



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Διερεύνηση της σχέσης των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων με την Ευδόκιμη Γήρανση και την αυτοφροντίδα τους

Αγνή Νάκου

Νοσηλεύτρια

MSc Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Διερεύνηση της σχέσης των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων με την Ευδόκιμη Γήρανση και την αυτοφροντίδα τους

Αγνή Νάκου

Νοσηλεύτρια

MSc Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων, θέσεων ή συμπερασμάτων της συγγραφέα. Τη σελίδα αυτή παραλαμβάνει ο/η υποψήφιος/α από τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής μετά την κρίση της διατριβής και την παραλαβή του πρακτικού της επταμελούς επιτροπής.

Αφιερώνω

στον αγαπημένο μου Διαμαντή,

στα παιδιά μου, στα αδέρφια μου, στους γονείς μου

και στους Γιάννη και Φανή που με αγκάλιασαν σαν δικό τους παιδί.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή διερευνά τη σχέση των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας με την ευδόκιμη γήρανση και την αυτοφροντίδα τους, υιοθετώντας μια ολιστική, συνθετική και βαθιά ανθρωποκεντρική προσέγγιση της ανθρώπινης εμπειρίας.

Η γήρανση δεν αντιμετωπίζεται ως ένα απλό βιολογικό γεγονός ούτε ως μια γραμμική πορεία προς τη φθορά, αλλά ως μια σύνθετη, πολυεπίπεδη εμπειρία, η οποία εκτυλίσσεται στο σημείο συνάντησης του σώματος, της ψυχής και του κοινωνικού κόσμου. Αντί να σηματοδοτεί το τέλος μιας διαδρομής, αναδεικνύεται ως μια διαδικασία μετασχηματισμού, μέσα από την οποία το άτομο καλείται να επαναπροσδιορίσει τη θέση του στον χρόνο, στο σώμα του και στις σχέσεις του .

Το θεωρητικό υπόβαθρο της διατριβής στηρίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η υγεία και η ασθένεια αποτελούν το αποτέλεσμα συνεχών αλληλεπιδράσεων μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η υγεία, υπό αυτή την οπτική, δεν περιορίζεται στην απουσία νόσου, αλλά αφορά τη δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί συνοχή, λειτουργικότητα, νόημα και σχέση.

Στη βιολογική διάσταση, η γήρανση προσεγγίζεται ως μια πολυπαραγοντική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει προοδευτικές αλλαγές στα οργανικά συστήματα, αλλά και σημαντική ετερογένεια μεταξύ των ατόμων. Η έμφαση μετατοπίζεται από την παθητική αποδοχή της φθοράς σε μια δυναμική κατανόηση της γήρανσης ως πεδίου αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων.

Στην ψυχολογική διάσταση, η γήρανση αναδεικνύεται ως διαδικασία αναδιοργάνωσης και νοηματοδότησης. Παρά τις απώλειες σε ορισμένες γνωστικές λειτουργίες, άλλες, όπως η εμπειρική γνώση και η σοφία, διατηρούνται ή και ενισχύονται. Το άτομο δεν αντιμετωπίζει

παθητικά τις αλλαγές, αλλά επιλέγει, προσαρμόζεται και ανασυγκροτεί τις προτεραιότητές του. Η ταυτότητα επαναδιαπραγματεύεται μέσα από τη μνήμη και την αφήγηση, ενώ η συναισθηματική ρύθμιση συχνά βελτιώνεται, ενισχύοντας την ψυχική ανθεκτικότητα.

Η κοινωνική διάσταση της γήρανσης υπογραμμίζει τη σημασία των σχέσεων, της κοινωνικής συμμετοχής και της υποστήριξης. Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση αναδεικνύονται ως κρίσιμοι παράγοντες κινδύνου, ενώ η παρουσία ουσιαστικών σχέσεων λειτουργεί προστατευτικά, ενισχύοντας την ποιότητα ζωής. Ο άνθρωπος δεν γερνά μόνος, αλλά μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων που καθορίζουν την εμπειρία του.

Στο πλαίσιο αυτό, εισάγεται η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης, η οποία διαφοροποιείται από την έννοια της «επιτυχημένης γήρανσης». Η ευδόκιμη γήρανση δεν βασίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια επίδοσης, αλλά στη βιωμένη εμπειρία του ανθρώπου. Ορίζεται ως η δυναμική διαδικασία κατά την οποία το άτομο διατηρεί ή αναπτύσσει νόημα, σχέση και ισορροπία, ακόμη και μέσα σε συνθήκες περιορισμών.

