε διαφορετικές ψυχολογικές κατασκευές, αυτές της ελπίδας (συμπεριλαμβανομένων των δύο υποκλιμάκων: Agency-Δράση και Pathways-Δρόμοι), των Θετικών και Αρνητικών Συναισθημάτων (ξεχωριστά για κάθε υποκλίμακα) και του Φόβου του Θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των τεσσάρων υποκλιμάκων: Ο δικός μου θάνατος, Ετοιμοθάνατος, Ο θάνατος των άλλων και Ετοιμοθάνατοι, ώστε να δούμε εάν είναι αλληλένδετες και εάν επηρεάζουν η μία την άλλη. Για να εξετάσουμε την αλληλεπίδραση των παραπάνω μεταβλητών, επιλέξαμε

τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Spearman, αφενός λόγω της έλλειψης κανονικότητας των δεδομένων και αφετέρου, του μικρού δείγματος της έρευνάς μας.

Παρακάτω παρατίθενται οι πίνακες με τις μεταβλητές και την τιμή του συντελεστή συσχέτισης για κάθε περίπτωση, ο οποίος θα μας δώσει το βαθμό συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών εφόσον αυτή υπάρχει και από κάτω δίνονται οι *p*-value, όπου θα φανεί εάν ο συντελεστής είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05.

Οι αναλύσεις συσχέτισης ξεκίνησαν με τη συσχέτιση της ελπίδας και των Θετικών-Αρνητικών Συναισθημάτων (PANAS), συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων τους, όπως βλέπουμε στον πίνακα 7.2.3.1. που ακολουθεί.

Πίνακας 7.2.3.1.

Συσχέτιση Ελπίδας – Θετικών/Αρνητικών Συναισθημάτων – Spearman – Correlation Coefficient

	Agency (Δράση)	Pathway s (Δρόμοι)	Συν. Βαθμ. Ελπίδας	Θετικό Συναίσθημα (PA)	Αρνητικό Συναίσθημα (NA)
Agency (Δράση)	1,000	0,895 <i>p</i> = 0,000	0,973 <i>p</i> = 0,000	0,758 <i>p</i> = 0,000	-0,439 <i>p</i> = 0,000
Pathways (Δρόμοι)	0,895 <i>p</i> = 0,000	1,000	0,972 <i>p</i> = 0,000	0,737 <i>p</i> = 0,000	-0,374 <i>p</i> = 0,000
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας	0,973 <i>p</i> = 0,000	0,972 <i>p</i> = 0,000	1,000	0,765 <i>p</i> = 0,000	-0,416 <i>p</i> = 0,000
Θετικό Συναίσθημα (PA)	0,758 <i>p</i> = 0,000	0,737 <i>p</i> = 0,000	0,765 <i>p</i> = 0,000	1,000	-0,244 <i>p</i> = 0,000

Αρνητικό	-0,439	-0,374		-0,244	
Συναίσθημα (NA)	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,000$	$p = 0,000$	1,000

Όπως βλέπουμε από τους παραπάνω συντελεστές συσχέτισης Spearman, όσον αφορά την συνολική ελπίδα με τις δύο υποκλίμακες της Agency – Δράση και Pathways – Δρόμοι, αλλά και τις δύο υποκλίμακες μεταξύ τους, έχουμε:

Agency – Δράση και Συνολική Ελπίδα: Πολύ ισχυρή θετική σχέση ($r = 0,973$)

Pathways – Δρόμοι και Συνολική ελπίδα: Πολύ ισχυρή θετική σχέση ($r = 0,972$)

Agency και Pathways: Πολύ ισχυρή θετική σχέση ($r = 0,895$)

Έτσι, φαίνεται ότι τόσο ανάμεσα στις υποκλίμακες μεταξύ τους, όσο και την κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά με τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, υπάρχει σε κάθε περίπτωση πολύ ισχυρή θετική σχέση, η οποία είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 5% ($p < 0,05$).

Συνεχίζοντας με την συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της ελπίδας και τις υποκλίμακες του PANAS (Θετικών-Αρνητικών Συναίσθημάτων), βλέπουμε ότι:

Συνολική Ελπίδα και Θετικό Συναίσθημα (PA): Ισχυρή θετική σχέση ($r = 0,765$)

Συνολική Ελπίδα και Αρνητικό Συναίσθημα (NA): Μέτρια αρνητική σχέση ($r = -0,416$)

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι τα υψηλά επίπεδα ελπίδας σχετίζονται με υψηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων, ενώ λόγω της αρνητικής σχέσης ανάμεσα στη συνολική ελπίδα και το αρνητικό συναίσθημα, φαίνεται ότι η μεγαλύτερη ελπίδα σχετίζεται με μικρότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος, δηλαδή όσο αυξάνεται η ελπίδα, τόσο μειώνεται το αρνητικό συναίσθημα. Η p -value σε κάθε περίπτωση είναι $p < 0,05$, κάτι το οποίο καθιστά τις συσχετίσεις στατιστικώς σημαντικές.

Όσον αφορά τώρα τις δύο υποκλίμακες της ελπίδας με το Θετικό – Αρνητικό Συναίσθημα και τις υποκλίμακες του PANAS, έχουμε τα εξής:

- Υποκλίμακα Agency – Δράση και:

Θετικό Συναίσθημα (PA): Ισχυρή θετική σχέση ($r = 0,758$)

Αρνητικό Συναίσθημα (NA): Μέτρια αρνητική σχέση ($r = -0,439$)

- Υποκλίμακα Pathways – Δρόμοι και:

Θετικό Συναίσθημα (PA): Ισχυρή θετική σχέση ($r = 0,737$)

Αρνητικό Συναίσθημα (NA): Μικρή αρνητική σχέση ($r = -0,374$)

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, βλέπουμε ότι η υποκλίμακα της ελπίδας Agency – Δράση συσχετίζεται θετικά με το θετικό συναίσθημα. Υπάρχει αρνητική, όμως, σχέση ανάμεσα στην υποκλίμακα και το αρνητικό συναίσθημα. Αντίστοιχα, το ίδιο συμβαίνει και με την υποκλίμακα Pathways – Δρόμοι. Έτσι, φαίνεται ότι υπάρχει μια θετική σχέση, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, ανάμεσα στην ελπίδα (και τις υποκλίμακές της) και στο θετικό συναίσθημα, το οποίο μας δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι με υψηλότερα επίπεδα ελπίδας τείνουν να βιώνουν περισσότερα θετικά συναισθήματα. Από την άλλη, λόγω της μικρής προς μέτριας αρνητικής σχέσης ανάμεσα στην ελπίδα και το αρνητικό συναίσθημα, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η μεγαλύτερη ελπίδα σχετίζεται με λιγότερα αρνητικά συναισθήματα.

Τέλος, αναφορικά με τη συσχέτιση ανάμεσα στις δύο υποκλίμακες του Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος ξεχωριστά, με βάση τον παραπάνω πίνακα, εντοπίσαμε τα εξής:

Θετικό Συναίσθημα (PA) και Αρνητικό Συναίσθημα (NA): Μικρή αρνητική συσχέτιση ($r = -0,244$)

Από αυτά βλέπουμε πως οι δύο υποκλίμακες συσχετίζονται αρνητικά μεταξύ τους, κάτι που μπορούμε να θεωρήσουμε αναμενόμενο, καθώς αντιπροσωπεύουν τις αντίθετες θα λέγαμε πλευρές του συναισθηματικού συνεχούς (Θετικό – Αρνητικό Συναίσθημα).

Προχωρώντας, περάσαμε στην ανάλυση συσχέτισης ανάμεσα στην ελπίδα και τον φόβο του θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων τους. Παρακάτω ακολουθεί ο πίνακας 7.2.3.2. με τις τιμές του συντελεστή συσχέτισης Spearman και τις τιμές της p -value.

Πίνακας 7.2.3.2.

Συσχέτιση Ελπίδας – Φόβου του Θανάτου

Μεταβλητές	Correlation Coefficient (Spearman's rho)	P – value
Agency – Δράση και Ο δικός σου θάνατος	- 0,073	0,238
Agency – Δράση και Ετοιμοθάνατος	-0,013	0,832
Agency – Δράση και Ο θάνατος των άλλων	-0,073	0,240
Agency – Δράση και Ετοιμοθάνατοι	-0,076	0,220
Agency – Δράση και Συνολική Βαθμολογία Φόβου του Θανάτου	-0,058	0,346
Pathways – Δρόμοι και Ο δικός σου θάνατος	-0,069	0,266
Pathways – Δρόμοι και Ετοιμοθάνατος	0,016	0,801
Pathways – Δρόμοι και Ο θάνατος των άλλων	-0,062	0,319
Pathways – Δρόμοι και Ετοιμοθάνατοι	-0,059	0,339
Pathways – Δρόμοι και Συνολική Βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου	-0,047	0,443
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας και Ο δικός σου θάνατος	-0,073	0,236

Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας και Ετοιμοθάνατος	0,017	0,789
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας και Ο θάνατος των άλλων	-0,072	0,245
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας και Ετοιμοθάνατοι	-0,071	0,251
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας και Συνολική Βαθμολογία Φόβου Θανάτου	-0,055	0,370

Με βάση τον παραπάνω πίνακα δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην ελπίδα και τον φόβο του θανάτου, αλλά και τις υποκλίμακες αυτών. Οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονται από -0,076 έως το 0,017, το οποίο μας δείχνει μηδενική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές μας. Επίσης, σε όλες τις περιπτώσεις η p -value $>0,05$ κι έτσι δεν υπάρχει κάποιο εύρημα που να υποδηλώνει στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο 5%. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω μπορούμε να ισχυριστούμε πως η ελπίδα δεν ασκεί κάποιου είδους επίδραση στον φόβο του θανάτου.

Τέλος, συνεχίζουμε στην ανάλυση συσχέτισης ανάμεσα στα Θετικά και Αρνητικά Συναισθήματα και τον Φόβο του Θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων του. Παρακάτω ακολουθεί ο πίνακας 7.2.3.3. με τις τιμές του συντελεστή συσχέτισης Spearman και τις τιμές της p -value.

Πίνακας 7.2.3.3.

Συσχέτιση Θετικών/Αρνητικών Συναισθημάτων – Φόβου του Θανάτου

Μεταβλητές	Correlation Coefficient (Spearman's rho)	P -value
------------	---	------------

Θετικό Συναίσθημα (PA) και Ο δικός σου θάνατος	-0,082	0,184
Θετικό Συναίσθημα (PA) και Ετοιμοθάνατος	-0,060	0,334
Θετικό Συναίσθημα (PA) και Ο θάνατος των άλλων	-0,119	0,053
Θετικό Συναίσθημα (PA) και Ετοιμοθάνατοι	-0,099	0,109
Θετικό Συναίσθημα (PA) και Συνολική Βαθμολογία Φόβου του Θανάτου	-0,107	0,083
Αρνητικό Συναίσθημα (NA) και Ο δικός σου θάνατος	0,308	0,000
Αρνητικό Συναίσθημα (NA) και Ετοιμοθάνατος	0,241	0,000
Αρνητικό Συναίσθημα (NA) και Ο θάνατος των άλλων	0,272	0,000
Αρνητικό Συναίσθημα (NA) και Ετοιμοθάνατοι	0,449	0,000
Αρνητικό Συναίσθημα (NA) και Συνολική Βαθμολογία Φόβου Θανάτου	0,380	0,000

Όλες οι συσχετίσεις ανάμεσα στο Θετικό Συναίσθημα (PA) και τον Φόβο του Θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων του, υποδηλώνουν μηδενική σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Όσον αφορά το Αρνητικό Συναίσθημα (NA), βλέπουμε ότι υπάρχουν μικρές θετικές σχέσεις ανάμεσα στο Αρνητικό Συναίσθημα και τις υποκλίμακες «Ο δικός σου θάνατος» ($r = 0,308$), «Ετοιμοθάνατος» ($r = 0,241$), «Ο

θάνατος των άλλων» ($r = 0,272$) και στη συνολική βαθμολογία ($r = 0,380$). Στην υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι» εντοπίζουμε μια μέτρια θετική σχέση με το αρνητικό συναίσθημα ($r = 0,449$). Όλες βρίσκονται σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, αφού $p < 0,05$. Άρα πρόκειται για μικρή έως μέτρια θετική σχέση, στατιστικώς σημαντική, ανάμεσα στο Αρνητικό Συναίσθημα και τον Φόβο του Θανάτου, συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων του, κάτι που μας δείχνει ότι το υψηλότερο αρνητικό συναίσθημα συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα φόβου του θανάτου. Επίσης, η πιο ισχυρή σχέση από τις παραπάνω είναι αυτή ανάμεσα στο Αρνητικό Συναίσθημα (NA) και την υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι», το οποίο μας δείχνει πως οι ηλικιωμένοι με υψηλότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος τείνουν να έχουν μεγαλύτερο φόβο θανάτου που αφορά την κατάσταση των άλλων ως ετοιμοθάνατοι. Κλείνοντας, μπορούμε να πούμε πως γενικά δεν υπάρχουν αξιοσημείωτες σχέσεις, με εξαίρεση ίσως το Αρνητικό Συναίσθημα (NA), το οποίο σχετίζεται με μεγαλύτερο φόβο θανάτου σε όλες τις υποκλίμακες ως έναν βαθμό, παρουσιάζοντας έτσι γενικά μια διαφοροποιημένη αλληλεπίδραση μεταξύ της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων (Θετικών-Αρνητικών Συναισθημάτων) και του Φόβου του Θανάτου που αυτοί βιώνουν.

7.2.4. Συγκρίσεις ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Για να ελεγχθούν οι δύο πληθυσμοί ως προς τη σύνθεσή τους, παρά τον άνισο μεταξύ τους αριθμό, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις με τη χρήση του κριτηρίου χ^2 (ελέγχου ανεξαρτησίας), προκειμένου να διερευνήσουμε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στις συνθήκες διαβίωσης, δηλαδή σε όσους διαμένουν στην κοινότητα και σε εκείνους που διαμένουν σε οίκο ευγηρίας, και τις εξής μεταβλητές: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, μορφωτικό επίπεδο και υγεία.

Οι υποθέσεις μας για την κάθε μεταβλητή ξεχωριστά έχουν ως εξής:

H₀: Οι συνθήκες διαβίωσης και καθεμία από τις παραπάνω μεταβλητές ξεχωριστά είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους.

H₁: Οι συνθήκες διαβίωσης και καθεμία από τις παραπάνω μεταβλητές σχετίζονται μεταξύ τους.

Πίνακας 7.2.4.1. Έλεγχος Ανεξαρτησίας χ^2

Αποτελέσματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

Μεταβλητή	Chi-Square Value	Degrees of Freedom	Asymptotic Significance (2-sided) <i>p-value</i>
Φύλο	0,268	1	0,604
Ηλικία	20,037	3	0,000
Οικογενειακή Κατάσταση	24,982	3	0,000
Παιδιά	7,194	1	0,007
Μορφωτικό Επίπεδο	55,306	4	0,000
Υγεία	62,628	4	0,000

Με βάση τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι μόνο για τη μεταβλητή του φύλου μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς δεν φαίνεται οι ηλικιωμένοι της κοινότητας και των οίκων ευγηρίας να διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς τη σύνθεση των δύο φύλων ($p > 0,05$ και συγκεκριμένα $p = 0,604$). Για όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,05$) ανάμεσα στους ηλικιωμένους κοινότητας και σε εκείνους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας και την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την απόκτηση παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο και την κατάσταση υγείας τους.

Αναλυτικότερα, φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικιακή κατανομή των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα σε σχέση με εκείνους που διαμένουν σε οίκο ευγηρίας, όπως φαίνεται και από τις αναμενόμενες και

παρατηρούμενες συχνότητες στον πίνακα 7.2.4.2., που μας δείχνουν ότι τα οι πιο νέοι ηλικιωμένοι 6—65 ετών εντοπίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στην κοινότητα, ενώ οι μεγαλύτερες σε ηλικία ομάδες ηλικιωμένων (75-84 και 84 και άνω) επικρατούν στους οίκους ευγηρίας.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 7.2.4.3., οι έγγαμοι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να διαμένουν στην κοινότητα, ενώ όσοι έχουν χηρέψει είναι πιο πιθανό να διαμένουν σε οίκους ευγηρίας.

Προχωρώντας στη μεταβλητή των παιδιών, υπάρχει κι εδώ στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην απόκτηση παιδιών και στο περιβάλλον διαμονής των ηλικιωμένων, δηλαδή την κοινότητα και τους οίκους ευγηρίας. Όπως βλέπουμε και από τις παρατηρούμενες και αναμενόμενες συχνότητες στον πίνακα 7.2.4.4., όσοι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά είναι πιο πιθανόν να διαμένουν στην κοινότητα σε σχέση με όσους δεν έχουν παιδιά, που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να βρεθούν σε οίκο ευγηρίας.

Σχετικά με την μεταβλητή του μορφωτικού επιπέδου, διαπιστώθηκε ομοίως στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων και το μορφωτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα, όπως βλέπουμε και στον πίνακα 7.2.4.5., στους ηλικιωμένους κοινότητας έχουμε υψηλότερες συχνότητες (παρατηρούμενες και αναμενόμενες) στην κατηγορία του Πανεπιστημίου και χαμηλότερες στην κατηγορία «Δεν έχω πάει σχολείο» από που αναμενόταν Από την άλλη, στους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας έχουμε υψηλότερες συχνότητες στο Δημοτικό σχολείο και το Γυμνάσιο. Λαμβάνοντας τα παραπάνω υπόψη, φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι των οίκων ευγηρίας τείνουν να έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε σύγκριση με όσους διαμένουν στην κοινότητα.

Τέλος, αναφορικά με τη μεταβλητή της υγείας, όπου διαπιστώθηκε κι εδώ στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων κοινότητας και των οίκων ευγηρίας, βλέπουμε από τον πίνακα 7.2.4.6. ότι από τους ηλικιωμένους κοινότητας κανένας δεν ανέφερε πολύ κακή υγεία, ενώ υψηλότερες

συχνότητες εντοπίστηκαν στις κατηγορίες «Καλή» υγεία και «Μέτρια». Αντίθετα, στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, κανένας δεν ανέφερε πολύ καλή υγεία, ενώ οι υψηλότερες συχνότητες εντοπίστηκαν στη «Μέτρια» και «Κακή» υγεία. Από αυτά μπορούμε να ισχυριστούμε ότι οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας τείνουν να αναφέρουν χειρότερη υγεία σε σχέση με όσους διαμένουν στην κοινότητα.

Πίνακας 7.2.4.2.

Συσχέτιση ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας ανά ηλικιακή ομάδα

			Ηλικία				Total
			60 - 65	66 - 74	75 - 84	85 και άνω	
Διαμονή σε	Κοινότητα	Count	51	71	62	26	210
		Expected Count	41,4	67,6	70,8	30,2	210,0
	Οίκο Ευγηρίας	Count	1	14	27	12	54
		Expected Count	10,6	17,4	18,2	7,8	54,0
Total	Count		52	85	89	38	264
	Expected Count		52,0	85,0	89,0	38,0	264,0

Πίνακας 7.2.4.3.

Συσχέτιση ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας με την οικογενειακή τους κατάσταση

			Οικογενειακή Κατάσταση				Total
			Διαζευγμέ				
			Έγγαμος/η	Άγαμος/η	νος/η	Χήρος/α	Total
Διαμονή σε	Κοινότητα	Count	126	12	13	59	
		Expected	109,8	14,3	14,3	71,6	210,0
	Οίκο Ευγηρίας	Count	12	6	5	31	54
		Expected	28,2	3,7	3,7	18,4	54,0
Total	Count		138	18	18	90	264
	Expected		138,0	18,0	18,0	90,0	264,0
	Count						

Πίνακας 7.2.4.4.

Συσχέτιση ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας με την απόκτηση παιδιών

	Παιδιά	Total
--	--------	-------

			Ναι	Όχι	
Διαμονή σε	Κοινότητα	Count	191	19	210
		Expected Count	185,3	24,7	210,0
	Οίκο Ευγηρίας	Count	42	12	54
		Expected Count	47,7	6,3	54,0
Total		Count	233	31	264
		Expected Count	233,0	31,0	264,0

Πίνακας 7.2.4.5.

Συσχέτιση ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας με το μορφωτικό τους επίπεδο

		Μορφωτικό Επίπεδο						
			Δημοτικ ό	Γυμνάσι ο	Λύκει ο	Πανεπιστ ήμιο	Δεν έχω πάει σχολείο	Total
Διαμονή σε	Κοινότητα	Count	54	23	49	78	6	210
		Expected Count	69,2	31,8	42,2	62,0	4,8	210,0
	Οίκο Ευγηρίας	Count	33	17	4	0	0	54
		Expected Count	17,8	8,2	10,8	16,0	1,2	54,0
Total		Count	87	40	53	78	6	264
		Expected Count	87,0	40,0	53,0	78,0	6,0	264,0

Πίνακας 7.2.4.6.

Συσχέτιση ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας με την κατάσταση της υγείας τους

		Υγεία						
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρι α	Κακή	Πολύ κακή	Total
Διαμονή σε	Κοινότητα	Count	49	92	59	8	2	210
		Expected Count	39,0	80,3	67,6	17,5	5,6	210,0
	Οίκο Ευγηρίας	Count	0	9	26	14	5	54
		Expected Count	10,0	20,7	17,4	4,5	1,4	54,0
Total		Count	49	101	85	22	7	264

Expected Count	49,0	101,0	85,0	22,0	7,0	264,0
-------------------	------	-------	------	------	-----	-------

7.3. Πολυμεταβλητές Αναλύσεις

Στα πλαίσια των πολυμεταβλητών αναλύσεων εφαρμόστηκε το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για κάθε εργαλείο ξεχωριστά, δηλαδή για τη συνολική του βαθμολογία, συναρτήσει της πληροφορίας των δημογραφικών στοιχείων και των βαθμολογιών των άλλων κλιμάκων που υπάρχουν στα δεδομένα.

7.3.1. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση – Ελπίδα

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση γιατί σε αυτή την περίπτωση η εξαρτημένη μεταβλητή (συνολική βαθμολογία ελπίδας) προβλέπεται από περισσότερες της μίας ανεξάρτητες μεταβλητές, προερχόμενες από τα δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων και τις βαθμολογίες των άλλων δύο κλιμάκων και υποκλιμάκων τους (Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Παιδιά, Μορφωτικό Επίπεδο, Τόπος Διαμονής, Επαγγελματική Απασχόληση, Διαμονή, Επίσκεψη σε Κ.Α.Π.Η., Υγεία, Θετικό Συναίσθημα (PA), Αρνητικό Συναίσθημα (NA), ο δικός σου θάνατος, ετοιμοθάνατος, ο θάνατος των άλλων, ετοιμοθάνατοι και συνολική βαθμολογία φόβου του θανάτου). Πρέπει να σημειωθεί πως η ανεξάρτητη μεταβλητή «Ετοιμοθάνατοι», αφαιρέθηκε από το μοντέλο παλινδρόμησης, καθώς η τιμή ανοχής ήταν 0,000, υποδηλώνοντας τέλεια πολυσυγγραμμικότητα με άλλους προβλεπτικούς παράγοντες, με αποτέλεσμα να μην παρέχει κάποια επιπλέον πληροφορία για την πρόβλεψη της εξαρτημένης μας μεταβλητής.

Από την ανάλυση μας δόθηκε η τιμή R (0.845) και η τιμή R^2 (0.714) που είναι ο συντελεστής προσδιορισμού και δείχνει το ποσοστό της διακύμανσης. Η τιμή R είναι στην ουσία ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και του συνόλου των ανεξάρτητων μεταβλητών και μας δείχνει μια ισχυρή θετική γραμμική

σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές – που αποτελούν τους προβλεπτικούς δείκτες και την συνολική βαθμολογία της ελπίδας. Αναλυτικότερα, από την τιμή R^2 (0,714), περίπου το 71,4% της διακύμανσης στη συνολική βαθμολογία εξηγείται από τους προβλεπτικούς παράγοντες που περιλαμβάνονται στο μοντέλο παλινδρόμησης υποδεικνύοντας ένα ισχυρό μοντέλο.

Με βάση λοιπόν τις υποθέσεις:

- $H_0: b_1 = b_2 = b_3 = \dots = b_{16} = 0$
- H_1 : τουλάχιστον ένα από τα $b_1, b_2 \dots b_{16}$ να είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικό από το μηδέν

Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) βλέπουμε ότι το μοντέλο παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικό, $F(16, 247) = 38,46, p < 0,005$ ($p = 0.000$) και έτσι απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς τουλάχιστον ένας από τους συντελεστές b είναι διαφορετικός από μηδέν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Έτσι, περάσαμε στην εξέταση των συντελεστών για να δούμε αν ο κάθε συντελεστής ξεχωριστά είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν. Κάθε συντελεστής έχει τη δική του μηδενική και εναλλακτική υπόθεση, από τον πρώτο (b_1) έως τον τελευταίο (b_{16}).

H_0 : Ο συντελεστής b_1 ($b_2, b_3 \dots b_{16}$) είναι ίσος με το μηδέν.

H_1 : Ο συντελεστής b_1 ($b_2, b_3 \dots b_{16}$) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν.

Πίνακας 7.3.1.1.

Coefficients^a – Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
1	(Constant)	21,320	5,318		4,009	,000
	Φύλο	-,747	,844	-,033	-,886	,377
	Ηλικία	1,088	,550	,093	1,980	,049
	Οικογενειακή	-,618	,321	-,075	-1,926	,055
	Κατάσταση					
	Παιδιά	1,567	1,318	,045	1,189	,236

Μορφωτικό Επίπεδο	,541	,379	,061	1,429	,154
Τόπος Διαμονής	,666	,815	,031	,817	,414
Επαγγελματική Απασχόληση	1,686	,935	,074	1,803	,073
Διαμονή	-1,046	,450	-,099	-2,322	,021
Επίσκεψη σε ΚΑΠΗ	-,267	1,168	-,009	-,228	,820
Υγεία	-2,159	,612	-,184	-3,526	,001
Θετικό Συναίσθημα (PA)	,815	,072	,551	11,303	,000
Αρνητικό Συναίσθημα (NA)	-,445	,072	-,262	-6,179	,000
Ο δικός σου θάνατος (Your Own Death)	-,191	,145	-,109	-1,311	,191
Ετοιμοθάνατος (Your Own Dying)	,143	,170	,070	,842	,401
Ο θάνατος των άλλων (The Death of Others)	-,132	,185	-,067	-,711	,478
Συνολική βαθμολογία Φόβου του Θανάτου	,127	,105	,226	1,214	,226

a. Dependent Variable: Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας

Με βάση τις υποθέσεις, προχωρήσαμε στον έλεγχο τους λαμβάνοντας υπόψη τον πίνακα 7.3.1.1. Coefficients - Συντελεστές. Από τον πίνακα βλέπουμε πως μόνο πέντε συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικοί από το μηδέν: η ηλικία ($p = 0,049$), η διαμονή ($p = 0,021$), η υγεία ($p = 0,001$), το θετικό συναίσθημα (PA) ($p = 0,000$) και το αρνητικό συναίσθημα (NA) ($p = 0,000$). Συγκεκριμένα, η ηλικία έχει μικρή αλλά σημαντική θετική επίδραση στη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, ο τόπος διαμονής που αναφέρεται στις συνθήκες διαβίωσης έχει αρνητική επίδραση στη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, όπως συμβαίνει και με την υγεία, αφού όσο η υγεία χειροτερεύει, η βαθμολογία της ελπίδας μειώνεται. Τέλος, όπως φαίνεται από τους τυποποιημένους συντελεστές (standardized coefficients), το Θετικό Συναίσθημα (PA) είναι η σημαντικότερη μεταβλητή για την πρόβλεψη της συνολικής βαθμολογίας της ελπίδας, αφού έχει τον πιο υψηλό σε απόλυτη τιμή τυποποιημένο συντελεστή (0,551), ενώ το αρνητικό συναίσθημα (NA), ως προβλεπτικός δείκτης επηρεάζει αρνητικά τη συνολική βαθμολογία (-0,262), αφού όσο πιο υψηλό το επίπεδο αρνητικού

συναισθήματος, τόσο περισσότερο μειώνεται η συνολική ελπίδα. Οι υπόλοιποι συντελεστές δεν φαίνεται να επιδρούν στη συνολική βαθμολογία της ελπίδας.

7.3.2. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση – Θετικά – Αρνητικά Συναισθήματα

Στη συνέχεια προχωρήσαμε στην εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης στις δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου για τη μέτρηση των Θετικών – Αρνητικών Συναισθημάτων PANAS.

Όσον αφορά το Θετικό Συναίσθημα, το οποίο αποτελούσε την εξαρτημένη μεταβλητή, προβλέπεται από περισσότερες της μίας ανεξάρτητες μεταβλητές, προερχόμενες από τα δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων και τις βαθμολογίες των άλλων δύο κλιμάκων και υποκλιμάκων τους (Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Παιδιά, Μορφωτικό Επίπεδο, Τόπος Διαμονής, Επαγγελματική Απασχόληση, Διαμονή, Επίσκεψη σε Κ.Α.Π.Η., Υγεία, Agency (Δράση), Pathways (Δρόμοι), συνολική βαθμολογία ελπίδας, Αρνητικό Συναίσθημα (NA), ο δικός σου θάνατος, ετοιμοθάνατος, ο θάνατος των άλλων, ετοιμοθάνατοι και συνολική βαθμολογία φόβου του θανάτου). Εδώ πρέπει να σημειωθεί πως η ανεξάρτητη μεταβλητή «Συνολική Βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου» αφαιρέθηκε από το μοντέλο παλινδρόμησης, καθώς η τιμή ανοχής ήταν 0,000, το οποίο μας δείχνει τέλεια πολυσυγγραμμικότητα με άλλους προβλεπτικούς παράγοντες, χωρίς να παρέχει κάποια επιπλέον πληροφορία για την πρόβλεψη της εξαρτημένης μας μεταβλητής.

Προχωρώντας με το μοντέλο παλινδρόμησης, μας δίνεται η τιμή R (0,824) και η τιμή R^2 (0,678) που είναι ο συντελεστής προσδιορισμού και δείχνει το ποσοστό της διακύμανσης. Η τιμή R , δηλαδή ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και του συνόλου των ανεξάρτητων μεταβλητών, μας δείχνει μια ισχυρή σχετικά, θετική γραμμική σχέση ανάμεσα στο Θετικό Συναίσθημα και τις υπόλοιπες μεταβλητές – προβλεπτικούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, από την τιμή R^2 (0,678), περίπου το 67,8% της διακύμανσης στη συνολική βαθμολογία εξηγείται από τους προβλεπτικούς παράγοντες που περιλαμβάνονται στο μοντέλο παλινδρόμησης, αφήνοντας όμως ένα ποσοστό της διακύμανσης ανεξήγητο, υποδηλώνοντας πως άλλοι παράγοντες ενδεχομένως να επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή.

Συνεχίζοντας με τις υποθέσεις:

- $H_0: b_1 = b_2 = b_3 = \dots = b_{16} = 0$
- H_1 : τουλάχιστον ένα από τα $b_1, b_2 \dots b_{16}$ να είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικό από το μηδέν

Από την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προκύπτει ότι το μοντέλο παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικό, $F(16, 247) = 32,53, p < 0,005$ ($p = 0,000$), κι έτσι μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, καθώς τουλάχιστον ένας από τους συντελεστές b είναι διαφορετικός από μηδέν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Περνώντας στην εξέταση κάθε συντελεστή ξεχωριστά για να διαπιστωθεί ποιος είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν, διατυπώθηκαν οι υποθέσεις, όπου ο κάθε συντελεστής έχει τη δική του μηδενική και εναλλακτική υπόθεση, από τον πρώτο (b_1) έως τον τελευταίο (b_{16}).

- H_0 : Ο συντελεστής b_1 ($b_2, b_3 \dots b_{16}$) είναι ίσος με το μηδέν.
- H_1 : Ο συντελεστής b_1 ($b_2, b_3 \dots b_{16}$) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν.

Πίνακας 7.3.2.1.

Coefficients^a - Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	22,744	3,658		6,217	,000
	Φύλο	-,272	,605	-,018	-,450	,653
	Ηλικία	-1,515	,385	-,191	-3,934	,000
	Οικογενειακή Κατάσταση	-,254	,231	-,046	-1,100	,272
	Παιδιά	-1,122	,945	-,047	-1,187	,236
	Μορφωτικό Επίπεδο	,142	,272	,024	,520	,603
	Τόπος Διαμονής	-,668	,583	-,045	-1,145	,253
	Επαγγελματική Απασχόληση	-1,066	,671	-,069	-1,587	,114
	Διαμονή	,379	,325	,053	1,163	,246
	Επίσκεψη σε ΚΑΠΗ	-1,171	,834	-,056	-1,404	,162
	Υγεία	-1,571	,439	-,198	-3,581	,000

Αρνητικό Συναίσθημα (NA)	,193	,054	,168	3,570	,000
Ο δικός σου θάνατος (Your Own Death)	-,025	,059	-,021	-,422	,674
Ετοιμοθάνατος (Your Own Dying)	-,081	,081	-,059	-1,001	,318
Ο θάνατος των άλλων (The Death of Others)	-,003	,079	-,002	-,036	,971
Ετοιμοθάνατοι (The Dying of Others)	-,065	,075	-,054	-,859	,391
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας	,419	,037	,619	11,303	,000

a. Dependent Variable: Θετικό Συναίσθημα (PA)

Λαμβάνοντας υπόψη τον πίνακα 7.3.2.1. Coefficients, βλέπουμε πως μόνο τέσσερις συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικοί από το μηδέν: η ηλικία ($p = 0,000$), η υγεία ($p = 0,000$), το αρνητικό συναίσθημα ($p = 0,000$) και η συνολική βαθμολογία της ελπίδας ($p = 0,000$). Όλοι οι υπόλοιποι συντελεστές δεν φαίνεται να επιδρούν στη συνολική βαθμολογία του Θετικού Συναισθήματος (PA). Αναλυτικότερα, η ηλικία έχει σημαντική αρνητική επίδραση στο Θετικό Συναίσθημα, υποδηλώνοντας πως οι μεγαλύτεροι ηλικιακά συμμετέχοντες τείνουν να έχουν πιο χαμηλές συνολικά βαθμολογίες στην υποκλίμακα αυτή. Επίσης, η υγεία έχει αρνητική επίδραση στο θετικό συναίσθημα, το οποίο μας δείχνει πως η κακή υγεία σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος. Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι η θετική επίδραση του Αρνητικού Συναισθήματος στο Θετικό Συναίσθημα. Αν και η σχέση φαίνεται αντιφατική, μπορεί να δείχνει μια πιο πολύπλοκη αλληλεπίδραση των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, δείχνοντας έτσι ίσως μια πιο έντονη συναισθηματική κατάσταση. Επιπλέον, όσον αφορά τη συνολική βαθμολογία της ελπίδας, φαίνεται ότι τα υψηλότερα επίπεδα ελπίδας τείνουν να αυξάνουν το Θετικό Συναίσθημα. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από τους τυποποιημένους συντελεστές (standardized coefficients), η συνολική βαθμολογία της ελπίδας είναι η σημαντικότερη μεταβλητή για την πρόβλεψη του θετικού, αφού έχει τον πιο υψηλό σε απόλυτη τιμή τυποποιημένο συντελεστή (0,619), αφού επιδρά με θετικό τρόπο στο θετικό συναίσθημα.

Όσον αφορά το Αρνητικό Συναίσθημα (NA), ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την υπόλοιπη πληροφορία (Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Παιδιά, Μορφωτικό Επίπεδο, Τόπος Διαμονής, Επαγγελματική Απασχόληση, Διαμονή, Επίσκεψη σε Κ.Α.Π.Η., Υγεία, Agency (Δράση), Pathways (Δρόμοι), συνολική βαθμολογία ελπίδας, Θετικό Συναίσθημα (PA), ο δικός σου θάνατος, ετοιμοθάνατος, ο θάνατος των άλλων, ετοιμοθάνατοι και συνολική βαθμολογία φόβου του θανάτου). Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή «Συνολική Βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου» αφαιρέθηκε από το μοντέλο παλινδρόμησης, καθώς η τιμή ανοχής ήταν 0,000, το οποίο μας δείχνει τέλεια πολυσυγγραμικότητα με άλλους προβλεπτικούς παράγοντες, χωρίς να παρέχει κάποια επιπλέον πληροφορία για την πρόβλεψη της εξαρτημένης μας μεταβλητής.

Συνεχίζοντας με το μοντέλο παλινδρόμησης, μας δίνεται η τιμή R (0,665) και η τιμή R^2 (0,442) που είναι ο συντελεστής προσδιορισμού και δείχνει το ποσοστό της διακύμανσης. Η τιμή R , δηλαδή ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και του συνόλου των ανεξάρτητων μεταβλητών, μας δείχνει μια μεσαία θετική γραμμική σχέση ανάμεσα στο Αρνητικό Συναίσθημα (NA) και τις υπόλοιπες μεταβλητές – προβλεπτικούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, από την τιμή R^2 (0,442), περίπου το 44,2% της διακύμανσης στη συνολική βαθμολογία εξηγείται από τους προβλεπτικούς παράγοντες που περιλαμβάνονται στο μοντέλο παλινδρόμησης, αφήνοντας όμως ένα μεγάλο ποσοστό της διακύμανσης ανεξήγητο, υποδηλώνοντας πως άλλοι παράγοντες ενδεχομένως να επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή.