Η έννοια αυτή περιλαμβάνει πολλαπλές διαστάσεις: σωματική, ψυχολογική, κοινωνική, πνευματική και οικονομική. Η υποκειμενική εμπειρία αποκτά κεντρική θέση, καθώς ο τρόπος με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τη ζωή του καθορίζει και τον τρόπο με τον οποίο βιώνει τη γήρανση.

Σε αυτό το πλαίσιο, η αυτοφροντίδα αναδεικνύεται ως βασικός ρυθμιστικός μηχανισμός. Δεν αποτελεί απλώς ένα σύνολο συμπεριφορών, αλλά μια διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο διατηρεί τη σχέση με τον εαυτό του, το σώμα του και τον κόσμο. Η αυτοφροντίδα λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ των ψυχοκοινωνικών συνθηκών και της υγείας.

Η διατριβή συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση της γήρανσης ως εμπειρίας που δεν εξαντλείται στη φθορά, αλλά εμπεριέχει δυνατότητες ανάπτυξης, σύνδεσης και νοήματος. Η γήρανση δεν αποτελεί απομάκρυνση από τη ζωή, αλλά μια διαφορετική μορφή παρουσίας μέσα σε αυτήν.

Και ίσως, τελικά, το βαθύτερο ερώτημα που αναδύεται μέσα από το έργο αυτό να μην είναι πώς γερνά κανείς, αλλά πώς παραμένει: πώς παραμένει παρών, συνδεδεμένος και ζωντανός μέσα στις μεταβολές του χρόνου.

Λέξεις-κλειδιά: Ευδόκιμη γήρανση; βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο; αυτοφροντίδα; ποιότητα ζωής; μοναξιά; ψυχική ανθεκτικότητα; ανθρωποκεντρική φροντίδα.

This doctoral dissertation investigates the relationship between the biopsychosocial characteristics of older adults, flourishing aging, and self-care, adopting a holistic, integrative, and deeply human-centered perspective.

Aging is not approached as a mere biological event or a linear trajectory toward decline, but as a complex and multidimensional human experience unfolding at the intersection of body, psyche, and social world. Rather than representing a simple endpoint, aging is conceptualized as a transformative process in which individuals are called to renegotiate their position in time, in their bodies, and within their relationships. It is not the loss of life, but a reconfiguration of presence within it.

The theoretical foundation of the study lies in the biopsychosocial model, which emphasizes that health and illness are not isolated phenomena but the outcome of continuous interactions among biological, psychological, and social processes. Within this framework, health is redefined as the individual's capacity to maintain coherence, meaning, relational presence, and functional adaptability over time.

At the biological level, aging is understood as a multifactorial process characterized by progressive changes in physiological systems. Contemporary perspectives such as the “hallmarks of aging” highlight mechanisms including genomic instability, oxidative stress, mitochondrial dysfunction, and cellular senescence. However, the dissertation emphasizes that biological aging is not uniform; it is shaped by the interplay of genetic predispositions, environmental influences, and behavioral patterns. Thus, aging is not simply deterioration—it is a dynamic negotiation between decline and adaptation.

At the psychological level, aging is explored as a process of internal reorganization rather than mere loss. While certain cognitive functions such as processing speed may decline, others—

particularly crystallized intelligence and wisdom—remain stable or even develop further. Theories such as Selective Optimization with Compensation and Socioemotional Selectivity illustrate that older adults actively restructure their priorities, focusing on emotionally meaningful relationships and experiences.

Psychological aging also involves identity reconstruction through narrative processes. Individuals reinterpret their life experiences, integrating loss, continuity, and transformation into a coherent sense of self. Emotional regulation often improves with age, and a tendency toward positivity and meaning-oriented processing emerges. Resources such as humor, resilience, and optimism function as protective mechanisms that sustain psychological well-being.

At the social level, aging is inseparable from relational contexts. Social roles shift, networks change, and experiences such as retirement, bereavement, or reduced mobility reshape everyday life. Loneliness and social isolation emerge as critical risk factors affecting both mental and physical health. Yet, the presence of meaningful relationships and active participation in community life can significantly enhance well-being, reinforcing the fundamentally relational nature of human existence.

Within this multidimensional framework, the dissertation introduces and develops the concept of flourishing aging. Unlike the dominant notion of “successful aging,” which often relies on objective and performance-based criteria, flourishing aging is conceptualized as a lived and dynamic process. It emphasizes meaning, relational continuity, dignity, and adaptation, even in the presence of limitations. Aging is thus not evaluated—it is understood.

Central to this process is self-care, which emerges as a key regulatory mechanism linking psychosocial conditions—such as loneliness—with health outcomes and quality of life. Self-care is not reduced to behavioral practices; it is approached as a relational and existential function through which individuals sustain balance, continuity, and engagement with life.