Προχωρώντας με τις υποθέσεις:

- $H_0: b_1 = b_2 = b_3 = \dots = b_{16} = 0$
- H_1 : τουλάχιστον ένα από τα $b_1, b_2 \dots b_{16}$ να είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικό από το μηδέν

Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA), βλέπουμε ότι το μοντέλο παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικό, $F(16, 247) = 12,23, p < 0,05$ ($p = 0,000$) και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται, καθώς τουλάχιστον ένας από τους συντελεστές b είναι διαφορετικός από το μηδέν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Περνώντας στην εξέταση κάθε συντελεστή ξεχωριστά για να διαπιστωθεί ποιος είναι

στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν, διατυπώθηκαν οι παρακάτω υποθέσεις για τον κάθε συντελεστή ξεχωριστά, από τον πρώτο (b1) έως τον τελευταίο (b16).

- H_0 : Ο συντελεστής b1 (b2,b3...b16) είναι ίσος με το μηδέν.
- H_1 : Ο συντελεστής b1 (b2,b3...b16) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν.

Πίνακας 7.3.2.2.

Coefficients^a – Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
1	(Constant)	12,152	4,446		2,733	,007
	Φύλο	,867	,693	,064	1,252	,212
	Ηλικία	-,448	,455	-,065	-,985	,326
	Οικογενειακή Κατάσταση	-,542	,264	-,112	-2,055	,041
	Παιδιά	1,867	1,080	,090	1,728	,085
	Μορφωτικό Επίπεδο	-,309	,312	-,059	-,989	,324
	Τόπος Διαμονής	,402	,670	,031	,599	,550
	Επαγγελματική Απασχόληση	1,306	,770	,097	1,697	,091
	Διαμονή	-1,027	,369	-,165	-2,786	,006
	Επίσκεψη σε ΚΑΠΗ	,932	,959	,052	,972	,332
	Υγεία	1,769	,504	,256	3,513	,001
	Ο δικός σου θάνατος (Your Own Death)	,165	,067	,159	2,464	,014
	Ετοιμοθάνατος (Your Own Dying)	-,021	,093	-,018	-,228	,820
	Ο θάνατος των άλλων (The Death of Others)	-,151	,091	-,130	-1,671	,096
	Ετοιμοθάνατοι (The Dying of Others)	,431	,082	,412	5,275	,000
	Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας	-,301	,049	-,511	-6,179	,000
	Θετικό Συναίσθημα (PA)	,254	,071	,292	3,570	,000

a. Dependent Variable: Αρνητικό Συναίσθημα (NA)

Λαμβάνοντας υπόψη τον πίνακα 7.3.2.2. Coefficients – Συντελεστές, βλέπουμε πως επτά συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικοί από το μηδέν: η οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,041$), η διαμονή ($p = 0,006$), η υγεία ($p = 0,001$), ο δικός σου θάνατος ($p = 0,014$), οι ετοιμοθάνατοι ($p = 0,000$), η συνολική βαθμολογία της ελπίδας ($p = 0,000$) και τέλος, το θετικό συναίσθημα ($p = 0,000$). Όλοι οι υπόλοιποι συντελεστές δεν φαίνεται να επιδρούν στη συνολική βαθμολογία του Αρνητικού Συναίσθηματος (NA). Αναλυτικότερα, η οικογενειακή κατάσταση επιδρά αρνητικά στο αρνητικό συναίσθημα, καθώς όσοι είναι έγγαμοι φαίνεται να έχουν μικρότερο επίπεδο αρνητικού συναίσθηματος σε σχέση με όσους είναι άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι. Η διαμονή, ή αλλιώς οι συνθήκες διαβίωσης φαίνεται να σχετίζονται με το αρνητικό συναίσθημα. Αυτό που επίσης προκαλεί εντύπωση είναι ότι η καλή υγεία σχετίζεται με υψηλό αρνητικό συναίσθημα, το οποίο δείχνει μία εξίσου σύνθετη κατάσταση όπου οι συμμετέχοντες έχοντας γνώση της υγείας τους ανέφεραν πιο αρνητικά συναισθήματα. Ο υψηλός φόβος που αφορά τον δικό τους θάνατο σχετίζεται με υψηλά επίπεδα αρνητικού συναίσθηματος, όπως συμβαίνει και με τον φόβο για τους άλλους ως ετοιμοθάνατους. Επιπλέον, όσον αφορά την τελική βαθμολογία της ελπίδας, αυτή φαίνεται να έχει αρνητική σχέση με το αρνητικό συναίσθημα, καθώς τα υψηλά επίπεδα ελπίδας συνδέονται με μικρότερο αρνητικό συναίσθημα. Τέλος, αυτό που είναι επίσης παράδοξο είναι η θετική σχέση ανάμεσα στο θετικό και αρνητικό συναίσθημα. Συγκεκριμένα, υψηλά επίπεδα θετικού συναίσθηματος σχετίζονται με υψηλά επίπεδα αρνητικού συναίσθηματος, το οποίο ενδεχομένως να δείχνει την έντονη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων. Κλείνοντας, όπως φαίνεται και από τους τυποποιημένους συντελεστές (standardized coefficients), η μεταβλητή «Ετοιμοθάνατοι» είναι η σημαντικότερη μεταβλητή για την πρόβλεψη του αρνητικού συναίσθηματος, αφού έχει τον πιο υψηλό σε απόλυτη τιμή τυποποιημένο συντελεστή (0,412), δείχνοντάς μας πως ο υψηλός φόβος για την κατάσταση των άλλων ως ετοιμοθάνατοι σχετίζεται με μεγάλη αύξηση στο αρνητικό συναίσθημα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες μεταβλητές.

7.3.3. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση – Φόβος του Θανάτου

Τέλος, προχωρήσαμε στην εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης και για το τρίτο ερωτηματολόγιο, αυτό για τη μέτρηση του Φόβου του Θανάτου, όπου η εξαρτημένη μεταβλητή (συνολική βαθμολογία Φόβου του Θανάτου) προβλέπεται από περισσότερες της μίας ανεξάρτητες μεταβλητές, προερχόμενες από τα δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων και τις βαθμολογίες των άλλων δύο κλιμάκων και υποκλιμάκων τους (Φύλο, Ηλικία, Οικογενειακή Κατάσταση, Παιδιά, Μορφωτικό Επίπεδο, Τόπος Διαμονής, Επαγγελματική Απασχόληση, Διαμονή, Επίσκεψη σε Κ.Α.Π.Η., Υγεία, Agency (Δράση), Pathways (Δρόμοι), συνολική βαθμολογία ελπίδας, Θετικό Συναίσθημα (PA) και Αρνητικό Συναίσθημα (NA)). Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή «Pathways (Δρόμοι)» αφαιρέθηκε από το μοντέλο παλινδρόμησης, καθώς η τιμή ανοχής ήταν 0,000, κάτι που αφενός δείχνει τέλεια πολυσυγγραμικότητα με άλλους προβλεπτικούς παράγοντες, αφετέρου δεν παρέχει κάποια επιπλέον πληροφορία για την πρόβλεψη της εξαρτημένης μας μεταβλητής.

Λαμβάνοντας τα αποτελέσματα του ελέγχου, μας δίνεται η τιμή R (0,525) και η τιμή R^2 (0,276) που είναι ο συντελεστής προσδιορισμού και δείχνει το ποσοστό της διακύμανσης. Η τιμή R , δηλαδή ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και του συνόλου των ανεξάρτητων μεταβλητών, μας δείχνει μια μεσαία θετική γραμμική σχέση ανάμεσα στην συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου και των υπόλοιπων μεταβλητών – προβλεπτικών παραγόντων. Ειδικότερα, από την τιμή R^2 (0,276), περίπου το 27,6% της διακύμανσης στη συνολική βαθμολογία εξηγείται από τους προβλεπτικούς παράγοντες που περιλαμβάνονται στο μοντέλο παλινδρόμησης, αφήνοντας όμως ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης ανεξήγητο, υποδηλώνοντας πως άλλοι παράγοντες ενδεχομένως να επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή.

Προχωρώντας με τις υποθέσεις:

- $H_0: b_1 = b_2 = b_3 = \dots = b_{14} = 0$
- H_1 : τουλάχιστον ένα από τα $b_1, b_2 \dots b_{14}$ να είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικό από το μηδέν

Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) βλέπουμε ότι το μοντέλο παλινδρόμησης ήταν στατιστικά σημαντικό, $F(14, 249) = 6,76, p < 0,05$ ($p = 0,000$), η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται, καθώς τουλάχιστον ένας από τους συντελεστές b είναι διαφορετικός από το μηδέν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Περνώντας στην εξέταση κάθε συντελεστή ξεχωριστά για να διαπιστωθεί ποιος είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν, διατυπώθηκαν οι παρακάτω υποθέσεις για τον κάθε συντελεστή ξεχωριστά, από τον πρώτο (b_1) έως τον τελευταίο (b_{14}).

- H_0 : Ο συντελεστής b_1 ($b_2, b_3 \dots b_{14}$) είναι ίσος με το μηδέν.
- H_1 : Ο συντελεστής b_1 ($b_2, b_3 \dots b_{14}$) είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν.

Πίνακας 7.3.3.1.

Coefficients^a - Συντελεστές

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
1	(Constant)	70,183	14,805		4,740	,000
	Φύλο	1,192	2,358	,029	,505	,614
	Ηλικία	-3,062	1,561	-,146	-1,962	,051
	Οικογενειακή Κατάσταση	,883	,910	,060	,970	,333
	Παιδιά	-13,153	3,452	-,210	-3,811	,000
	Μορφωτικό Επίπεδο	-1,802	1,059	-,114	-1,701	,090
	Τόπος Διαμονής	,446	2,289	,012	,195	,846
	Επαγγελματική Απασχόληση	-2,926	2,633	-,072	-1,111	,268
	Διαμονή	4,086	1,257	,217	3,250	,001
	Επίσκεψη σε ΚΑΠΗ	-4,637	3,282	-,085	-1,413	,159
	Υγεία	-1,304	1,745	-,062	-,748	,455

Θετικό Συναίσθημα (PA)	-,740	,250	-,281	-2,955	,003
Αρνητικό Συναίσθημα (NA)	1,417	,195	,468	7,270	,000
Agency (Δράση)	,951	,854	,269	1,114	,266
Συνολική Βαθμολογία Ελπίδας	,219	,431	,123	,509	,611

a. Dependent Variable: Συνολική βαθμολογία Φόβου του Θανάτου

Παρατηρώντας τον πίνακα 7.3.3.1. Coefficients – Συντελεστές, βλέπουμε πως μόνο τέσσερις συντελεστές είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικοί από το μηδέν: τα παιδιά ($p = 0,000$), η διαμονή ($p = 0,001$), η υποκλίμακα Αρνητικό Συναίσθημα (NA) ($p = 0,000$) και το Θετικό Συναίσθημα ($p = 0,003$). Όλοι οι υπόλοιποι συντελεστές δεν φαίνεται να επιδρούν στη συνολική βαθμολογία του Φόβου του Θανάτου. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι με παιδιά τείνουν να έχουν λιγότερο φόβο θανάτου. Επίσης, όσον αφορά τη διαμονή, βλέπουμε ότι οι συνθήκες διαβίωσης σχετίζονται θετικά με τη συνολική βαθμολογία του φόβου του θανάτου, όπως συμβαίνει και με το αρνητικό συναίσθημα, όπου υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος σχετίζονται με υψηλό φόβο θανάτου. Τέλος, το θετικό συναίσθημα έχει αρνητική σχέση με τον φόβο του θανάτου, καθώς όσο υψηλότερη η συνολική βαθμολογία του Θετικού Συναισθήματος, τόσο λιγότερη φαίνεται να είναι αυτή του φόβου του θανάτου. Επίσης, όπως φαίνεται και από τους τυποποιημένους συντελεστές (standardized coefficients), το Αρνητικό Συναίσθημα (NA) είναι η σημαντικότερη μεταβλητή για την πρόβλεψη της συνολικής βαθμολογίας του φόβου του θανάτου, αφού έχει τον πιο υψηλό σε απόλυτη τιμή τυποποιημένο συντελεστή (0,468), δείχνοντάς μας ότι οι ηλικιωμένοι που βιώνουν υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων τείνουν να έχουν υψηλότερο φόβο θανάτου.

Κλείνοντας θα πρέπει να επισημανθεί πως τα μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν χωρίς να πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα, μέσα από τον έλεγχο των προϋποθέσεων διαπιστώθηκε πως υπήρχε μια θετική αυτοσυσχέτιση (autocorrelation), αλλά και ενδείξεις πολυσυγγραμμικότητας (multicollinearity) σε κάθε μία από τις τρεις εφαρμογές. Ωστόσο, προχωρήσαμε με την εφαρμογή της

παλινδρόμησης διότι η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμένει ένα ισχυρό αναλυτικό εργαλείο για την κατανόηση της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ των παραπάνω παραγόντων. Μέσω της προσέγγισης αυτής μας προσφέρεται μια σχετικά ολοκληρωμένη εικόνα για το πώς οι διαφορετικές μεταβλητές, δηλαδή τα δημογραφικά στοιχεία αλλά και άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, επιδρούν στις εξαρτημένες μεταβλητές μας, δηλαδή την ελπίδα, το θετικό και αρνητικό συναίσθημα και τον φόβο του θανάτου. Παρά τις προκλήσεις που μας θέτει η αυτοσυσχέτιση και η πολυσυγγραμμικότητα, τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι υπάρχουν προβλεπτικοί παράγοντες που είναι στατιστικά σημαντικοί. Αυτό υποδηλώνει ότι οι μεταβλητές μας – δηλαδή η ελπίδα, τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα, αλλά και ο φόβος του θανάτου σχετίζονται ουσιαστικά με αυτά που μελετάμε. Η σημασία των σχέσεων υπογραμμίζει την αξία των ευρημάτων μας για την περαιτέρω κατανόηση των δημογραφικών και ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τον ηλικιωμένο πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

8.1. Συζήτηση – Συμπεράσματα

Γενικά, όπως είδαμε, η γήρανση του πληθυσμού φαίνεται να αυξάνεται ταχύτατα. Οι αλλαγές αυτές στην παγκόσμια δημογραφία αλλά και συγκεκριμένα, στη χώρα μας τονίζουν την ανάγκη για περαιτέρω εστίαση και κατανόηση απέναντι στα διάφορα προβλήματα των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας και τις επιμέρους πτυχές των προβλημάτων αυτών, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η παροχή στοχευμένης στήριξης και βοήθειας για την επίλυση των προβλημάτων ή τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στο σύνολό της.

Με βάση τη βιβλιογραφία, έχει διαπιστωθεί πως τόσο ο φόβος του θανάτου, όσο η ελπίδα, αλλά και η συναισθηματική κατάσταση είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική ευημερία των ανθρώπων και ειδικότερα τον γηριατρικό πληθυσμό. Ο φόβος του θανάτου αποτελεί μια από τις βασικές ανησυχίες μεταξύ των ηλικιωμένων με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική τους ευημερία (Lehto & Stein, 2009), ενώ η ελπίδα και η καλή συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων, όπου τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα συνιστούν τους βασικούς δείκτες της συναισθηματικής τους υγείας, μπορούν να χαρακτηριστούν ως προστατευτικοί παράγοντες, καθώς συμβάλλουν στη διατήρηση της ψυχολογικής τους ευημερίας (Myers et al., 2019 · Snyder et al., 1991). Τέλος, ιδίως όσον αφορά τους ηλικιωμένους που ζουν σε οίκους ευγηρίας, η έρευνα έχει δείξει πως η μετάβαση σε ένα τέτοιο πλαίσιο, μπορεί να συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα, αλλά και άλλα προβλήματα, τόσο σωματικής, όσο και ψυχικής φύσεως (Drageset et al., 2015). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, επιχειρήθηκε η διερεύνηση του φόβου του θανάτου, της ελπίδας, αλλά και των θετικών – αρνητικών συναισθημάτων αφενός των ηλικιωμένων γενικά, αφετέρου των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψαν ερευνητικά ερωτήματα τα οποία επιχειρήθηκαν να απαντηθούν μέσω της παρούσας έρευνας. Παρακάτω θα προχωρήσουμε με την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, λαμβάνοντας υπόψη και την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Ξεκινώντας με τον Φόβο του Θανάτου, όπως διαπιστώθηκε από τις αναλύσεις μας, όσον αφορά το δείγμα των ηλικιωμένων στο σύνολό του, ήταν αρκετά υψηλός στη συνολική βαθμολογία, ενώ σε κάποιες διαστάσεις του βρισκόταν σε μεσαία επίπεδα. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερο φόβο σχετικά με την κατάσταση των ίδιων ως ετοιμοθάνατοι και για τον θάνατο των άλλων και μεσαία επίπεδα φόβου όσον αφορά τον φόβο τους για τους άλλους ως ετοιμοθάνατοι, αλλά και τον φόβο για τον δικό τους θάνατο. Η διάσταση «Ο δικός μου θάνατος» συγκέντρωσε τις χαμηλότερες βαθμολογίες στο σύνολο των ηλικιωμένων, δείχνοντας πως λιγότερο απ' όλες τις διαστάσεις του φόβου του θανάτου, οι ηλικιωμένοι φοβούνται λιγότερο για τον δικό τους θάνατο. Ως προς τους ηλικιωμένους κοινότητας και αυτούς των οίκων ευγηρίας, αρχικά, μπορούμε να ισχυριστούμε πως και οι δύο κατηγορίες ηλικιωμένων παρουσιάζουν από μεσαία ως υψηλά επίπεδα φόβου του θανάτου, τόσο στις επιμέρους διαστάσεις, όσο και συνολικά. Ως προς τη μεταξύ τους σύγκριση, οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας εμφανίζουν υψηλότερο φόβο θανάτου σε όλες τις διαστάσεις – υποκλίμακες, αλλά και στη συνολική βαθμολογία, σε σχέση με τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα, σε σημαντικότερο όμως βαθμό κυρίως όσον αφορά τον φόβο για τον θάνατο των άλλων και για τους άλλους ως ετοιμοθάνατους, δηλαδή τις υποκλίμακες «Ο θάνατος των άλλων» και «Ετοιμοθάνατου», χωρίς, ωστόσο, η διάρκεια παραμονής τους στον οίκο ευγηρίας να ασκεί κάποια επίδραση γενικά. Επίσης, αναφορικά με τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα, όσοι από αυτούς μένουν με ευρύτερη οικογένεια φαίνεται να έχουν υψηλότερο φόβο σε κάποιες διαστάσεις, όπως ο φόβος για τον δικό τους θάνατο και τον θάνατο των άλλων, ενώ όσοι μένουν μόνοι τους ή με σύζυγο τείνουν να παρουσιάζουν μικρότερα επίπεδα φόβου θανάτου σε σχέσεις με τους άλλους. Σε συμφωνία έρχονται τα παραπάνω με άλλες έρευνες (Fortner et al., 2018 . Lindsey, 2010), επιβεβαιώνοντας έτσι ότι η ιδρυματοποίηση μπορεί να αυξήσει τον φόβο του θανάτου σε σημαντικό βαθμό σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα με πιο ανεξάρτητο τρόπο. Στη δική μας έρευνα φάνηκε ιδιαίτερα η διαφορά αυτή, ιδίως στον φόβο των ηλικιωμένων των οίκων ευγηρίας απέναντι στον θάνατο των άλλων και την κατάσταση που βρίσκονται οι άλλοι ως ετοιμοθάνατοι, δείχνοντας έτσι πως ο φόβος θανάτου των ηλικιωμένων της κοινότητας επικεντρώνεται κυρίως

απέναντι στους άλλους, δηλαδή τα αγαπημένα πρόσωπα και την ενδεχόμενη απώλειά τους.