The empirical component of the dissertation further enriches this framework through three research strands: a systematic review on humanitarian love and its relation to burnout and resilience; a quantitative study examining love, compassion, personality, and burnout among healthcare professionals; and a mixed-methods investigation into symbolic representations of care and love in nursing practice.

A major theoretical contribution of the dissertation is the development of the HALO model (Humanitarian Amor as Learned Occupational Soft Skill). This model reconceptualizes humanitarian love not as an inherent emotional trait, but as a learned, cultivated, and professionally relevant relational capacity. It integrates psychodynamic processes, relational micro-skills, and boundary-setting as a central psychological function.

The model proposes that exposure to human vulnerability activates internal relational processes, leading professionals to a psychological crossroads: defensive withdrawal, over-identification, or integrative relational presence. The latter—sustained presence within care despite vulnerability—constitutes the core of therapeutic and ethical caregiving.

Ultimately, this dissertation reframes aging as an experience of ongoing presence rather than withdrawal. It proposes that the essential question is not how one ages, but how one remains—present, connected, and engaged within the transformations of time.

Keywords: Eudokimi aging; Flourishing aging; biopsychosocial model; self-care; quality of life; loneliness; psychological resilience; person-centered care;

Η παρούσα διδακτορική διατριβή δεν υπήρξε μόνο μια ακαδημαϊκή υποχρέωση ούτε μόνο ένα ερευνητικό έργο. Υπήρξε μια μακρά διαδρομή σκέψης, επιμονής, αμφιβολίας, εσωτερικής δοκιμασίας, αλλά και βαθιάς ευγνωμοσύνης. Κάθε διδακτορικό εγχείρημα μοιάζει, κατά κάποιον τρόπο, με μοναχικό δρόμο· στην αλήθεια του όμως είναι πάντοτε μια πορεία που στηρίζεται σε πρόσωπα. Σε ανθρώπους που με τη γνώση τους, τη στάση τους, τη διαθεσιμότητά τους, την εμπιστοσύνη τους ή ακόμη και με μια φαινομενικά μικρή πράξη παρουσίας, συμβάλλουν ώστε το έργο να αποκτήσει μορφή, συνοχή και αντοχή μέσα στον χρόνο.

Με βαθύ αίσθημα ευγνωμοσύνης, θα ήθελα να ευχαριστήσω πρωτίστως την Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών και Οικογενειών κα Μαίρη Γκούβα και επιβλέπουσα της διδακτορικής διατριβής μου. Η συμβολή της στην επιστημονική και προσωπική μου διαμόρφωση υπήρξε καθοριστική και πολυεπίπεδη. Από τα πρώτα στάδια της ακαδημαϊκής μου διαδρομής έως την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, υπήρξε για μένα σταθερό σημείο αναφοράς, πηγή έμπνευσης, απαιτητικότητας και βαθιάς εμπιστοσύνης. Με δίδαξε ότι η έρευνα δεν είναι μόνο τεχνική επάρκεια ή παραγωγή γνώσης, αλλά στάση ζωής, εσωτερική πειθαρχία και ηθική ευθύνη απέναντι στο αντικείμενο μελέτης και απέναντι στον άνθρωπο. Η καθοδήγησή της, η κριτική της διαύγεια, ο τρόπος με τον οποίο άνοιγε νέους ορίζοντες σκέψης, αλλά και η ανθρώπινη, γενναιόδωρη και βαθιά υποστηρικτική παρουσία της, συνόδευσαν κάθε βήμα αυτού του έργου. Την ευχαριστώ όχι μόνο για όσα μου έμαθε, αλλά και για τον τρόπο με τον οποίο με βοήθησε να ωριμάσω ως επιστήμονας και ως άνθρωπος.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω στον Καθηγητή κ. Στέφανο Μαντζούκα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η συμβολή του υπήρξε εξαιρετικά σημαντική, ιδίως στον τρόπο με τον οποίο με βοήθησε να σκέφτομαι με ερευνητική αυστηρότητα, μεθοδολογική συνέπεια και φιλοσοφικό βάθος. Με τη διεισδυτική επιστημονική του σκέψη, την επιμονή του στα ουσιώδη ερωτήματα και τη συνεχή υπενθύμιση ότι πίσω από κάθε ερευνητική επιλογή οφείλει να υπάρχει τεκμηριωμένο «γιατί», συνέβαλε αποφασιστικά στη συγκρότηση της παρούσας διατριβής. Οι συζητήσεις μας, πάντοτε ουσιαστικές και γόνιμες, με έμαθαν να αναζητώ όχι μόνο την ορθότητα, αλλά και τη νοηματική συνοχή του ερευνητικού λόγου.