Συνεχίζοντας με τον Φόβο του Θανάτου συναρτήσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος μας, διαπιστώθηκε ότι το φύλο, η απόκτηση παιδιών, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τον φόβο του θανάτου, σε αντίθεση με άλλους παράγοντες, όπως η επίσκεψη στα Κ.Α.Π.Η. Αναλυτικότερα, ως προς το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να αναφέρουν πιο υψηλά επίπεδα φόβου μόνο ως προς τον φόβο για τον θάνατο των άλλων και τη διαδικασία του θανάτου των άλλων, δηλαδή τους άλλους ως ετοιμοθάνατους, σε σύγκριση με τους άντρες, αλλά όχι γενικά ως προς τον φόβο του θανάτου συνολικά. Αυτό θα λέγαμε πως συμφωνεί μερικώς με παλαιότερες έρευνες (Fortner & Neimeyer, 1999), καθώς οι διαφορές που εντοπίζονται δεν είναι μεγάλες και σημαντικές. Ενδιαφέρον προκαλεί η διαπίστωση πως η απόκτηση παιδιών συνδέεται με υψηλά επίπεδα φόβου του θανάτου, κάτι το οποίο ενδεχομένως να αντικατοπτρίζει την ανησυχία των γονέων σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει ένας δικός τους θάνατος στα παιδιά τους ή γενικά για την ενδεχόμενη απώλειά των ίδιων των παιδιών, όπως φαίνεται από τον υψηλό φόβο στην υποκλίμακα «Ο θάνατος των άλλων». Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων, κυρίως οι ηλικιωμένοι που έχουν χηρέψει είναι αυτοί που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα φόβου θανάτου, ενδεχομένως εξαιτίας των συναισθημάτων απώλειας, πένθους ή και μοναξιάς. Ομοίως, σε έρευνα του Cicirelli (2002) σε ηλικιωμένους, η χηρεία ασκούσε επίδραση στον φόβο του θανάτου αφήνοντας συναισθήματα ευαλωτότητας και υψηλού φόβου θανάτου. Επίσης, ομοίως, όπως διαπιστώθηκε από τον Çiftçi και τους συνεργάτες του (2024), άλλωστε, όσο αυξάνεται η μοναξιά, τόσο αυξάνεται και ο φόβος ή το άγχος θανάτου. Επιπλέον, όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων, φαίνεται ότι όσοι είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα φόβου του θανάτου. Αναφορικά με τις συνθήκες διαμονής, όπως είδαμε και παραπάνω, τα υψηλότερα επίπεδα φόβου θανάτου σημειώθηκαν από τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας. Τέλος, η ηλικία, η επαγγελματική απασχόληση και η επίσκεψη σε κάποιο Κ.Α.Π.Η. δεν φάνηκε να αποτελούν παράγοντες επίδρασης στον φόβο του θανάτου, καθώς μια μικρή διαφοροποίηση παρουσίασαν τα άτομα ηλικίας

66-74 ετών ως προς τον φόβο για τον θάνατο των άλλων, όπως συνέβη και με τους συνταξιούχους, στην κατηγορία της επαγγελματικής απασχόλησης. Τέλος, βάσει των αναλύσεων φαίνεται ότι από τα δημογραφικά στοιχεία, η απόκτηση παιδιών και το πλαίσιο διαμονής αποτελούν μικρούς σε ισχύ προβλεπτικούς δείκτες του φόβου του θανάτου, ενώ σε σχέση με τις άλλες κλίμακες, φαίνεται ότι τόσο η υποκλίμακα του Θετικού Συναισθήματος, όσο και αυτή του αρνητικού συναισθήματος (NA) του ερωτηματολογίου των Θετικών-Αρνητικών Συναισθημάτων – PANAS, αποτελούν προβλεπτικούς δείκτες για τον φόβο του θανάτου, με το Αρνητικό Συναισθημα (NA) να αποτελεί τον ισχυρότερο, καθώς οι ηλικιωμένοι που βιώνουν υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων τείνουν να βιώνουν και υψηλότερα επίπεδα φόβου του θανάτου.

Περνώντας στην ελπίδα, στο σύνολο του δείγματος των ηλικιωμένων, διαπιστώθηκαν γενικά υψηλά επίπεδα ελπίδας, τόσο αναφορικά με τη «Δράση» τους, δηλαδή την ικανότητά τους να κινητοποιούνται και να επιτυγχάνουν τους στόχους που έχουν θέσει, όσο και στους «Δρόμους», δηλαδή την ικανότητά τους να βρίσκουν πολλαπλούς δρόμους – μονοπάτια για την επίτευξη των στόχων τους. Ειδικότερα, όσον αφορά τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα και αυτούς που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, οι διαφορές είναι εμφανείς. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι της κοινότητας έχουν υψηλά επίπεδα ελπίδας, τόσο συνολικά, όσο και στις επιμέρους διαστάσεις, σε σχέση με τους ηλικιωμένους των οίκων ευγηρίας που έχουν κατά πολύ χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας. Αυτά μας δείχνουν ότι το να ζουν οι ηλικιωμένοι στην κοινότητα επιδρά θετικά τόσο στην ικανότητά τους να κινητοποιούνται για να επιτυγχάνουν στόχους, όσο και στο να βρίσκουν πολλαπλά μονοπάτια προκειμένου να τους επιτύχουν. Αυτό οφείλεται ενδεχομένως στην μεγαλύτερη αυτονομία τους, αλλά και τις κοινωνικές τους δεσμεύσεις, όπως υποστηρίζεται και από άλλη έρευνα (Pessoa et al., 2014).

Αναφορικά με την ελπίδα σε σχέση με επιμέρους δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων, όπως το φύλο, η επίσκεψη σε κάποιο Κ.Α.Π.Η., η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική απασχόληση, η υγεία και οι συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων φαίνεται να επιδρούν στα επίπεδα της ελπίδας συνολικά, αλλά και στις επιμέρους κλίμακες της ξεχωριστά. Ειδικότερα,

όσον αφορά το φύλο, φαίνεται να υπάρχουν κάποιες μικρές διαφορές, καθώς οι άντρες τείνουν να έχουν λίγο πιο υψηλές βαθμολογίες, με τις πιο σημαντικές εξ αυτών να εντοπίζονται στην δεύτερη υποκλίμακα «Δρόμοι» και στη συνολική βαθμολογία. Αυτό μας δείχνει πως οι άντρες μπορεί να βρίσκουν περισσότερους «δρόμους» ή μονοπάτια για την επίτευξη των στόχων τους και γι' αυτό τα επίπεδα της ελπίδας να είναι υψηλότερα σε αυτούς. Σε αντίθεση έρχονται αυτά τα αποτελέσματα με άλλες έρευνες, στις οποίες το φύλο δεν φάνηκε να επιδρά στην ελπίδα (Gupta & Singh, 2020 · Moraitou et al., 2006). Η επίσκεψη των ηλικιωμένων σε κάποιο Κ.Α.Π.Η., διαπιστώθηκε πως επιδρά θετικά στην ελπίδα, καθώς οι ηλικιωμένοι που επισκέπτονται κάποιο Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων είχαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας τόσο στο σύνολό της, όσο και στις επιμέρους διαστάσεις, τη «Δράση» και τους «Δρόμους» σε σχέση με εκείνους που δεν τα επισκέπτονται, χωρίς, όμως, να επηρεάζει σε κάποιο βαθμό η συχνότητα των επισκέψεων. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στην κοινωνικοποίηση και την δραστηριοποίησή τους σε κοινωνικά δρώμενα και ποικίλες δραστηριότητες κοινωνικής φύσεως, καθώς όπως υποστηρίζουν και άλλες έρευνες, οι ηλικιωμένοι που συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες και θεωρούν τους εαυτούς τους ενεργά μέλη της κοινωνίας, έχουν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας σε σύγκριση με εκείνους που δεν το κάνουν ή διαμένουν σε περιβάλλοντα ιδρυματοποίησης (Pessoa et al., 2014 · Shin et al., 2021). Αναφορικά με την ηλικία, σε συμφωνία και με άλλες έρευνες (Marques & Gallagher, 2017) βρίσκονται τα ευρήματά μας, καθώς είναι ένας παράγοντας που επιδρά τόσο στις δύο διαστάσεις της ελπίδας, όσο και στα επίπεδα της ελπίδας συνολικά. Συγκεκριμένα, βλέπουμε πως όσο αυξάνεται η ηλικία των ατόμων, τόσο μειώνονται τα επίπεδα ελπίδας, καθώς οι νεότεροι ηλικιωμένοι, δηλαδή τα άτομα 60-65 ετών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας, ενώ οι ηλικιωμένοι 85 και άνω τα χαμηλότερα, κάτι που ίσως να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες, όπως τα αυξημένα προβλήματα υγείας. Συνεχίζοντας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων, διαπιστώσαμε πως και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ελπίδα στα άτομα Τρίτης Ηλικίας και ιδίως όσον αφορά τα άτομα που έχουν χηρέψει, τα οποία παρουσίασαν και τα χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας σε σύγκριση με τους έγγαμους, άγαμους ή τους διαζευγμένους ηλικιωμένους, οι οποίοι διακρίνονταν από υψηλά επίπεδα ελπίδας. Διαπιστώθηκε, επίσης, πως οι άγαμοι είχαν τα υψηλότερα επίπεδα ελπίδας, με

απειροελάχιστες διαφορές σε σχέση με τους έγγαμους ή διαζευγμένους, το οποίο όμως έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Bailey & Snyder, 2007 · Shin et al., 2021), σύμφωνα με τις οποίες οι έγγαμοι, αλλά και γενικότερα όσοι ζουν με σύντροφο, έχουν πιο υψηλά επίπεδα ελπίδας σε σχέση με τους διαζευγμένους ή άγαμους ενήλικες και ηλικιωμένους. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική απασχόληση των ηλικιωμένων, διαπιστώθηκε ότι και τα δύο αυτά στοιχεία επιδρούν σημαντικά στην ελπίδα των ηλικιωμένων. Αναλυτικότερα, ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο, φάνηκε ότι τα άτομα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης είχαν τα υψηλότερα επίπεδα ελπίδας, τόσο στις επιμέρους διαστάσεις της ελπίδας, όσο και την ελπίδα στο σύνολό της, σε σύγκριση με τις άλλες κατηγορίες. Αμέσως μετά, υψηλά επίπεδα ελπίδας είχαν τα άτομα που δήλωσαν το λύκειο ως το επίπεδο εκπαίδευσής τους, ενώ στη συνέχεια τα άτομα που δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο. Στο τέλος, χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας διαπιστώθηκαν μεταξύ των ατόμων που είχαν ολοκληρώσει μόνο τις σπουδές τους στο δημοτικό. Τα ευρήματα αυτά δεν συμφωνούν με σχετικές έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες δεν διαπιστώθηκε να υπάρχει σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και την ελπίδα (Herth, 1993 · Moraitou et al., 2006). Σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση, φάνηκε ότι οι εργαζόμενοι είχαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας συνολικά σε σχέση με τους συνταξιούχους ή όσους δήλωσαν οικιακά, κάτι που συνάδει και με την μελέτη των Khorashadizadeh, Moodi και Moasheri (2024). Αυτό πιθανότατα συμβαίνει διότι οι εργαζόμενοι είναι ακόμη παραγωγικά μέλη της κοινωνίας κι αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως πιο δραστήρια μέλη της, που όπως είδαμε στην έρευνα των Pessoa et al. (2014), όσοι αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους πιο δραστήριους γενικά, παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας. Ένας ακόμη παράγοντας που φάνηκε από τα αποτελέσματά μας ότι επιδρά στην ελπίδα είναι αυτός της υγείας, της κατάστασης της υγείας, όπως αυτή δηλώθηκε από τους ηλικιωμένους που πήραν μέρος στην έρευνα. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι όσο πιο υγιής αναφέρει ότι είναι ένας ηλικιωμένος, τόσο υψηλότερο επίπεδο ελπίδας φαίνεται να αναφέρει. Όσοι δήλωσαν πολύ καλή υγεία είχαν τα υψηλότερα επίπεδα ελπίδας συνολικά, αλλά και στις υποκλίμακες «Δράση» και «Δρόμοι». Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται και από άλλες έρευνες (Khan et al., 2023 · Long et al., 2020), τονίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη σημασία της καλής υγείας για την ελπίδα των ατόμων αλλά και την ψυχική τους ευημερία γενικά. Τέλος, οι συνθήκες

διαβίωσης ήταν ένας ακόμη παράγοντας επίδρασης στην ελπίδα. Ειδικότερα, υψηλότερα επίπεδα ελπίδας ανέφεραν όσοι διέμεναν με σύζυγο, κι αμέσως μετά όσοι έμεναν μαζί με ευρύτερη οικογένεια, χωρίς να προσδιορίζεται εάν πρόκειται για παιδιά, εγγόνια ή άλλους συγγενείς. Στη συνέχεια, υψηλά σχετικά επίπεδα ελπίδας είχαν και όσοι έμεναν μόνοι τους-χαμηλότερα, ωστόσο, από τις προηγούμενες δύο κατηγορίες, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας, με μεγάλη διαφορά, ανέφεραν όσοι διέμεναν σε οίκο ευγηρίας. Με τα παραπάνω βρίσκονται σε συμφωνία και άλλες έρευνες, καθώς φαίνεται πως όσοι μένουν μαζί κάποιον άλλον, είτε σύντροφο, είτε παιδιά, έχουν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας σε σχέση με όσους μένουν μόνοι τους (Shin et al., 2021), αλλά και συγκριτικά με όσους διαμένουν σε οίκους ευγηρίας (Pessoa et al., 2014). Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ηλικία, οι συνθήκες διαβίωσης και η υγεία αποτελούν μικρούς σε ισχύ προβλεπτικούς δείκτες της ελπίδας, ενώ σε σχέση με τις άλλες κλίμακες, η υποκλίμακα τόσο του Θετικού (PA), όσο και του Αρνητικού συναισθήματος (NA) φαίνεται να είναι προβλεπτικοί δείκτες της ελπίδας, με το Θετικό Συναίσθημα να αποτελεί τον ισχυρότερο, καθώς όσο αυξάνεται το θετικό συναίσθημα, τόσο περισσότερο αυξάνεται η συνολική ελπίδα.

Προχωρώντας με τα Θετικά και Αρνητικά Συναίσθηματα, στο σύνολο του δείγματος των ηλικιωμένων, το Θετικό Συναίσθημα (PA) ήταν σχετικά υψηλό, ενώ το Αρνητικό Συναίσθημα (NA) κυμαίνεται από χαμηλά προς μεσαία επίπεδα. Ως προς τους ηλικιωμένους κοινότητας και οίκων ευγηρίας, το Θετικό Συναίσθημα ήταν υψηλότερο σε όσους διαμένουν στην κοινότητα σε σχέση με όσους διαμένουν σε κάποιον από τους δύο οίκους ευγηρίας. Ομοίως, το Αρνητικό Συναίσθημα (NA) ήταν ελαφρώς υψηλότερο στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκο ευγηρίας σε σχέση με τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα. Επομένως, μπορούμε να ισχυριστούμε πως, όσον αφορά το Θετικό Συναίσθημα, οι ηλικιωμένοι που μένουν στην κοινότητα τείνουν να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος σε σχέση με όσους διαμένουν σε περιβάλλοντα ιδρυματοποίησης, όπως οι οίκοι ευγηρίας, συμφωνώντας με τα δεδομένα άλλων ερευνών (Pessoa et al., 2014). Επίσης, όσον αφορά το Αρνητικό Συναίσθημα, μπορούμε να ισχυριστούμε πως η διαμονή των

ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας σχετίζεται με λίγο πιο υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που διαμένουν στην κοινότητα.