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη εκφράζω προς την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Ελένη Δραγκιώτη, η οποία στάθηκε με συνέπεια, μεθοδικότητα και επιστημονική γενναιοδωρία σε όλη τη διάρκεια των διδακτορικών μου σπουδών. Η συμβολή της στη μεθοδολογική συγκρότηση της έρευνας, στη

στατιστική τεκμηρίωση, στην ερμηνεία σύνθετων ευρημάτων και στη διασφάλιση της επιστημονικής αριότητας ήταν εξαιρετικά σημαντική. Με δίδαξε να διαβάζω τα δεδομένα με σοβαρότητα, να υποπτεύομαι τις ευκολίες και να αναζητώ πάντα την ακρίβεια και τη σαφήνεια. Η εμπιστοσύνη της, σε συνδυασμό με την επιστημονική της αυστηρότητα, υπήρξε για μένα πολύτιμο δώρο.

Ευχαριστώ θερμά την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Ελπινίκη Λαΐου του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, η οποία, μέσα από τον ρόλο της ως υπεύθυνη του προγράμματος ERASMUS, συνέβαλε ουσιαστικά στο άνοιγμα της έρευνάς μου σε ένα ευρύτερο διεθνές και διαπολιτισμικό πεδίο. Η προθυμία της, η διαθεσιμότητά της και ο σταθερά υποστηρικτικός τρόπος με τον οποίο ανταποκρινόταν σε κάθε ανάγκη ή ερώτημα, υπήρξαν πολύτιμα σε όλη τη διάρκεια της πορείας μου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Μιχαήλ Κουράκο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για το ειλικρινές ενδιαφέρον, τη διακριτική υποστήριξη και την ουσιαστική συμβολή του στην πορεία της διατριβής. Η συνδρομή του στην εξεύρεση του δείγματος, η ήρεμη ενθάρρυνση και η σταθερή του παρουσία στις πιο απαιτητικές φάσεις της ερευνητικής διαδικασίας λειτούργησαν υποστηρικτικά και ενδυναμωτικά.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω στην Επίκουρο Καθηγήτρια κα Ζωίτσα Κωνσταντή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η αφοσίωσή της στην ανθρώπινη διάσταση της φροντίδας, η συνεχής επιστημονική της εγρήγορση και ο αυθεντικός τρόπος με τον οποίο υπηρετεί τον χώρο της υγείας και της νοσηλευτικής αποτέλεσαν για μένα πηγή έμπνευσης. Οι συζητήσεις μας, η κοινή παρουσία σε επιστημονικές δράσεις, αλλά και οι στιγμές απλότητας και γέλιου, έδωσαν ανάσα, ανθρωπιά και ζεστασιά σε μια απαιτητική ακαδημαϊκή πορεία.

Ευχαριστώ από καρδιάς την Επίκουρο Καθηγήτρια κα Νεκταρία Ζαγοριανάκου του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την εμπιστοσύνη, την ανοιχτοσύνη, τη γενναιοδωρία και την καθαρή ενθάρρυνση που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Η παρουσία της υπήρξε σταθερά ενισχυτική, όχι μόνο σε επιστημονικό επίπεδο, αλλά και σε ανθρώπινο. Σε έναν δρόμο που συχνά απαιτεί αντοχή, η δική της στάση υπήρξε υπενθύμιση ότι η επιστήμη μπορεί να συνυπάρχει με τη χαρά, τη ζωντάνια και τη σχέση.

Παράλληλα, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά το διδακτικό, εργαστηριακό και διοικητικό προσωπικό του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που συνέβαλε, το καθένα με τον δικό του τρόπο, στο να διαμορφωθεί ένα ακαδημαϊκό περιβάλλον μάθησης, στήριξης και εξέλιξης.

Ευχαριστώ τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ευάγγελο Ρίζο και την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Καλλιρόη Καλαντζή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τη συνεργασία, τον επιστημονικό διάλογο και τις ουσιαστικές συζητήσεις που είχαμε σχετικά με την πορεία της διατριβής. Σε στιγμές έντασης και απαιτήσεων, ιδίως κατά τις εξεταστικές περιόδους, η δυνατότητα να μοιραστεί κανείς προβληματισμούς και να δέχεται γόνιμη ανατροφοδότηση δεν είναι καθόλου μικρό πράγμα· αντιθέτως, είναι μέρος της ίδιας της ακαδημαϊκής ωρίμανσης.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την Επίκουρο Καθηγήτρια και Βαρβάρα Κακαϊδή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τη σταθερή, ουσιαστική και απλόχερη παρουσία της. Η υποστήριξή της, τόσο σε πρακτικά όσο και σε ακαδημαϊκά ζητήματα, καθώς και οι ειλικρινείς και στοχαστικές συζητήσεις μας, λειτούργησαν βοηθητικά σε περιόδους που απαιτούσαν καθαρότητα σκέψης και εσωτερική αντοχή.

Ευχαριστώ τη Λέκτορα και Θεοδώρα Μπακάρα-Νίκου και τη Λέκτορα και Μαρία Δανέλλα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, οι οποίες από τα προπτυχιακά ακόμη χρόνια συνέβαλαν στη διαμόρφωση των πρώτων σταθερών επιστημονικών βάσεων. Η μεθοδικότητα, η συνέπεια και η ποιότητα της συνεργασίας μας κατά την εξέλιξη των διδακτορικών μου σπουδών ενίσχυσαν το αίσθημα ότι η ακαδημαϊκή πορεία μπορεί να οικοδομείται πάνω στον αμοιβαίο σεβασμό και την εμπιστοσύνη.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την Ευρυδίκη Παπαγιαννοπούλου, μέλος ΕΔΠ, και την Λευκοθέα Ματσούλη, μέλος ΕΤΕΠ, του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Από τα πρώτα στάδια της φοιτητικής μου ζωής έως και την πορεία του διδακτορικού, υπήρξαν πρόσωπα με αληθινό ενδιαφέρον, διακριτική φροντίδα και γενναιόδωρη διάθεση. Οι συζητήσεις μας, η ενθάρρυνσή τους και η ήσυχη αλλά αληθινή τους παρουσία μου θύμιζαν ότι η ακαδημαϊκή ζωή δεν στηρίζεται μόνο σε επιτεύγματα, αλλά και σε ανθρώπους που ξέρουν να στέκονται με καλοσύνη.

Ξεχωριστή θέση στις ευχαριστίες μου έχει η Κωνσταντίνα Δήμου, μέλος ΕΔΠ του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με την οποία μοιραστήκαμε πολλές επιστημονικές στιγμές, κοινές υποχρεώσεις, συγγραφή, διδασκαλία, αλληλοϋποστήριξη, προβληματισμοί, χαρές και δυσκολίες.

Ευχαριστώ τον Ιωάννη Ζαρίδη, μέλος ΕΤΕΠ του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τον απλό, ανθρώπινο και σταθερό τρόπο με τον οποίο ήταν παρών σε αυτή τη διαδρομή. Υπάρχουν πρόσωπα που δεν χρειάζονται μεγάλες χειρονομίες για να στηρίξουν· αρκεί η

συνέπεια, η ευγένεια και εκείνο το αληθινό ενδιαφέρον που κάνει έναν άνθρωπο να αισθάνεται ότι δεν πορεύεται αόρατος. Για αυτή την αθόρυβη παρουσία, τον ευχαριστώ θερμά.

Ευχαριστώ την Εντεταλμένη Διδάσκουσα Ψυχολογίας κα Αθηνά Πάσχου του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την ουσιαστική και σταθερή συμπόρευση σε πολλαπλά επίπεδα. Η συνεργασία μας στη συνδιδασκαλία, στην επίβλεψη φοιτητών και φοιτητριών, στις κλινικές και στις επιστημονικές δράσεις, καθώς και οι συνεχείς συνομιλίες μας, αποτέλεσαν για μένα σημαντικό στήριγμα. Η παρουσία της είχε εκείνο το σπάνιο μείγμα σοβαρότητας, συνεργατικότητας και ανθρώπινης εγγύτητας που κάνει μια δύσκολη πορεία πιο κατοικήσιμη.