Αναφορικά με τα Θετικά και Αρνητικά Συναισθήματα σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων της έρευνάς μας, όπως το φύλο, η επίσκεψη σε κάποιο Κ.Α.Π.Η., η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική απασχόληση, η υγεία και οι συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων, διαπιστώθηκε πως στο Θετικό Συναίσθημα (PA) φάνηκε να επιδρούν οι εξής παράγοντες: η επίσκεψη σε κάποιο Κ.Α.Π.Η., η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η εργασιακή απασχόληση, η υγεία και οι συνθήκες διαβίωσης. Από την άλλη, στο Αρνητικό Συναίσθημα (NA) φάνηκε να επιδρούν οι εξής παράγοντες: το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η εργασιακή απασχόληση και η υγεία. Αναλυτικότερα, φαίνεται να υπάρχει μια μικρή διαφοροποίηση στο φύλο, που είναι σημαντική μόνο ως προς το Αρνητικό Συναίσθημα, καθώς οι γυναίκες τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος σε σχέση με τους άντρες, συμφωνώντας έτσι και με ευρήματα άλλων ερευνών (Isaacowitz & Smith, 2003). Οι ηλικιωμένοι που επισκέπτονται κάποιο Κ.Α.Π.Η., διαπιστώθηκε πως έχουν υψηλότερο θετικό συναίσθημα σε σχέση με όσους δεν το κάνουν, το οποίο συμβαδίζει με έρευνες που υποστηρίζουν πως η ενασχόληση των ηλικιωμένων με δραστηριότητες, σε συνδυασμό με την ύπαρξη ενδιαφερόντων, ενισχύει τη συνολική τους ευημερία, συμπεριλαμβανομένων των θετικών συναισθημάτων (Ryff & Keyes, 1995). Δεν βρέθηκε κάποια σημαντική διαφοροποίηση ως προς το Αρνητικό Συναίσθημα ανάμεσα σε όσους επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η και σε εκείνους που δεν τα επισκέπτονται. Όσον αφορά την ηλικία, φαίνεται να σχετίζεται με το Θετικό Συναίσθημα, καθώς διαπιστώθηκε πως όσο αυξάνεται η ηλικία των ατόμων, τόσο μειώνεται το Θετικό Συναίσθημα, χωρίς να ισχύει το ίδιο για το Αρνητικό, όπου δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Αυτό υποστηρίζεται εν μέρει με τη θέση του Pinguart (2001), σύμφωνα με την οποία οι ηλικιωμένοι μεγαλύτερης ηλικίας ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος σε σχέση με νεότερους ηλικιωμένους. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση υπάρχουν αρκετές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών, οι οποίες κρίνονται σημαντικές μόνο ως προς το Θετικό Συναίσθημα. Ειδικότερα, υψηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος έχουν

οι έγγαμοι, ενώ όσοι έχουν χηρέψει παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος, όπως υποστηρίζεται και από τη βιβλιογραφία, καθώς οι ηλικιωμένοι μπορεί να βιώσουν έντονα αρνητικά συναισθήματα μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης ιδίως εάν έχουν βιώσει την απώλεια αγαπημένων προσώπων (Kim, 2019 · Victor et al., 2005). Συνεχίζοντας με το μορφωτικό επίπεδο, βλέπουμε ότι επιδρά τόσο στο Θετικό, όσο και στο Αρνητικό Συναίσθημα. Όσον αφορά το Θετικό Συναίσθημα, αυτό βλέπουμε να αυξάνεται όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων, ενώ συμβαίνει το αντίστροφο με το Αρνητικό, αφού το αρνητικό συναίσθημα μειώνεται όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο. Έτσι τα άτομα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης έχουν τα υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος και τα χαμηλότερα επίπεδα αρνητικού, αντίστοιχα. Αναφορικά με την επαγγελματική απασχόληση ή κατάσταση των ηλικιωμένων, διαπιστώθηκε πως όσοι δήλωσαν πως εργάζονται ακόμη ανέφεραν πιο υψηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος σε σχέση με τους συνταξιούχους και όσους ασχολούνται με οικιακά. Ως προς το αρνητικό συναίσθημα, τα υψηλότερα επίπεδα τα είχαν όσοι μένουν σπίτι και ασχολούνται με οικιακά, ενώ τα χαμηλότερα όσοι είναι εν ενεργεία εργαζόμενοι. Αυτό πιθανότατα να οφείλεται και στην ηλικία των εργαζόμενων, η οποία με βάση τα συνταξιοδοτικά ηλικιακά όρια στη χώρα μας είναι τα 62 και τα 67 έτη αντίστοιχα, που θεωρούνται σχετικά νέοι ηλικιωμένοι και κοινωνικά ενεργοί. Έτσι, ενδεχομένως να οφείλεται στην ενεργή συμμετοχή του ατόμου σε διάφορα κοινωνικά πλαίσια και την αίσθηση σκοπού που μπορεί να έχει, συμβαδίζοντας έτσι με μελέτες που υποστηρίζουν ότι η έλλειψη κοινωνικής συμμετοχής, μεταξύ άλλων, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, τόσο την ψυχική, όσο και τη σωματική (Hawkley & Cacioppo, 2010). Προχωρώντας, διαπιστώθηκε, επίσης, πως όσον αφορά την υγεία, το θετικό συναίσθημα μειώνεται όσο χειροτερεύει η κατάσταση της υγείας, ενώ το αρνητικό συναίσθημα αυξάνεται όσο χειροτερεύει η υγεία, καθώς όσοι δήλωσαν πολύ καλή και καλή υγεία είχαν τα υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων, ενώ όσοι δήλωσαν από μέτρια έως πολύ κακή είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων. Επιπλέον, ως προς το αρνητικό συναίσθημα, αυξημένα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος είχαν όσοι δήλωσαν πολύ κακή, κακή και μέτρια υγεία, ενώ όσοι δήλωσαν καλή και πολύ καλή υγεία είχαν τα πιο χαμηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων συγκριτικά, όπου όπως υποστηρίζεται και στη βιβλιογραφία, ειδικότερα όσον αφορά το θετικό συναίσθημα, φαίνεται να

υπάρχει σύνδεση καλής υγείας με αυξημένα επίπεδα θετικού συναισθήματος (Pressman & Cohen, 2005). Τέλος, όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης, διαπιστώθηκε ότι το Θετικό Συναίσθημα είναι υψηλότερο για όσους μένουν με σύζυγο, εντός της κοινότητας, σε σχέση με τους ηλικιωμένους που μένουν σε οίκο ευγηρίας, συμφωνώντας με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι οι ηλικιωμένοι που μένουν με σύζυγο φάνηκε να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής γενικά (Bolina et al., 2021). Ως προς το αρνητικό συναίσθημα δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε όσους μένουν μόνοι τους, με σύζυγο, με ευρύτερη οικογένεια και σε οίκο ευγηρίας. Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι μέσω σχετικών αναλύσεων διαπιστώθηκε ότι από τα δημογραφικά στοιχεία η ηλικία και η υγεία αποτελούν μικρούς σε ισχύ προβλεπτικούς παράγοντες του Θετικού Συναισθήματος, ενώ σε σχέση με άλλες κλίμακες, η υποκλίμακα του αρνητικού συναισθήματος (NA), αλλά και η συνολική βαθμολογία της ελπίδας φαίνεται να αποτελούν προβλεπτικούς δείκτες του Θετικού Συναισθήματος, με την τελευταία να αποτελεί τον σημαντικότερο απ' όλους. Εντύπωση προκαλεί, ωστόσο, η αντιφατική θετική σχέση ανάμεσα στο θετικό και αρνητικό συναίσθημα, καθώς το αρνητικό φαίνεται να επιδρά θετικά στο θετικό συναίσθημα, καταδεικνύοντας έτσι την πολύπλοκη αλληλεπίδραση ανάμεσα στα δύο άκρα του συναισθηματικού συνεχούς και ενδεχομένως αντικατοπτρίζοντας μια πιο έντονη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων της έρευνας. Επίσης, όσον αφορά το Αρνητικό Συναίσθημα (NA), οι δημογραφικοί παράγοντες που αποτελούν μικρούς σε ισχύ προβλεπτικούς δείκτες είναι η οικογενειακή κατάσταση, η διαμονή ή αλλιώς οι συνθήκες διαβίωσης και η υγεία. Ως προς τις κλίμακες, προβλεπτικούς δείκτες του Αρνητικού Συναισθήματος φαίνεται να αποτελούν δύο υποκλίμακες του Φόβου του Θανάτου, δηλαδή «Ο δικός σου θάνατος» και «Ετοιμοθάνατοι», η συνολική βαθμολογία της ελπίδας και το Θετικό Συναίσθημα (PA). Τον πιο ισχυρό προβλεπτικό δείκτη αποτελεί η υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι» καταδεικνύοντας έτσι την επίδραση του φόβου των ηλικιωμένων αναφορικά με την κατάσταση των άλλων ως ετοιμοθάνατοι στο Αρνητικό Συναίσθημα. Επιπλέον, παρατηρείται θετική σχέση ανάμεσα στο Θετικό και το Αρνητικό συναίσθημα, που είδαμε και παραπάνω.

Επιπροσθέτως, στα πλαίσια συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των τριών ερωτηματολογίων, συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων τους, επιχειρήθηκε

μια περαιτέρω εμβάθυνση στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ της ελπίδας, της συναισθηματικής κατάστασης και του φόβου του θανάτου. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκαν ισχυρές θετικές σχέσεις ανάμεσα στη συνολική ελπίδα και τις υποκλίμακες της «Δράση» και «Δρόμοι» με το Θετικό Συναίσθημα (PA), υποδεικνύοντας ότι τα υψηλότερα επίπεδα ελπίδας συνδέονται με μεγαλύτερες θετικές συναισθηματικές εμπειρίες ή καταστάσεις. Αντίθετα, το Αρνητικό Συναίσθημα (NA) παρουσίασε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την ελπίδα, υποδηλώνοντας ότι οι ηλικιωμένοι με υψηλά επίπεδα ελπίδας βιώνουν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα. Στη συνέχεια, κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ελπίδας και φόβου του θανάτου, δεν έδωσαν σημαντικά ευρήματα, υπονοώντας πως η ελπίδα δεν έχει άμεσο αντίκτυπο στον φόβο του θανάτου. Επιπλέον, αναφορικά με τον φόβο του θανάτου και τα Θετικά και Αρνητικά συναισθήματα, διαπιστώθηκαν μικρές θετικές σχέσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες του φόβου του θανάτου, αλλά και στη συνολική βαθμολογία σε σχέση με το Αρνητικό Συναίσθημα (NA) και ειδικότερα στην υποκλίμακα «Ετοιμοθάνατοι», υποδηλώνοντας γενικά πως οι ηλικιωμένοι που διακρίνονται από περισσότερα αρνητικά συναισθήματα τείνουν να αναφέρουν και υψηλότερο φόβο θανάτου, ιδίως ως προς τον φόβο για την κατάσταση των άλλων ως ετοιμοθάνατοι. Αυτά τα ευρήματα μπορούμε να πούμε πως υπογραμμίζουν τη σύνθετη και πολύπλευρη φύση των συναισθηματικών εμπειριών που σχετίζονται με την ελπίδα και τον φόβο του θανάτου.

Τέλος, μέσα από τις αναλύσεις των δημογραφικών παραγόντων προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δύο ομάδων των ηλικιωμένων, δηλαδή εκείνων που διαμένουν στην κοινότητα κι εκείνων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας και πολλών βασικών μεταβλητών, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η απόκτηση παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο και η κατάσταση υγείας. Ειδικότερα, οι έγγαμοι ηλικιωμένοι και όσοι έχουν παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαμένουν στην κοινότητα, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους, αλλά και όσους δεν έχουν παιδιά. Επίσης, οι διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων κοινότητας και οίκων ευγηρίας ως προς το μορφωτικό επίπεδο και την κατάσταση υγείας τους ήταν εξίσου σημαντικές, καθώς έδειξαν ότι όσοι ηλικιωμένοι έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και καλύτερη κατάσταση υγείας τείνουν να βρίσκονται στην κοινότητα, σε σχέση με εκείνους που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και κακή υγεία.

Συμπερασματικά, αυτή η έρευνα υπογραμμίζει σημαντικές διαφορές στον φόβο του θανάτου, τα επίπεδα της ελπίδας και τη συναισθηματική κατάσταση, αναφορικά με το θετικό και αρνητικό συναίσθημα, μεταξύ των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα και εκείνων που διαμένουν σε οίκο ευγηρίας. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι το περιβάλλον ιδρυματοποίησης, όπως είναι ο οίκος ευγηρίας στην περίπτωση μας, συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα φόβου θανάτου, χαμηλότερα επίπεδα ελπίδας και θετικών συναισθημάτων, αλλά και υψηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων, επηρεάζοντας τη συνολική ευημερία των ηλικιωμένων. Αυτά τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης και ενίσχυσης των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα ιδρυματοποίησης. Επιπλέον, οι σημαντικές διαφορές που εντοπίστηκαν ανάμεσα στους ηλικιωμένους της κοινότητας και των οίκων ευγηρίας σε βασικές μεταβλητές των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, υπογραμμίζουν τον ρόλο της οικογένειας και των συστημάτων κοινωνικής στήριξης, καθώς και της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσής τους και κατ' επέκταση της συνολικής τους ευημερίας. Τέλος, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει αφενός να συνεχίσει να διερευνά αυτές τις σχέσεις για καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν στα διαφορετικά περιβάλλοντα διαβίωσης των ηλικιωμένων, αφετέρου να εφαρμόσει παρεμβάσεις, είτε από αυτές που έχουν σχεδιαστεί για γηριατρικό πληθυσμό, είτε νέες, που θα έχουν ως στόχο τη μείωση του φόβου του θανάτου και την ενίσχυση της ελπίδας στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, προσφέροντας πολύτιμη βοήθεια στους ηλικιωμένους, συμβάλλοντας ταυτόχρονα ουσιαστικά στα συστήματα φροντίδας και υποστήριξης των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας.

8.2. Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Αναφορικά με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, ένας πρώτος και βασικός περιορισμός που πρέπει να επισημανθεί είναι το δείγμα ευκολίας, το οποίο προέκυψε από μη πιθανοτικό δειγματοληπτικό σχέδιο και αυτομάτως καθιστά αδύνατη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας στον ευρύτερο πληθυσμό. Συγκεκριμένα, το δείγμα επιλέχθηκε από την πόλη των Ιωαννίνων και τις ευρύτερες περιοχές εντός της περιφερειακής ενότητας των Ιωαννίνων, που είναι ο κύριος τόπος διαμονής της

ερευνήτριας. Επίσης, λόγω του περιορισμένου χρόνου διεξαγωγής της έρευνας, αλλά και των περιορισμένων οικονομικών πόρων, δεν ήταν εφικτή η διανομή ερωτηματολογίων σε μεγαλύτερο πλήθος υποκειμένων. Επομένως, μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να στοχεύσουν στη συμπερίληψη συμμετεχόντων από άλλες πόλεις και περιοχές, ακολουθώντας ένα πιθανοτικό δειγματοληπτικό σχέδιο, προκειμένου να διασφαλιστεί ένα επαρκές δείγμα για την παροχή αξιόπιστων και γενικεύσιμων αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, όσον αφορά το δείγμα, ένας άλλος περιορισμός ήταν αυτός του δείγματος των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, καθώς ο αριθμός τους δεν υπερβαίνει τους 54. Ο μικρός σχετικά αριθμός ήταν απόρροια αφενός της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων και στους δύο οίκους ευγηρίας της πόλης, καθώς οι περισσότεροι είναι κληήρεις ή πάσχουν από νευρολογικές εκφυλιστικές παθήσεις (π.χ. άνοια), αφετέρου των πολύ αυστηρών περιοριστικών μέτρων εξαιτίας των κρουσμάτων του κορωνοϊού, τα οποία οδηγούσαν σε «καραντίνα» και εσωτερικό αποκλεισμό όχι μόνο τους νοσούντες, αλλά το σύνολο της κάθε δομής με αποτέλεσμα η πρόσβαση να επιτρέπεται μόνο στο προσωπικό. Έτσι, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει αφενός να αυξήσει το μέγεθος του δείγματος των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, αφετέρου να εξετάσει τη χρήση και αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, όπως είναι οι διαδικτυακές συναντήσεις ή κάποια μέθοδος συλλογής δεδομένων εξ αποστάσεως, εγχείρημα που όμως συνεπάγεται τη συνεργασία και συνδρομή των επαγγελματιών υγείας, τόσο λόγω του πλαισίου στο οποίο διαμένουν οι ηλικιωμένοι, όσο και λόγω της ηλικίας τους και της απουσίας ψηφιακού γραμματισμού. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν ενδεχομένως να συμμετέχουν στην έρευνα και άλλα άτομα, τα οποία δεν μπορούσαν να λάβουν μέρος λόγω των περιορισμών υγείας ή άλλων λόγων.

Ένας άλλος περιορισμός αφορά στις απαντήσεις των υποκειμένων, οι οποίες μπορεί να μην είναι αληθείς, αλλά να βασίζονται στην επιθυμία για κοινωνική αποδοχή. Οι κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις είναι ένα από μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου ως μέσου συλλογής δεδομένων, αν και η ανωνυμία φαίνεται να διευκολύνει ως έναν βαθμό την κατάσταση (Patten, 2014).

Επιπροσθέτως, ένας ακόμη περιορισμός έγκειται στο μέγεθος των ερωτηματολογίων, που παρά τη συντομία του καθενός εξ αυτών, το σύνολο των ερωτήσεων ενδεχομένως να κούρασε τους ερωτώμενους. Πάντα υπάρχει η πιθανότητα της «κόπωσης του ερωτώμενου», η οποία μπορεί να οδηγήσει σε βεβιασμένες απαντήσεις, καθώς και σε χαμηλά ποσοστά απόκρισης (Bryman, 2017). Ως εκ τούτου, μελλοντικές έρευνες θα ήταν καλό να προβούν σε πιλοτική έρευνα πριν τη διεξαγωγή της, ώστε να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν πιθανά σχετικά ζητήματα.

Συνεχίζοντας, ένας ακόμη περιορισμός αφορά στην επιλογή των στατιστικών ελέγχων. Συγκεκριμένα, στην έρευνά μας αφενός επιλέχθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι λόγω έλλειψης κανονικότητας, αφετέρου πραγματοποιήθηκε εφαρμογή του μοντέλου πολλαπλής παλινδρόμησης, στο πλαίσιο πολυμεταβλητών αναλύσεων, παρόλο που υπήρχαν ζητήματα αυτοσυσχέτισης και πολυσυγγραμμικότητας. Όσον αφορά τους μη παραμετρικούς ελέγχους, λόγω της μικρότερης ισχύς τους – σε σχέση με τους παραμετρικούς ελέγχους – ενδέχεται να περιοριστεί η ικανότητα ανίχνευσης σημαντικών επιδράσεων και σχέσεων στα δεδομένα. Επιπλέον, τα ζητήματα αυτοσυσχέτισης και πολυσυγγραμμικότητας χρήζουν αντιμετώπισης από μελλοντικές έρευνες, καθώς είναι απαραίτητα για την ενίσχυση της εγκυρότητας των ευρημάτων. Έτσι, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εστιάσει στη χρήση προηγμένων στατιστικών τεχνικών ή εναλλακτικών μεθόδων για τον καλύτερο χειρισμό αυτών των ζητημάτων και τη βελτίωση ακρίβειας του μοντέλου.

Επιπλέον, μελλοντικά θα ήταν ωφέλιμο να διεξαχθούν διαχρονικές έρευνες, ώστε να υπάρξει μια συστηματική παρακολούθηση και μελέτη των αλλαγών με την πάροδο του χρόνου, η οποία θα προσφέρει γνώσεις σχετικά με τον τρόπο που οι μεταβλητές, όπως ο φόβος του θανάτου, η ελπίδα, αλλά το θετικό και αρνητικό συναίσθημα, εξελίσσονται στον γηριατρικό πληθυσμό. Επίσης, οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να συμπεριλάβουν και άλλες μεταβλητές που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα, όπως είναι η ικανοποίηση από τη ζωή, η θρησκευτικότητα ή η πανδημία του κορωνοϊού, μεταξύ άλλων, για μια πιο ολοκληρωμένη ερευνητική προσέγγιση επί του θέματος.