Ευχαριστώ θερμά τη Φανούλα Κροϊδίδη, Προϊσταμένη της Γραμματείας, και την Ελένη Τσιρώνη, Γραμματέα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την άμεση, αποτελεσματική και πάντοτε πρόθυμη διοικητική τους υποστήριξη. Σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου υπήρξαν συνεπείς, ευγενικές και ουσιαστικές στην αντιμετώπιση κάθε διαδικαστικού ζητήματος. Συχνά, η ομαλή πορεία ενός μεγάλου ακαδημαϊκού έργου εξαρτάται και από ανθρώπους που γνωρίζουν να υπηρετούν τον θεσμό με επαγγελματισμό και ανθρωπιά.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στη Φρόσω Γιουνταβά και τη Μαριάννα Γούσια, βιβλιοθηκονόμους του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η συμβολή τους δεν περιορίστηκε μόνο στην αναζήτηση πηγών ή στην τεχνική υποστήριξη. Ο χώρος της βιβλιοθήκης, μέσα από τη δική τους φροντίδα, υπήρξε τόπος ησυχίας, σιέφης, εσωτερικής εργασίας και επαφής με τον πλούτο της γνώσης. Τις ευχαριστώ για τη διαθεσιμότητα, τη γενναιοδωρία και τη σταθερή ποιότητα της παρουσίας τους.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω όλους και όλες τους/τις συμφοιτητές/τριές μου, Υποψήφιος Διδάκτορες και Υποψήφια Διδακτόρισες, με τους οποίους και τις οποίες μοιράστηκα αγωνίες, στοχασμούς, ακαδημαϊκές απαιτήσεις, μικρές νίκες και σιωπηλές δυσκολίες. Το διδακτορικό, όσο προσωπικό κι αν μοιάζει, αποκτά άλλο βάρος όταν υπάρχουν άνθρωποι που γνωρίζουν από μέσα τη διαδρομή και μπορούν να μοιραστούν τον μόχθο της.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την Αγάπη Μπατιρίδου, τη Μαρία Ευσταθίου και την Ελένη Νάκη, με τις οποίες συμπορευτήκαμε σε συνέδρια, σε συγγραφικές και διδακτικές υποχρεώσεις, σε επιστημονικές αναζητήσεις αλλά και σε πολλές καθημερινές στιγμές που έδωσαν σχήμα και ζωντάνια σε αυτή την περίοδο. Η κοινή μας παρουσία σε πανελλαδικά και διεθνή συνέδρια, η συνεργασία στη βαθμολόγηση, στη συγγραφή επιστημονικών κειμένων και στην επίβλεψη φοιτητών και φοιτητριών, υπήρξε για μένα πολύτιμη εμπειρία συναδελφικότητας και κοινής ανάπτυξης.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε τέσσερις ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου σε όλη τη διάρκεια αυτής της διαδρομής, όχι μόνο ως συνάδελφοι αλλά και ως συνοδοιπόροι. Τον Φώτη Τάτση, Οικονομολόγο και πλέον Διδάκτορα της Ιατρικής Σχολής, τον Σπύρο Γεωργάκη, νομικό και υποψήφιο διδάκτορα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, την Ελένη Μπάρτζου, Ψυχολόγο και υποψήφια διδάκτορα, και τον Χρήστο Τσιρώνη, οδοντίατρο και επίσης υποψήφιο διδάκτορα του Τμήματος Νοσηλευτικής, με τους οποίους μοιραζόμαστε την κοινή μας πορεία στο Εργαστήριο Ψυχολογίας και Προσωποκεντρικής Φροντίδας. Η παρουσία τους υπήρξε σταθερή και ουσιαστική· ήταν εκεί, κάθε φορά που τους χρειάστηκα, με γενναιοδωρία, συνέπεια και αληθινό ενδιαφέρον. Μαζί μοιραστήκαμε στιγμές έντασης και δημιουργίας, αλλά και πολύτιμες εμπειρίες σε συνέδρια στο εξωτερικό, που ενίσχυσαν όχι μόνο την επιστημονική μας πορεία αλλά και τον δεσμό μας ως ομάδα. Οι τέσσερις μας συγκροτήσαμε μια ομάδα δυνατή και δεμένη, μια μικρή κοινότητα σκέψης και στήριξης, που ξεπερνούσε τα όρια της τυπικής συνεργασίας. Για όλα αυτά, τους ευχαριστώ βαθιά.

Τέλος, και πάνω απ' όλα, ευχαριστώ τους πιο δικούς μου ανθρώπους: την οικογένειά μου και τους αγαπημένους μου φίλους και συναδέλφους. Καμία μακρά ακαδημαϊκή διαδρομή δεν στηρίζεται μόνο στην ατομική προσπάθεια. Χρειάζεται πρόσωπα που να αντέχουν τις σιωπές σου, την κούρασή σου, τις απουσίες σου, την αμφιβολία σου, και παρ' όλα αυτά να παραμένουν. Να σε κρατούν στο έδαφος όταν εσύ βρῖσκεσαι διαρκώς ανάμεσα σε προθεσμίες, υποχρεώσεις και εσωτερικές απαιτήσεις.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον άνδρα μου Διαμαντή, που υπήρξε συνοδοιπόρος ουσίας σε όλη αυτή τη διαδρομή. Η παρουσία του δεν ήταν απλώς υποστηρικτική· ήταν βαθιά σταθερή, τρυφερή και καθοριστική. Με τρόπο αθόρυβο αλλά απόλυτα αληθινό, στάθηκε δίπλα μου στις απαιτήσεις, στις αγωνίες, στις χαρές και στις πιο κουρασμένες στιγμές αυτού του ταξιδιού. Τον ευχαριστώ για την αγάπη, την αντοχή, τη φροντίδα και τον τρόπο με τον οποίο υπήρξε δίπλα μου όχι μόνο σε αυτή τη διατριβή, αλλά και στη ζωή.

Ευχαριστώ επίσης τα τρία μου παιδιά, τους δύο γιούς μου και τη μία και μοναδική κόρη μου, γιατί ήταν και είναι το πιο βαθύ μου κίνητρο, η πιο τρυφερή υπενθύμιση ότι ο χρόνος, όσο απαιτητικός κι αν είναι, πρέπει πάντα να επιστρέφει εκεί όπου υπάρχει αγάπη. Μέσα από τη δική τους παρουσία, θυμόμουν σε κάθε φάση αυτού του έργου ότι η γνώση έχει αξία όταν δεν απομακρύνει τον άνθρωπο από τη ζωή, αλλά τον επιστρέφει σε αυτήν πιο αληθινό.

Τέλος, ευχαριστώ τους γονείς μου και τ' αδέρφια μου, γιατί υπήρξαν και παραμένουν το έδαφος πάνω στο οποίο πατώ. Είναι ο πρώτος τόπος του ανήκειν, της μνήμης, της καταγωγής και της δύναμης. Σε

αυτούς οφείλω βαθιά ευγνωμοσύνη, γιατί πριν από κάθε τίτλο, πριν από κάθε επίτευγμα, υπήρξε η δική τους παρουσία που με δίδαξε τι σημαίνει να συνεχίζεις.

Αν η παρούσα διατριβή έφτασε στην ολοκλήρωσή της, αυτό δεν οφείλεται μόνο στην ατομική εργασία, αλλά και στο ότι, σε όλη αυτή την πορεία, υπήρξαν άνθρωποι που έμειναν. Και ίσως τελικά αυτό να είναι το πιο αληθινό νόημα κάθε μεγάλου έργου: όχι μόνο ό,τι κατορθώθηκε, αλλά και οι σχέσεις μέσα στις οποίες αυτό κατέστη δυνατό.

Περιεχόμενα

Περίληψη	7
Abstract.....	10
Ευχαριστίες.....	13
Πρόλογος.....	22
Γενικό μέρος	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
Η Γήρανση ως Πολυδιάστατη Εμπειρία.....	1
Θεωρητική Συγκρότηση της Ευδόκιμης Γήρανσης.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	17
Το Βιοψυχοκοινωνικό Παράδειγμα ως Θεμέλιο της Ευδόκιμης Γήρανσης.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	32
Ο Ύπνος ως Καθρέφτης της Σχέσης με τον Εαυτό.....	32
Μια Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση στη Γήρανση.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	47
Η Μοναξιά ως Τραύμα της Σχέσης και του Παρελθόντος στην Τρίτη Ηλικία.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	68
Το Χιούμορ ως Πράξη Ψυχικής Επεξεργασίας και Σχεσιακής Φροντίδας στην Τρίτη Ηλικία.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	94
Προς ένα Ενοποιημένο Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο της Ευδόκιμης Γήρανσης: Από τη Ρύθμιση στην Παραμονή στη Σχέση	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	117
Διερεύνηση της σχέσης των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων με την Ευδόκιμη Γήρανση και την αυτοφροντίδα τους: Σχεδιασμός του Ερευνητικού Έργου	117
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	124
1η Ερευνητική ενότητα	124
Μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και μοναχική διαβίωση	124
Συστηματική ανασκόπηση, μετα-ανάλυση και μετα-παλινδρόμηση των κινδύνων θνησιμότητας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας	124
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	172
Διερεύνηση της σχέσης των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων με την Ευδόκιμη Γήρανση και την αυτοφροντίδα τους	172
Μεταβλητές ύπνου και ονείρων	185
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	188
1η Ερευνητική Ενότητα	188
Διερεύνηση της Ποιότητας του Ύπνου, του Ημερήσιου Ύπνου και της Ανάκλησης των Ονείρων σε Ανθρώπους Μεγαλύτερης Ηλικίας	188
10.2.1 Σχεδιασμός της μελέτης και συμμετέχοντες	192
10.2.2 Εργαλεία μέτρησης	192
10.2.3 Διαδικασία	194
10.2.4 Στατιστική ανάλυση	194
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	205
2η Ερευνητική Ενότητα	205

Διερεύνηση της αυτοφροντίδας ως συμπεριφορική οδός που συνδέει τη μοναξιά με την ποιότητα ζωής σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας	205
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12	225
Σχεσιακή Αυτοφροντίδα στα Ύστερα Χρόνια:	225
Ένα Ρυθμιστικό Μοντέλο που Συνδέει τη Μοναξιά με την Υγεία	225
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13	245
Γενικά και Θεωρητικά Συμπεράσματα	245
Η ευδόκιμη γήρανση ως δυναμική διαδικασία σχέσης και αυτοφροντίδας.....	245
Βιβλιογραφία	249
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	249
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	287
Αποφθέγματα.....	288