Τέλος, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, θα μπορούσαν να αποτελέσουν αφορμή για μελλοντική έρευνα και σχεδιασμό προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο

αφενός τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και του φόβου του θανάτου στον γηριατρικό πληθυσμό και ιδίως στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, αφετέρου την αύξηση των θετικών συναισθημάτων και της ελπίδας, προκειμένου να βελτιωθεί συνολικά η ψυχική υγεία κι ευημερία των ηλικιωμένων.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να επισημάνουμε πως παρά τους εν λόγω περιορισμούς, το δείγμα που επιλέχθηκε είναι ικανοποιητικό και μπορεί να μας προσφέρει τόσο μια γενική εικόνα για το υπό διερεύνηση ζήτημα, καθώς μας προσφέρει γνώσεις για τις συναισθηματικές και ψυχολογικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα Τρίτης Ηλικίας, όσο και να αποτελέσει την αρχή για την περαιτέρω διερεύνηση σχετικών με το θέμα ζητημάτων, αλλά και την αξιοποίησή τους σε στοχευμένες παρεμβάσεις που θα έχουν ως στόχο την βελτίωση της συνολικής ευημερίας των ηλικιωμένων, την ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης, τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους και την ποιότητα της ζωής τους γενικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdel-Khalek A. M. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the Reasons for Death Fear Scale. *Death studies*, 26(8), 669–680. <https://doi.org/10.1080/07481180290088365>
- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death Anxiety in Clinical and Non-Clinical Groups. *Death Studies*, 29(3), 251–259. <https://doi.org/10.1080/07481180590916371>
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2009). Death anxiety as related to somatic symptoms in two cultures. *Psychological Reports*, 105(2), 409–410. <https://doi.org/10.2466/pr0.105.2.409-410>
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.49.1.15>
- Al-Shawaf, L., & Lewis, D. M. G. (2017). Evolutionary Psychology and the Emotion. Στο V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Επιμ.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. (σσ. 1-10). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_516-1
- American Psychological Association. (n.d.). Emotion. Στο APA Dictionary of Psychology. Ανακτήθηκε από: <https://dictionary.apa.org/emotion>
- Angulo, J., Assar, M. E., Álvarez-Bustos, A., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox Biology*, 35, 101513. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513>
- Antell, D. E., & Taczanowski, E. M. (1999). How environment and lifestyle choices influence the aging process. *Annals of Plastic Surgery*, 43(6), 585–588. <https://doi.org/10.1097/0000637-199912000-00001>
- Aqajani, S., & Samadifard, H. (2017). The role of cognitive fusion, locus of control and cognitive avoidance in the prediction of death anxiety in the elderly. *Journal of Health and Care*, 19(1), 62–74. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-705-en.html>
- Arbinaga I. F. (2003). Personas mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas: Aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida. *Mapfre Medicina*, 14, 258–264.
- Assari, S., & Lankarani, M. M. (2016). Race and gender differences in correlates of death anxiety among elderly in the United States. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences/Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences.*, In Press(In Press). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-2024>
- Australian Bureau of Statistics. (2014-version-1.7). *Age Standard*. ABS. <https://www.abs.gov.au/statistics/standards/age-standard/latest-release>

- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*, 34(4), 351–364. <https://doi.org/10.1080/07481181003613941>
- Babyak, M.A., Snyder, C.R., & Yoshinobu, L. (1993). Psychometric properties of the hope scale: a confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 27, 154–169. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1993.1011>
- Bachner, Y. G., O'Rourke, N., & Carmel, S. (2011). Fear of death, mortality communication, and psychological distress among secular and religiously observant family caregivers of terminal cancer patients. *Death Studies*, 35(2), 163–187. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.535390>
- Bailey, T. C., & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with Life and Hope: A Look at Age and Marital Status. *Psychological Record*, 57(2), 233–240. <https://doi.org/10.1007/bf03395574>
- Balcombe, N. R., & Sinclair, A. J. (2001). Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best Practice & Research in Clinical Gastroenterology*, 15(6), 835–849. <https://doi.org/10.1053/bega.2001.0244>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Battista, J. R., & Almond, R. (1973). The development of meaning in life†. *Psychiatry (Washington, D.C.)*, 36(4), 409–427. <https://doi.org/10.1080/00332747.1973.11023774>
- Barrett, C. (2013). Death Anxiety. Στο M.D. Gellman & J.R. Turner (Επιμ.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (σσ. 541-542). Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1580
- Barrett, L. F. (2017). Categories and their role in the science of emotion. *Psychological Inquiry*, 28(1), 20–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2017.1261581>
- Bar-Tur, L. (2021). Fostering Well-Being in the Elderly: Translating theories on positive aging to practical approaches. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.517226>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Free Press.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: review and commentary. *The Journals of Gerontology: Series A*, 58(3), M249–M265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>

- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., & Van Den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology (Cary)*, *13*(2), 109–128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, *13*, 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Βολικάς, Κ. Γ. (2004). Ανθρώπινη μακροβιότητα. Στο Κοινωνία και υγεία III: από τη βασική έρευνα στην κλινική εφαρμογή (σ. 25–33). Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Ανακτήθηκε από: <https://hdl.handle.net/10442/519>
- Bolina, A. F., Da Conceição Araújo, M., Haas, V. J., & Tavares, D. M. D. S. (2021). Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, *29*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>
- Bonanno, G. A. (2009). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. New York, NY: Basic Books.
- Borges, M. A., & De Miguel, A. (2020). Spanish Adaptation of the Multidimensional Fear of Death Scale. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, *20*, 1, 37-45.
- Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential Suffering in the Palliative Care Setting: an Integrated Literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(3), 604–618. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010>
- Boyd, P., Morris, K. L., & Goldenberg, J. L. (2017). Open to death: A moderating role of openness to experience in terror management. *Journal of Experimental Social Psychology*, *71*, 117–127. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.03.003>
- Britannica, T. Editors of Encyclopaedia (2023, July 13). *old age*. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/science/old-age>
- Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι Κοινωνικής Έρευνας* (Α. Αϊδίνης, Επιμ.). Εκδόσεις Gutenberg.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Cadman, B. (2023). *What to know about the fear of death*. Ανακτήθηκε από: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/321939#outlook>
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory. *The American Journal of Psychology*, *39*(1/4), 106–124. <https://doi.org/10.2307/1415404>

- Carstensen L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331–338. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151–156. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512261>
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *The American psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.54.3.165>
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K. P., & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30(7), 879–889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(01), 41–67. <https://doi.org/10.1017/s0144686x04002594>
- Chalhoub, Z., Koubeissy, H., Fares, Y., & Abou-Abbas, L. (2022). Fear and death anxiety in the shadow of COVID-19 among the Lebanese population: A cross-sectional study. *PloS One*, 17(7), e0270567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270567>
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of personality and social psychology*, 80(1), 136–151.
- Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity Therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.08.391>
- Chonody, J. M., & Teater, B. (2018). *Social Work Practice with Older Adults: An Actively aging Framework for practice*. <https://doi.org/10.4135/9781506334271>

- Cicirelli V. G. (1998). Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death studies*, 22(8), 713–733. <https://doi.org/10.1080/074811898201236>
- Cicirelli, V. G. (1999). Personality and demographic factors in older adults' fear of death. *The Gerontologist*, 39(5), 569–579. <https://doi.org/10.1093/geront/39.5.569>
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of Death in Older Adults: Predictions From Terror Management Theory. *Journal of Gerontology*, 57(4), 358-366. <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/57/4/P358/593449>
- Çiftci, N., Yildiz, M., Durmuş, M., & Çoban, M. (2024). The relationship between fear of old age, loneliness and death anxiety in adults. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 24(3), 627–636. <https://doi.org/10.1111/psyg.13106>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA*, 298(14), 1685-1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The Fear of Death and the Fear of Dying. *The Journal of Psychology*, 72(2), 179–181. <https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496>
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775–785. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.4.775>
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2000). Evolutionary Psychology and the Emotions. Στο M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Επιμ.), *Handbook of Emotions* (σσ. 91-115). New York: Guilford.
- Creamer, M., O'Donnell, M. L., Carboon, I., Lewis, V., Densley, K., McFarlane, A., Silove, D., & Bryant, R. A. (2009). Evaluation of the Dispositional Hope Scale in injury survivors. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 613–617. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.03.002>
- Cuniah, M., Bréchon, G., & Bailly, N. (2021). Validation of the revised Collett–Lester fear of death scale in a French population. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.736171>
- Daskalou, V., & Syngollitou, E. (2012). Η προσαρμογή της κλίμακας του θετικού και του αρνητικού συναισθήματος (PANAS, Watson, Clark & Tellegen, 1988) στον Ελληνικό πληθυσμό. Στο K. Hefferon & I. Boniwell (2019, Σ. Λεοντοπούλου Επιμ.). *Θετική Ψυχολογία. Θεωρία, Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Gutenberg.
- De Campos, A. P., Levoy, K., Pandey, S., Wisniewski, R., DiMauro, P., Ferrell, B., & Rosa, W. E. (2022). Integrating Palliative Care into Nursing Care. *American Journal of Nursing*, 122(11), 40–45. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000897124.77291.7d>

- Demography of Europe – 2024 edition - Eurostat.* (n.d.). Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2024>
- De Medeiros, M. M. D., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., Cavalcanti, Y. W., & Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
- DePaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death Anxiety And Attitudes Toward The Elderly Among Older Adults: The Role of Gender And Ethnicity. *Death Studies*, 27(4), 335–354. <https://doi.org/10.1080/07481180302904>
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–20. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>
- De Stegge, B. M. A., Tak, L. M., Rosmalen, J., & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.002>
- DiGasbarro, D., Midden, A., Van Haitsma, K., Meeks, S., & Mast, B. (2020). Reliability and Validity of the Adult Hope Scale among Nursing Home Residents with and without Cognitive Impairment. *Clinical gerontologist*, 43(3), 340–349. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1656696>
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being. Στο E. Diener (Επιμ.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (σσ. 247–266). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_12
- Δικαίου, Γ. Π. (2021). *Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση ενός ψυχο-εκπαιδευτικού προγράμματος σε παιδιά πρώιμης εφηβείας για τη μείωση του αισθήματος του φόβου-άγχους και την αλλαγή στάσεων αναφορικά με το πλαίσιο του θανάτου* (Διδακτορική Διατριβή). Ανακτήθηκε από: *Ιδρυματικό Αποθετήριο Ολυμπίας*. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/31205>
- Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G. K., & Furnes, B. (2015). Suffering and mental health among older people living in nursing homes-a mixed-methods study. *PeerJ*, 3, e1120. <https://doi.org/10.7717/peerj.1120>
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Edwards, L. M., & McClintock, J. B. (2017). A cultural context lens of hope. Στο M.W. Gallagher & S. J. Lopez (Επιμ.), *The Oxford Handbook of Hope* (σσ. 95-104). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.8>

- Edwards, L. M., & McConnell, K. (2023). Hope across cultural groups. *Current Opinion in Psychology*, 49, 101505. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101505>
- Effros, R. B. (2005). Roy Walford and the immunologic theory of aging. *Immunity & Ageing*, 2(1), 7-9. <https://doi.org/10.1186/1742-4933-2-7>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). (2021). *Απογραφή Πληθυσμού – Κατοικιών 2021*. Ανακτήθηκε από: <https://www.statistics.gr/el/2021-census-pop-hous>
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>
- Faiza, A. (2023). Death Anxiety Among Patients with Chronic Physical Diseases. *Journal of research in health science*, 7(1-2), 18-25.
- Farran, C. J., & McCann, J. (1989). Longitudinal analysis of hope in community-based older adults. *Archives of psychiatric nursing*, 3(5), 272–276.
- Fernández, J. a. M., Torres-Soto, N. Y., Casco-Gallardo, K., Ruiz-Lara, A., Martínez-Ramírez, B., & Fuentes-Fernández, E. (2023). Fear and Coping with Death in Intensive Care Nurses: a Structural Model Predictor of Compassion Fatigue. *Investigación Y Educación En Enfermería/Investigación Y Educación En Enfermería*, 41(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e12>
- Florián, V., & Mikulincer, M. (1993). The impact of Death-Risk experiences and religiosity on the fear of personal death: the case of Israeli soldiers in Lebanon. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 26(2), 101–111. <https://doi.org/10.2190/5fdn-ug53-dar8-u283>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387–411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>
- Fortner, B., Neimeyer, R. A., & Rybarczyk, B. (2018). Correlates of death Anxiety in Older Adults: A Comprehensive review. In *Routledge eBooks* (pp. 95–109). <https://doi.org/10.4324/9781315784489-6>
- Frazier, P., & Foss-Goodman, D. (1989). Death Anxiety and Personality: Are they Truly Related? *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 19(3), 265–274. <https://doi.org/10.2190/141t-q32f-lppd-ey3w>

- Fredrickson B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions?. *Review of general psychology : journal of Division 1, of the American Psychological Association*, 2(3), 300–319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.218>
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365–376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Fry, P. S., & Debats, D. L. (2006). Sources of Life Strengths as predictors of Late-Life mortality and survivorship. *The International Journal of Aging and Human Development*, 62(4), 303–334. <https://doi.org/10.2190/3vat-d77g-vcnq-6t61>
- Galanakis, M., Stalikas, A., Pezirkianidis, C., & Karakasidou, I. (2016). Reliability and Validity of the modified Differential Emotions Scale (mDES) in a Greek sample. *Psychology*, 7, 101-113.
- Gallucci, S. (2019). Hope in older women across cultures. *Arts and Humanities Open Access Journal*, 3(2), 116-119. [10.15406/ahoaj.2019.03.00117](https://doi.org/10.15406/ahoaj.2019.03.00117)
- Gates, N.J., Sachdev, P.S., Fiatarone Singh, M.A., & Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. *BMC Geriatr*, 11, 55, 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-55>
- Gegieckaitė, G., & Kazlauskas, E. (2020). Fear of death and death acceptance among bereaved adults: associations with prolonged grief. *Omega*, 84(3), 884–898. <https://doi.org/10.1177/0030222820921045>
- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1988). Death Attitudes across the Life-Span: The Development and Validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18(2), 113–128. <https://doi.org/10.2190/0dqB-7q1e-2ber-h6yc>
- Gilbert, F. S. (2006). *Developmental Biology*. Sinauer Associates, Inc. Publishers.
- Gravlee, G. S. (2020). Hope in ancient Greek philosophy. Στο V. D. Heuvel & C. Steven (Επιμ.), *Historical and multidisciplinary perspectives on hope* (σσ. 3–23). Springer eBooks. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46489-9_1
- Greenberg, J. (2012). Terror management theory: From genesis to revelations. Στο P. R. Shaver & M. Mikulincer (Επιμ.), *Meaning, mortality, and choice: The social psychology of existential concerns* (σσ. 17–35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13748-001>

- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. Στο R. F. Baumeister (Επιμ.), *Public self and private self* (σσ. 189-212). Springer.
- Greyson, B. (2003). Near-Death experiences in a psychiatric outpatient clinic population. *Psychiatric Services*, 54(12), 1649–1651. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.12.1649>
- Grof, S. (2006). *The Ultimate journey: Consciousness and the Mystery of death*. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.
- Grof, S. (2015). The experience of death and dying: psychological, philosophical and spiritual aspects. *Spiritual Studies*, 1(2), 1-29. <https://doaj.org/article/8e348a9517c84cf0838d53fdc5d228ee>
- Gronier, G., Aïssaoui, D., Schwander, F., & Cara-Nova, T. (2023). Psychometric properties of the French version of the Herth Hope Index assessment (HHI-F). *Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 73(1), 100822. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2022.100822>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. doi: <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2023). The Effect of Loneliness on Death Anxiety in the Elderly During the COVID-19 Pandemic. *Omega*, 87(1), 262–282. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Gupta, S., & Singh, A. (2020). The Study of Resilience and Hope among Elderly People. *Indian Journal of Gerontology*, 34 (3), 343-352.
- Hackman, D. A., Farah, M. J., & Meaney, M. J. (2010). Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research. *Nature Reviews. Neuroscience*, 11(9), 651–659. <https://doi.org/10.1038/nrn2897>
- Han, K., Lee, Y., Gu, J., Oh, H., Han, J., & Kim, K. (2015). Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0225-5>
- Harman, D. (1981). The aging process. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 78(11), 7124–7128. <https://doi.org/10.1073/pnas.78.11.7124>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. J., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152>

- Heredia, N. M. (2021). Actitud y miedo con respecto a la muerte en adultos mayores. *Empiria*, 51. <https://doi.org/10.5944/empiria.51.2021.30807>
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250–1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01740.x>
- Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5(1), 39–51.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
- Herth, K. (1993). Hope in older adults in community and institutional settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(2), 139–156. <https://doi.org/10.3109/01612849309031613>
- Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Purpose in Life as a Predictor of Mortality Across Adulthood. *Psychological Science*, 25(7), 1482–1486. <https://doi.org/10.1177/0956797614531799>
- Hitt, R. A., Young-Xu, Y., Silver, M., & Perls, T. T. (1999). Centenarians: the older you get, the healthier you have been. *The Lancet*, 354(9179), 652. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)01987-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)01987-x)
- Hoelterhoff, M., & Chung, M. C. (2016). Death anxiety resilience; a mixed methods investigation. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 635–651. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9483-6>
- Holdcraft, C., & Williamson, C. (1991). Assessment of hope in psychiatric and chemically dependent patients. *Applied Nursing Research*, 4(3), 129–134. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(05\)80069-2](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(05)80069-2)
- Holland, J. M., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: the role of Sense-Making and Benefit-Finding. *Omega*, 53(3), 175–191. <https://doi.org/10.2190/fkm2-yjty-f9vv-9xwy>
- Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and Negative Affect and Health Functioning Indicators among Older Adults with Chronic Illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(8), 895–911. <https://doi.org/10.1080/01612840802182938>
- Hui, V. K.-Y., Bond, M. H., & Ng, T. S. W. (2007). General Beliefs about the World as Defensive Mechanisms against Death Anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 54(3), 199–214. <https://doi.org/10.2190/8NQ6-1420-4347-H1G1>
- Hwang, T., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W. E., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1217–1220. <https://doi.org/10.1017/s1041610220000988>

- Hyde, A. L., Maher, J. P., & Elavsky, S. (2013). *Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective*. Ανακτήθηκε από: <https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/182>
- Isaacowitz, D. M., & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), P143–P152. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.p143>
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 580–593. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>
- Jackson, B. R. (2008). How gender and Self-Esteem impact death anxiety across adulthood. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 13(2), 96–101. <https://doi.org/10.24839/1089-4136.jn13.2.96>
- James, W. (1948). What is emotion? 1884. Στο W. Dennis (Επιμ.), *Readings in the history of psychology* (σσ. 290-303). Appleton-Century-Crofts. <https://doi.org/10.1037/11304-033>
- Jayanthi, P., Joshua, E., & Ranganathan, K. (2010). Ageing and its implications. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology/Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 14(2), 48. <https://doi.org/10.4103/0973-029x.72500>
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D., Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Golshan, S., Kraemer, H. C., & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
- Kasar, K. S., & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1222–1229. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.010>
- Kaspro, M. C., & Scotton, B. W. (1999). A review of transpersonal theory and its application to the practice of psychotherapy. *PubMed*, 8(1), 12–23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9888104>
- Kastenbaum, R. (2000). *The psychology of death* (3rd ed.). Springer Publishing Co.
- Khan, M. M., Hill, P. L., & O'Brien, C. (2023). Hope and healthy lifestyle behaviors in older adulthood. *Aging and Mental Health/Aging & Mental Health*, 27(7), 1436–1442. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2188171>
- Khorashadizadeh, M., Moodi, M., & Moasheri, B. N. (2024). The state of Hope and its related demographic variables in the elderly of Birjand City. *Modern Care Journal*, 21(3). <https://doi.org/10.5812/mcj-144899>
- Keltner, D., & Haidt, J. (1999). Social functions of emotions at four levels of analysis. *Cognition and Emotion*, 13(5), 505–521.

- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology*, 53, 83–107. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135217>
- Kim, S. (2019). *Hope and Positive Emotions in Bereavement Among Older Adults in the United States* (Διδακτορική διατριβή). Διαθέσιμο από: <https://doi.org/10.7916/d8-8qnb-x083>
- Κουγιουμτζής, Α. Γ. (Επιμ.). (2019). *Ψυχολογία & Συμβουλευτική Υστερης Ενήλικης Ζωής – Τρίτης Ηλικίας*. Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Κουλάκογλου, Κ. (2020). *Ψυχομετρία και Ψυχομετρική Αξιολόγηση* (3^η έκδ.). Εκδόσεις Πατάκη.
- Κουτρούλη, Ν. Ε. (2015). *Μετατραυματική διαταραχή του στρες και μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού: συχνότητα εμφάνισης, παράγοντες καθορισμού, συσχέτιση εννοιών* (Διδακτορική Διατριβή). Ανακτήθηκε από: <http://hdl.handle.net/10442/hedi/35594>
- Krause, N. (2003). Religious Meaning and Subjective Well-Being in Late Life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S160–S170. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.s160>
- Krause, N., & Shaw, B. A. (2000). Giving social support to others, socioeconomic status, and changes in Self-Esteem in late life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), S323–S333. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.6.s323>
- Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α. (Επιμ.). (1999). *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kwon, S., Benoit, E. & Windsor, L. (2024). The effects of social support and self-efficacy on hopefulness in low-income older adults during COVID-19 pandemic. *BMC Geriatr* 24, 305, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04915-4>
- Lawton, M. P. (1983). The varieties of wellbeing. *Experimental Aging Research*, 9(2), 65–72. <https://doi.org/10.1080/03610738308258427>
- Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J. Á., Galán, J. G., & Del Mar Fernández Martínez, M. (2020). COVID-19 pandemic and death anxiety in security forces in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7760. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217760>
- Lazarou, I., Parastatidis, T., Tsolaki, A., Gkioka, M., Karakostas, A., Douka, S., & Tsolaki, M. (2017). International Ballroom Dancing Against Neurodegeneration: A Randomized Controlled Trial in Greek Community-Dwelling Elders With Mild Cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 32(8), 489–499. <https://doi.org/10.1177/1533317517725813>

- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D., & Folkman, S. (1980). Emotions: A Cognitive – Phenomenological Analysis. Στο R. Plutchik & H. Kellerman (Επιμ.), *Theories of Emotion* (σσ. 189–217). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-558701-3.50014-4>
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 23-41. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
- Lei, H., Wang, Z., Peng, Z., Yuan, Y., & Li, Z. (2019). Hope across socioeconomic status: Examining measurement invariance of the children’s hope scale across socioeconomic status groups. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02593>
- Λεονταρή Α., & Αστήθα Μ. (2023). Ο φόβος του θανάτου. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, 6(30). <https://doi.org/10.26253/heal.uth.ojs.sst.2001.1881>
- Lester, D. (1991). The Lester Attitude Toward Death Scale. *Omega: Journal of Death and Dying*, 23(1), 67–75. <https://doi.org/10.2190/ME86-BPBE-EVE3-MA6N>
- Lester, D. (1994). The Collett-Lester Fear of Death Scale. Στο R. A. Neimeyer (Επιμ.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (σσ.45-60). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Levenson, R. W., Soto, J., & Pole, N. (2007). Emotion, biology, and culture. Στο S. Kitayama & D. Cohen (Επιμ.). *Handbook of cultural psychology* (σ. 780–796). The Guilford Press.
- Lima, S., Teixeira, L., Esteves, M. R., Ribeiro, F., Pereira, F., Teixeira, A., & Magalhães, C. (2020). Spirituality and quality of life in older adults: a path analysis model. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0>
- Lindsey, T. (2010). Death Anxiety in Elderly Communities (Retirement-Nursing Homes): Participant Observations, Interviews, and Analysis. *Field Notes: A Journal of Collegiate Anthropology*: Vol. 2, Article 5. Ανακτήθηκε από: <https://dc.uwm.edu/fieldnotes/vol2/iss1/5>
- Liu, C., & Liu, Y. (2020). Media Exposure and Anxiety during COVID-19: The Mediation Effect of Media Vicarious Traumatization. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4720. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134720>
- Loades, M., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social isolation and Loneliness on the Mental health of children and Adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>

- Long, K. N., Kim, E. S., Chen, Y., Wilson, M. F., Worthington, E. L., & VanderWeele, T. J. (2020). The role of Hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology*, 2, 100018. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100018>
- Lopez, S. J., Ciarlelli, R., Coffman, L., Stone, M. E., & Wyatt, L. M. (2000). Diagnosing for strengths. Στο C. R. Snyder (Επιμ.), *Handbook of Hope* (σσ. 57–85). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-012654050-5/50006-3>
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Pedrotti, J. T. (2003). Hope: Many definitions, many measures. Στο S. J. Lopez & C. R. Snyder (Επιμ.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (σσ. 91–106). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-006>
- Lu, W., & Cui, M. (2016). Research progress at hope level in patients with chronic non-malignant diseases. *Chinese Nursing Research*, 3(4), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.11.002>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509–516. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.52.5.509>
- Major, R. J., Whelton, W. J., & Duff, C. T. (2016). Secure your buffers or stare at the sun? Terror management theory and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(1), 22–35. <https://doi.org/10.1037/a0039631>
- Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., Σεραφείμ, Τ., Σωτηριάδου, Κ. & Θεοδοσοπούλου, Ε. (2011). Death Attitude Profile – Revised (DAP-R)-Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο. Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1), 15-26. Ανακτήθηκε από: http://journal-ene.gr/category/tefxos_1_4/
- Malone, J., & Dadswell, A. (2018). The role of religion, spirituality and/or belief in positive ageing for older adults. *Geriatrics*, 3(2), 28. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020028>
- Malt, E. A., & Ursin, H. (2003). Mutilation anxiety differs among females with fibromyalgia and functional dyspepsia and population controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 523–531. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00470-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00470-1)
- Manstead, A., & Semin, G. (2007). Η μεθοδολογία στην κοινωνική ψυχολογία: Εργαλεία ελέγχου και θεωριών. Στο: Μ. Hewstone & W. Stroebe (Επιμ.), *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία* (σ. 123-174). Αθήνα: Παπαζήση.
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2014). Defining successful aging: a tangible or elusive concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14–25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>

- Marques, S. C., & Gallagher, M. W. (2017). Age differences and short-term stability in hope: Results from a sample aged 15 to 80. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 53, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2017.10.002>
- Mast, B.T., Ludwin, B., Van Haitsma, K. & Meeks, S. (2015). Reliability and Validity of the Adult Hope Scale in Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 55, 705. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv355.02>
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 167–195. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- Mattioli, J. L., Repinski, R., & Chappy, S. L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 822–829. <https://doi.org/10.1188/08.onf.822-829>
- Mazor, K. M., Schwartz, C. E., & Rogers, H. J. (2004). Development and Testing of a New Instrument for Measuring Concerns about Dying in Health Care Providers. *Assessment*, 11(3), 230–237. <https://doi.org/10.1177/1073191104267812>
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 6–10. <https://doi.org/10.1097/00006199-198801000-00002>
- Moore, C. C., & Williamson, J. B. (2003). The universal fear of death and the cultural response. Στο B. D. Clifton & D. L. Peck (Επιμ.), *Handbook of Death and Dying* (σσ. 3–13). <https://doi.org/10.4135/9781412914291.n1>
- Moors, A. (2009). Theories of emotion causation: A review. *Cognition & Emotion*, 23(4), 625–662. <https://doi.org/10.1080/02699930802645739>
- Moraitou, D., Kolovou, C., Papasozomenou, C., & Paschoula, C. (2006). Hope and Adaptation to Old Age: Their Relationship with Individual-Demographic Factors. *Social Indicators Research*, 76(1), 71–93. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-4857-4>
- Moreno, R. P., De La Fuente Solana, E. I., Rico, M. A., & Fernández, L. M. L. (2009). Death anxiety in institutionalized and Non-Institutionalized elderly people in Spain. *Omega*, 58(1), 61–76. <https://doi.org/10.2190/om.58.1.d>
- Morrow-Howell, N., & Mui, A. C. (2012). Productive Engagement of Older Adults: International research, practice, and policy Introduction. *Ageing International*, 38(1), 1–3. <https://doi.org/10.1007/s12126-012-9175-y>
- Μπαμπάτσικου, Φ. (2009). Διαχρονική δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 3(4), 275-290.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moolaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4 to 12 year old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 43-52.

- Musaiger, A. O., & D'Souza, R. (2009). Role of age and gender in the perception of aging: A community-based survey in Kuwait. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), 50–57. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.10.002>
- Myers, D. R., Polson, C., McGee, J. S., & Gillespie, R. (2019). Hope and resilience among vulnerable, community-dwelling older persons. *Innovation in Aging*, 3(1), S531. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.1953>
- Nafei, A., Rashedi, V., Ghafuri, R., Khalvati, M., Eslamian, A., Delina, S., & Haghi, M. (2024). Death Anxiety and Related Factors among Older Adults: Findings from a National Study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 19 (1), 144-156. [10.32598/sija.2023.1106.1](https://doi.org/10.32598/sija.2023.1106.1)
- Nash, R. A. (1989). Cognitive theories of emotion. *Noûs*, 23(4), 481. <https://doi.org/10.2307/2215879>
- National Academies Press (US). (1990). *The elderly population. Medicare - NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235450/>
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10397-000>
- Neimeyer, R. A. (2014). The changing face of grief: Contemporary directions in theory, research, and practice. *Progress in Palliative Care*, 22(3), 125–130. <https://doi.org/10.1179/1743291x13y.00000000075>
- Neimeyer, R. A. (2015). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315800813>
- Neimeyer R. A., & Moore M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. Στο Neimeyer R. A. (Επιμ.), *Death anxiety handbook*, (σσ. 103–119). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A., & Sands, D. C. (2011). Meaning reconstruction in bereavement: From principles to practice. Στο R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton (Επιμ.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (σσ. 9–22). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113–126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>
- Niedenthal, P. M., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2011). *Ψυχολογία του Συναισθήματος: Διαπροσωπικές, βιωματικές και γνωστικές προσεγγίσεις*. (Ζ. Αντωνοπούλου, Μετ.). Αθήνα: Τόπος.
- Norrholm, S. D., & Jovanović, T. (2018). Fear processing, psychophysiology, and PTSD. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(3), 129–141. <https://doi.org/10.1097/hrp.000000000000189>

- Nowotny M. L. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology nursing forum*, 16(1), 57–61.
- Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The dynamics of physical and mental health in the older population. *The Journal of the Economics of Ageing*, 9, 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2016.07.002>
- Orgel, L. E. (1963). The Maintenance of the Accuracy of Protein Synthesis and its Relevance to Ageing. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 49(4), 517–521. <https://doi.org/10.1073/pnas.49.4.517>
- Özgüç, S., Kaplan Serin, E., & Tanriverdi, D. (2024). Death Anxiety Associated With Coronavirus (COVID-19) Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 88(3), 823-856. <https://doi.org/10.1177/00302228211050503>
- Ουζούνη, X., & Νακάκης, K. (2011). Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50(2), 231-239. Ανακτήθηκε από: https://www.researchgate.net/publication/331499029_E_Axiopistia_kai_Enkyroteta_ton_ergaleion_metreses_se_posotikes_meletes
- Pandey, N., & Srivastava, S. (2021). Measurement of Level of Hope among Institutional and Non-Institutional Elderly: A Comparative Study. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry (TOJQI)*, 12(7), 13025-13030.
- Pandya, A., & Kathuria, T. (2021). Death Anxiety, Religiosity and Culture: Implications for therapeutic process and future research. *Religions*, 12(1), 61. <https://doi.org/10.3390/rel12010061>
- Παπαστυλιανού, Α. (2018). Special Section. Emotions: Theory, Research and Applications. Introduction. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 23(1), 1–6. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23011
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3–16. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0901_2
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603–619. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748>
- Patten, M. (2014). Questionnaire Research: A Practical Guide (4th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315265858>
- Patra, I., Muda, I., Dwijendra, N. K. A., Najm, M. A., Alshahrani, S. H., Kadhim, S. S., Hameed, N. M., Alnassar, Y. S., Mohammed, N. M., Mustafa, Y. F., & Shojaeimotlagh, V. (2023). A Systematic Review and Meta-Analysis on Death Anxiety During COVID-19 Pandemic. *Omega*. <https://doi.org/10.1177/00302228221144791>

- Pehlivanova, M., Carroll, A., & Greyson, B. (2022). Which near-death experience features are associated with reduced fear of death? *Mortality*, 28(3), 493–509. <https://doi.org/10.1080/13576275.2021.2017868>
- Pérez-Mengual, N., Aragonés-Barberá, I., Moret-Tatay, C., & Moliner-Albero, A. R. (2021). The relationship of fear of death between neuroticism and anxiety during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.648498>
- Pessoa, P., Cunha, M., Daniel, F., Galhardo, A., Simões, S., & Espírito-Santo, H. (2014). EPA-1703 – Hope and well-being in the elderly. *European Psychiatry*, 29, 1. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(14\)78845-5](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(14)78845-5)
- Pinquart, M. Age Differences in Perceived Positive Affect, Negative Affect, and Affect Balance in Middle and Old Age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375–405 (2001). <https://doi.org/10.1023/A:1013938001116>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Pinsent, A. (2020). Hope as a virtue in the Middle Ages. Στο V. D. Heuvel & C. Steven (Επιμ.), *Historical and multidisciplinary perspectives on hope* (σσ. 47–60). Springer eBooks. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46489-9_3
- Πλατή, Δ. Χ. (2006). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Pleeging, E., Van Exel, J., & Burger, M. (2021). Characterizing Hope: An interdisciplinary overview of the characteristics of hope. *Applied Research in Quality of Life*, 17(3), 1681–1723. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09967-x>
- Plutchik, R. (1980). A General Psychoevolutionary Theory of Emotion. Στο R. Plutchik & H. Kellerman (Επιμ.), *Theories of Emotion* (σσ. 3-33). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-558701-3.50007-7>
- Plutchik, R. (2001). The Nature of Emotions. *American Scientist*, 89(1), 344–350. <https://doi.org/10.1511/2001.28.344>
- Pollak, J. M. (1979). Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *Omega: Journal of Death and Dying*, 10(2), 97–121. <https://doi.org/10.2190/4KG5-HBH0-NNME-DM58>
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925–971. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go? *Annual Review of Psychology*, 70(1), 627–650. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50–79 years: long-term effects of placebo-controlled

- online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997–1005. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.899978>
- Putrik, P., Van Amelsvoort, L., De Vries, N. K., Mujakovic, S., Kunst, A. E., Van Oers, H., Jansen, M., & Kant, I. (2015). Neighborhood Environment Is Associated with Overweight and Obesity, Particularly in Older Residents: Results from Cross-Sectional Study in Dutch Municipality. *Journal of Urban Health*, 92(6), 1038–1051. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9991-y>
- Quan, P., Huang, D., Yu, Y., & Liu, R. (2016, March 1). *Mediation Role of Hope between Self-efficacy and Subjective Well-being*. PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851756/>
- Raleigh, E. H., & Boehm, S. (1994). Development of the multidimensional hope scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2(2), 155–167. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.2.2.155>
- Redlich-Amirav, D., Ansell, L. J., Harrison, M., Norrena, K. L., & Armijo-Olivo, S. (2018). Psychometric properties of Hope Scales: A systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 72(7), e13213, 1-23. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13213>
- Robinson, P. J., & Wood, K. (1984). Fear of death and physical illness: A personal construct approach. Στο F. R. Epting & R. A. Neimeyer (Επιμ.), *Personal meanings of death: Applications of personal construct theory to clinical practice* (σσ. 127–142). Hemisphere Publishing Corp.
- Roberts, M. C., Brown, K. J., Johnson, R. J., & Reinke, J. (2002). Positive psychology for children: Development, prevention, and promotion. Στο C. R. Snyder & S. J. Lopez (Επιμ.), *Handbook of positive psychology* (σσ. 663–675). Oxford University Press.
- Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου: ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. Αθήνα: Gutenberg.
- Ron, P. (2004). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation Among the Elderly: A Comparison Between Men and Women Living in Nursing Homes and in the Community. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2–3), 97–116. https://doi.org/10.1300/J083v43n02_07
- Rosenberg, T. (2013). Critical Synthesis package: Collett-Lester Fear of Death Scale. *MedEdPORTAL*. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.9572
- Roth, G. S., Ingram, D. K., & Joseph, J. A. (2007). Nutritional interventions in aging and age-associated diseases. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1114, 369–371. <https://doi.org/10.1196/annals.1396.048>
- Roy, K., & Mollah, M. S. (2015). Fear of death as related to age, gender and socioeconomic status. *Jagannath University Journal of Psychology*, 5(1), 57–63.
- Rueda, S., & Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social

- support. *Ageing and Society*, 29(4), 625–647. <https://doi.org/10.1017/s0144686x08008349>
- Rusk, R. D., & Waters, L. (2015). A psycho-social system approach to well-being: Empirically deriving the Five Domains of Positive Functioning. *The Journal of Positive Psychology*, 10(2), 141–152. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.920409>
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Studies*, 31(6), 549–561. <https://doi.org/10.1080/07481180701356936>
- Russell, J. A., & Barrett, L. F. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 805–819. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.5.805>
- Rustøen, T., & Moum, T. (1997). Reliability and validity of the Norwegian version of the Nowotny Hope Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11(1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1997.tb00428.x>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Saeed, F. (2016). Gender Differences, Life Satisfaction, its Correlate and Death Anxiety in Retirement. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 5(2). <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2016.05.00280>
- Saini, P., Patilar, A. B., Kaur, R., Kaur, M., & Kaur, J. (2016). Death Anxiety and Its Associated Factors among Elderly Population of Ludhiana City, Punjab. *Indian Journal of Gerontology*, 30(1), 101-110.
- Saleem, T., Gul, S., & Saleem, S. (2015). Death anxiety scale; translation and validation in patients with cardiovascular disease. *Professional Medicine Journal*, 22(6), 723- 732.
- Sánchez, D. G., López-Leiva, I., Martín-de-las-Heras, S., Rubio, L., & Martín-Martín, J. (2024). Validation of the Collett-Lester fear of death scale in occupational therapy students: psychometric testing and implications for palliative care education. *BMC Palliative Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01386-7>
- Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69, 379–399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>
- Schafer, M. H., & Shippee, T. P. (2009). Age Identity, gender, and Perceptions of decline: Does feeling older lead to pessimistic dispositions about cognitive aging? *the Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(1), 91–96. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp046>
- Schrank, B., Woppmann, A., Sibitz, I., & Lauber, C. (2010). Development and validation of an integrative scale to assess hope. *Health Expectations*, 14(4), 417–428. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00645.x>

- Scioli, A., & Biller, H. B. (2009). *Hope in the age of anxiety: A guide to understanding and strengthening our most important virtue*. Oxford University Press.
- Scioli, A., Ricci, M., Nyugen, T., & Scioli, E. R. (2011). Hope: Its nature and measurement. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(2), 78–97. <https://doi.org/10.1037/a0020903>
- Scioli, A., Scioli-Salter, E. R., Sykes, K., Anderson, C., & Fedele, M. (2015). The positive contributions of hope to maintaining and restoring health: An integrative, mixed-method approach. *The Journal of Positive Psychology*, 11(2), 135–148. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1037858>
- Sebea, D., El-Geneidy, M., AbdElsalam, R. M. M., & Dawood, S. S. (2021). Factors Associated with Death Anxiety among Community Dwelling Older Adults. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 23(1), 1–17. <https://doi.org/10.21608/asalexu.2021.206044>
- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Atria Books.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774–788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Sharma, P., Asthana, H. S., Gambbir, I. S., & Ranjan, J. K. (2019). Death Anxiety among Elderly People: Role of Gender, Spirituality and Mental Health. *Indian Journal of Gerontology*, 33(3), 240-254.
- Sherman, D. W., Norman, R., & McSherry, C. B. (2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *the Journal of the Association of Nurses in AIDS Care/Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 99–112. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.007>
- Shin, G., Kim, M.J. & Choi, Y.S. (2021). Effects of the Elderly on Social Participation Activities and Hope. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education (TURCOMAT)*, 12(4), 346–355. Ανακτήθηκε από: <https://turcomat.org/index.php/turkbilmat/article/view/512>
- Siette, J., Georgiou, A., Brayne, C., & Westbrook, J. I. (2020). Social networks and cognitive function in older adults receiving home- and community-based aged care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104083, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104083>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal/Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 51-55. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>

- Siqueca, F., Yip, O., Mendieta, M. J., Schwenkglens, M., Zeller, A., De Geest, S., Zúñiga, F., Stenz, S., Briel, M., Quinto, C. B., Blozik, E., Deschodt, M., Obas, K., & Dhaini, S. (2022). Factors associated with health-related quality of life among home-dwelling older adults aged 75 or older in Switzerland: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02080-z>
- Siril, H., Fawzi, M. C. S., Todd, J., Somba, M., Kaale, A., Minja, A., Killewo, J., Mugusi, F., & Kaaya, S. (2020). The value of hope: development and validation of a contextual measure of hope among people living with HIV in urban Tanzania a mixed methods exploratory sequential study. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0376-y>
- Slater, C. L. (2003). Generativity versus stagnation: An elaboration of Erikson's adult stage of human development. *Journal of Adult Development*, 10(1), 53–65. <https://doi.org/10.1023/A:1020790820868>
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. Free Press.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA46727157>
- Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1304_01
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Snyder, C. R., Irving, L. M., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health. Στο C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Επιμ.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (σσ. 285–305). Pergamon Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (1996). Hope theory: A member of the positive psychology family. Στο C. R. Snyder & R. E. Ingram (Επιμ.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (σσ. 321-333). John Wiley & Sons.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. Στο C. R. Snyder & S. J. Lopez (Επιμ.), *Handbook of positive psychology* (σσ. 257–276). Oxford University Press.
- Solomon, S. (2015). *The worm at the core: on the role of death in life*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB19269228>
- Spilka, B., Hood, R. W., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach* (3rd ed.). Guilford Press.

- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο.
- Stanojlović, O., Šutulović, N., Hrnčić, D., Mladenović, D., Rašić-Marković, A., Randunović, N., & Vesković, M. (2021). Neural pathways underlying the interplay between emotional experience and behavior, from old theories to modern insight. *Archives of Biological Sciences*, 73(3), 361–370. <https://doi.org/10.2298/abs210510029s>
- Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. D. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age And Ageing*, 41(5), 581–586. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>
- Strachan, E., Schimel, J., Arndt, J., Williams, T., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2007). Terror mismanagement: evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(8), 1137–1151. <https://doi.org/10.1177/0146167207303018>
- Stranges, S., Samaraweera, P. C., Taggart, F., Kandala, N. B., & Stewart-Brown, S. (2014). Major health-related behaviours and mental well-being in the general population: the Health Survey for England. *BMJ open*, 4(9), e005878. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005878>
- Stratton-Lake, P. (2018). Hope. Στο *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.4324/9780415249126-1037-1>
- Stroebe, M., Schüt, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61816-9)
- Su, Z., McDonnell, D., Wen, J., Kozak, M., Abbas, J., Šegalo, S., Li, X., Ahmad, J., Cheshmehzangi, A., Cai, Y., Yang, L., & Xiang, Y. T. (2021). Mental health consequences of COVID-19 media coverage: the need for effective crisis communication practices. *Globalization and Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00654-4>
- Takács, J., & Nyakas, C. (2022). The role of social factors in the successful ageing – Systematic review. *Developments in Health Sciences*, 4(1), 11–20. <https://doi.org/10.1556/2066.2021.00044>
- Tarbi, E., Broden, E. G., Rosa, W. E., Hayden, A., & Morgan, B. (2023). Existential care in daily nursing practice. *the American Journal of Nursing/American Journal of Nursing*, 123(10), 42–48. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000979092.39243.d4>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82(2), 165–177. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>

- Templer, D. I., Lester, D., & Ruff, C. F. (1974). Fear of death and femininity. *Psychological Reports*, 35(1), 530. <https://doi.org/10.2466/pr0.1974.35.1.530>
- TenHouten, W. D. (2017). From Primary Emotions to the Spectrum of Affect: An Evolutionary Neurosociology of the Emotions. Στο A. Ibáñez, L. Sedeño & A. García (Επιμ.), *Neuroscience and Social Science* (σσ. 141-167). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-68421-5_7
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16(6), 507–521. <https://doi.org/10.1080/07481189208252595>
- Tilkeridou, M., Moraitou, D., Pezirkianidis, C. & Stalikas, A. (2021). The relationships between gratitude, forgiveness, hope, and subjective wellbeing during the covid-19 lockdown. *Hellenic Journal of Psychology*, 18 (2021), 112 – 153. <https://doi.org/10.26262/hjp.v18i2.7955>
- Tomer, A., & Eliason, G. (2000). Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety. Στο A. Tomer (Επιμ.), *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications* (σσ. 3–22). Brunner-Routledge.
- Tomer, A., Eliason, G., & Tomer, A. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20(4), 343–365. <https://doi.org/10.1080/07481189608252787>
- Troen, B. R. (2003). The biology of aging. *The Mount Sinai journal of medicine*, New York, 70(1), 3–22.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S54–S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Vacek, K. R., Coyle, L. D., & Vera, E. M. (2010). Stress, Self-Esteem, hope, optimism, and Well-Being in urban, ethnic minority adolescents. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 38(2), 99–111. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2010.tb00118.x>
- Van Jaarsveld, G. M. (2020). The effects of COVID-19 among the elderly population: A case for closing the digital divide. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.577427>
- van Lommel, P., van Wees, R., Meyers, V., & Elfferich, I. (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: A prospective study in the Netherlands. *Lancet*, 358(9298), 2039–2045. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)07100-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)07100-8)
- Venegas, M. E., Alvarado, O. S., & Barriga, O. A. (2011). Validation of Collett-Lester’s Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 19(5), 1171–1180. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000500015>

- Victor, C., Scambler, S., Bowling, A., & 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(6), 357–375. <https://doi.org/10.1017/s0144686x04003332>
- Viney, L. L. (1983). The assessment of psychological states through content analysis of verbal communications. *Psychological Bulletin*, 94(3), 542–563. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.94.3.542>
- Von Blanckenburg, P., Seifart, C., Ramaswamy, A., Berthold, D., & Volberg, C. (2023). Prolonged grief in times of lockdown during the COVID-19 pandemic. *Omega*, 003022282311827. <https://doi.org/10.1177/00302228231182738>
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 17, 117–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x>
- Walsh, R., & Vaughan, F. (1993). On transpersonal definitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 25(2), 199–207.
- Walter, T. (2010). Grief and culture. *Bereavement Care*, 29(2), 5–9. <https://doi.org/10.1080/02682621003707431>
- Wang, L., He, W., Yu, X., Hu, D., Bao, M., Liu, H., Zhou, J., & Hong, J. (2020). Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *Journal of Infection*, 80(6), 639–645. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.019>
- Wang, J., Zhang, L., Wang, S., & Zhang, L. (2023). Living arrangements, health lifestyles, and health outcomes among Chinese oldest-old. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1235768>
- Wass H., & Myers J. E. (1982). Psychosocial aspects of death among the elderly: A review of the literature. *The Personnel and Guidance Journal*, 61(3), 131–137.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Wong, P. T. P. (2008). Meaning management theory and death acceptance. Στο A. Tomer, G. T. Eliason, & P. T. P. Wong (Επιμ.), *Existential and spiritual issues in death attitudes* (σσ. 65–87). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wong, P. (2012). From logotherapy to meaning-centered counseling and therapy. Στο P. T. P. Wong (Επιμ.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (σσ. 619–647). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile - Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. Στο R. A. Neimeyer (Επιμ.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (σσ. 121-148). Taylor & Francis.

- Wroblewski, K. K., & Snyder, C. R. (2005). Hopeful thinking in older adults: back to the future. *Experimental aging research*, 31(2), 217–233. <https://doi.org/10.1080/03610730590915452>
- Wykle, M. L., Whitehouse, P. J., & Morris, D. L. (2004). *Successful aging through the life span: Intergenerational Issues in Health*. Springer Publishing Company.
- Xiang, G., Teng, Z., Li, Q., Chen, H., & Guo, C. (2020). The influence of perceived social support on hope: A longitudinal study of older-aged adolescents in China. *Children and Youth Services Review*, 119, 105616. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105616>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36(3–4), 283–297. <https://doi.org/10.1080/08873260802350006>
- Yanez, N. D., Weiss, N. S., Romand, J. A., & Treggiari, M. M. (2020). COVID-19 mortality risk for older men and women. *BMC public health*, 20(1), 1742. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09826-8>
- Yang, Y., Xu, X., Liu, W., & Pang, W. (2020). Hope and Creative Self-Efficacy as sequential mediators in the relationship between family socioeconomic status and creativity. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00438>
- Yarcheski, A., & Mahon, N. E. (2014). Meta-Analyses of predictors of hope in Adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 38(3), 345–368. <https://doi.org/10.1177/0193945914559545>
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015). Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. Αθήνα: Κριτική.
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803–810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>
- Zana, Á. (2009). Death attitude and changes of death image in the Hungarian society. Examination of generational value-judgment and possibilities of measurement. Is death still a taboo? *Orvosi Hetilap*, 150(25), 1183–1187. <https://doi.org/10.1556/oh.2009.28577>
- Zhang, J., Peng, J., Gao, P., Huang, H., Cao, Y., Zheng, L., & Miao, D. (2019). Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. *BioMed Central Geriatrics*, 19(1), 1-8.
- Zorn, C. R. (1997). Factors contributing to hope among noninstitutionalized elderly. *Applied Nursing Research*, 10(2), 94–100. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(97\)80161-9](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(97)80161-9)
- Zuccala, M., Menzies, R. E., Hunt, C. J., & Abbott, M. J. (2019). A systematic review of the psychometric properties of death anxiety self-report measures. *Death Studies*, 46(2), 257–279. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1699203>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α. Εισαγωγικό σημείωμα και Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Αγαπητοί κι αγαπητές,

η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στις «Επιστήμες της Αγωγής» και συγκεκριμένα της ειδίκευσης «Εφαρμοσμένη Συμβουλευτική» του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων με στόχο τη διερεύνηση των θετικών - αρνητικών συναισθημάτων, του αισθήματος της ελπίδας και του φόβου του θανάτου σε άτομα Τρίτης Ηλικίας.

Η συμμετοχή σας στο παρόν ερωτηματολόγιο είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και θα ήταν θεμιτό οι απαντήσεις σας να δοθούν με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια και αυθορμητισμό. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις του θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους ακαδημαϊκούς σκοπούς της έρευνας. Τέλος, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και μπορείτε να διακόψετε τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε.

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας,

Βασιλική Τσιαγκαβέλη

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Π.Τ.Δ.Ε. Ιωαννίνων

Παρακάτω ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα:

Διαβάστε και απαντήστε αρχικά στις ακόλουθες ερωτήσεις, που αναφέρονται σε προσωπικά στοιχεία σημειώνοντας ένα ✓ στο που σας αφορά.

1. Φύλο: Άντρας

Γυναίκα

2. Ηλικία: 60 – 65 ετών

66 – 74 ετών

75 – 84 ετών

85 και άνω

3. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η

Άγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

4. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι Αν ναι, πόσα; 1 – 2 3 – 4 5 ή περισσότερα

5. Επίπεδο εκπαίδευσης: Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Πανεπιστήμιο

Δεν έχω πάει σχολείο

Άλλο:.....

6. Τόπος διαμονής: Εντός Ιωαννίνων (Στην πόλη)

Εκτός Ιωαννίνων (Σε χωριό)

Άλλο:.....

7. Εργασιακά: Συνταξιούχος/α

Εργαζόμενος/η

Άλλο:.....

8. Μένετε: Μόνος/η

Με σύζυγο

Με ευρύτερη οικογένεια

Σε οίκο ευγηρίας

Αν σημειώσατε το τελευταίο, πόσο καιρό μένετε εκεί: 0-6 μήνες 7 μήνες - 1 χρόνο
2-3 4 ή περισσότερα

9. Επισκέπτεστε κάποιο Κ.Α.Π.Η.;

Ναι Αν ναι, πόσες φορές την εβδομάδα: 1 – 2 3 – 4 5 – 6 7

Όχι

10. Θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας: Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

B. Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της Ελπίδας

Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας

Οδηγίες: παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση προσεκτικά. Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα, παρακαλώ επιλέξτε το βαθμό που **ΣΑΣ** αντιπροσωπεύει καλύτερα και σημειώστε το στο κενό δίπλα από την κάθε δήλωση

1. =Απόλυτα Λάθος
2. = Κατά βάση Λάθος
- 3.= Μάλλον Λάθος
- 4.= Ελαφρώς Λάθος
5. = Ελαφρώς Σωστό
- 6.= Μάλλον Σωστό
7. = Κατά βάση Σωστό
- 8.= Απόλυτα Σωστό

___1. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους για να βγω από μια δύσκολη θέση

- ___2. Κυνηγάω ενεργητικά τους στόχους μου
- ___3. Τον περισσότερο καιρό νιώθω κουρασμένος
- ___4. Υπάρχουν αρκετές λύσεις σε σχέση με ένα πρόβλημα
- ___5. Εύκολα κατατροπώνομαι σε μια λογομαχία
- ___6. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους να κατακτήσω στη ζωή μου αυτά που είναι σημαντικά για εμένα
- ___7. Ανησυχώ για την υγεία μου
- ___8. Ακόμα κι όταν οι άλλοι αποθαρρύνονται, ξέρω ότι μπορώ να βρω ένα τρόπο να λύσω το πρόβλημα
- ___9. Οι εμπειρίες του παρελθόντος μου με προετοίμασαν ικανοποιητικά για το μέλλον
- ___10. Πέτυχα πολλά στη ζωή μου
- ___11. Συνήθως όλο και για κάτι ανησυχώ
- ___12. Επιτυγχάνω τους στόχους που έχω θέσει για τον εαυτό μου

Γ. Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (PANAS)

Προσαρμογή Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος

(Positive and Negative Affect Scales, PANAS)

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

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

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

Δ. Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του φόβου του θανάτου

ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΦΟΒΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ/COLLETT-LESTER FEAR OF DEATH SCALE

Πόσο ενοχλημένοι ή ανήσυχοι είστε από τις ακόλουθες εκδοχές του θανάτου και της θνησιμότητας; Διαβάστε κάθε στοιχείο και απαντήστε το γρήγορα. Μη σπαταλάτε τόσο πολύ χρόνο στο να σκεφτείτε για την απάντησή σας. Επιθυμούμε την πρώτη σας εντύπωση για το πώς σκέφτεστε εδώ και τώρα. Κυκλώστε το νούμερο που αντιπροσωπεύει καλύτερα το συναίσθημά σας.

Ο δικός σου θάνατος

1. Η ολοκληρωτική απομόνωση του θανάτου.	5	4	3	2	1
2. Η συντομία της ζωής.	5	4	3	2	1
3. Όλα αυτά που θα χάσεις αφότου πεθάνεις.	5	4	3	2	1
4. Πεθαίνοντας νέος.	5	4	3	2	1
5. Τι αίσθηση θα είχες όντας νεκρός.	5	4	3	2	1
6. Ποτέ να μη σκεφτείς ή να βιώσεις οτιδήποτε ξανά.	5	4	3	2	1
7. Η αποσύνθεση του σώματός σου αφότου πεθάνεις.	5	4	3	2	1

Ετοιμοθάνατος

1. Η φυσική φθορά κατά τη διάρκεια ενός αργού θανάτου.	5	4	3	2	1
2. Ο πόνος που συμπεριλαμβάνεται κατά τη διάρκεια του θανάτου.	5	4	3	2	1
3. Η φθορά του μυαλού λόγω των γηρατειών.	5	4	3	2	1
4. Οι ικανότητές σου θα περιοριστούν, καθώς θα πεθαίνεις.	5	4	3	2	1
5. Η αβεβαιότητα για το πόσο γενναία θα αντιμετώπισεις τη διαδικασία του θανάτου.	5	4	3	2	1
6. Η έλλειψη ελέγχου λόγω της διαδικασίας του θανάτου.	5	4	3	2	1

7. Η πιθανότητα θανάτου σε ένα νοσοκομείο,
μακριά από φίλους και οικογένεια. 5 4 3 2 1

Ο θάνατος των άλλων

1. Η απώλεια κάποιου κοντινού σου
προσώπου. 5 4 3 2 1

2. Το να πρέπει να δεις το νεκρό σώμα τους. 5 4 3 2 1

3. Το να μην είσαι ποτέ σε θέση να
επικοινωνήσεις
μαζί τους ξανά. 5 4 3 2 1

4. Μετάνοια για το ότι δεν ήσουν καλύτερος
απέναντί τους, όταν ήταν ζωντανοί. 5 4 3 2 1

5. Το να γερνάς μόνος χωρίς αυτούς. 5 4 3 2 1

6. Το να αισθάνεσαι ένοχος που είσαι
ανακουφισμένος
επειδή είναι νεκροί. 5 4 3 2 1

7. Το να αισθάνεσαι μοναχικά χωρίς αυτούς. 5 4 3 2 1

Ετοιμοθάνατοι

1. Το να πρέπει να είσαι μαζί με κάποιον,
ο οποίος πεθαίνει.(είναι να πεθ.) 5 4 3 2 1

2. Το να θέλουν να μιλήσουν για το θάνατο
μαζί σου. 5 4 3 2 1

3. Παρακολουθώντας τους να υποφέρουν
από πόνο. 5 4 3 2 1

4. Βλέποντας τη φυσική φθορά
του σώματός τους. 5 4 3 2 1

5. Μη γνωρίζοντας πώς να διαχειριστείς τη
θλίψη σου κατά τη διάρκεια απώλειας αυτών,
ενώ είσαι μαζί τους. 5 4 3 2 1

6. Παρακολουθώντας τη φθορά των νοητικών
τους ικανοτήτων. 5 4 3 2 1

7. Η υπενθύμιση πως πρόκειται, επίσης, να
ζήσεις αυτή την εμπειρία μια μέρα. 5 4 3 2 1