*«It is not that we have a short time to live, but that we waste a lot of it»
Seneca»*

Η γήρανση δεν αποτελεί ένα απλό βιολογικό γεγονός ούτε μια γραμμική πορεία προς τη φθορά, αλλά μια σύνθετη, πολυεπίπεδη ανθρώπινη εμπειρία, η οποία εκτυλίσσεται στο σημείο συνάντησης του σώματος, της ψυχής και του κοινωνικού κόσμου. Αν και συχνά περιγράφεται μέσα από όρους απώλειας και έκπτωσης, η γήρανση μπορεί να ιδωθεί ως μια δυναμική διαδικασία μετασχηματισμού, κατά την οποία το άτομο καλείται να επαναπροσδιορίσει τη θέση του στον χρόνο, στο σώμα του και στις σχέσεις του. Δεν πρόκειται απλώς για το τέλος μιας πορείας, αλλά για μια ιδιαίτερη μορφή συνέχειας, όπου το νόημα δεν χάνεται, αλλά μετασχηματίζεται.

Η κατανόηση της γήρανσης απαιτεί, επομένως, μια ολιστική προσέγγιση. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναδεικνύει ότι η υγεία και η ασθένεια δεν είναι ανεξάρτητες καταστάσεις, αλλά το αποτέλεσμα συνεχών αλληλεπιδράσεων μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στην τρίτη ηλικία, οι σωματικές αλλαγές συνδέονται στενά με την ψυχική εμπειρία, ενώ οι κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν καθοριστικά τόσο τη λειτουργικότητα όσο και την ποιότητα ζωής. Η υγεία, υπό αυτή την έννοια, δεν μπορεί να περιοριστεί σε ιατρικούς δείκτες, αλλά αφορά τη συνολική δυνατότητα του ανθρώπου να ζει με συνοχή, νόημα και σχέση.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχειρεί μια συνθετική προσέγγιση της γήρανσης, αναδεικνύοντας τις βασικές διαστάσεις που συγκροτούν την εμπειρία της. Αρχικά, εξετάζονται οι βιολογικές μεταβολές που συνοδεύουν τη γήρανση, καθώς και οι επιπτώσεις τους στη λειτουργικότητα και τη γενική υγεία του ατόμου. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή ζωή, όπως η σωματική κατάσταση, η

κινητικότητα, αλλά και οι αλλαγές που επηρεάζουν βασικές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένων του ύπνου και της ανάπαυσης, οι οποίες αποτελούν κρίσιμους δείκτες ευεξίας στη μεγαλύτερη ηλικία.

Παράλληλα, αναπτύσσονται οι ψυχολογικές διαστάσεις της γήρανσης, εστιάζοντας στην ψυχική υγεία, τη συναισθηματική κατάσταση και την εσωτερική επεξεργασία της εμπειρίας του χρόνου. Ζητήματα όπως η μοναξιά, η απώλεια, η ανθεκτικότητα και οι τρόποι με τους οποίους το άτομο διατηρεί ή ανασυγκροτεί το νόημα της ζωής του αναδεικνύονται ως κεντρικά. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται σε θετικούς ψυχολογικούς πόρους, όπως το χιούμορ, η αισιοδοξία και η ικανότητα προσαρμογής, οι οποίοι λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες και ενισχύουν την ποιότητα ζωής.

Σημαντική θέση κατέχουν επίσης οι κοινωνικές διαστάσεις της γήρανσης. Οι κοινωνικές σχέσεις, η υποστήριξη από το οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον, καθώς και η συμμετοχή στην κοινότητα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ευημερία του ατόμου. Η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά δεν επηρεάζουν μόνο την ψυχική κατάσταση, αλλά συνδέονται και με τη σωματική υγεία, αναδεικνύοντας την αλληλεξάρτηση των διαστάσεων της ανθρώπινης ύπαρξης. Έτσι, η γήρανση δεν βιώνεται μόνο ατομικά, αλλά και μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων που μπορεί είτε να στηρίξει είτε να αποδυναμώσει το άτομο.

Στο επίκεντρο όλων των παραπάνω αναδύεται η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης, η οποία εξετάζεται ως μια δυναμική και πολυπαραγοντική διαδικασία. Η ευδόκιμη γήρανση δεν ταυτίζεται με την απουσία προβλημάτων, αλλά με τη δυνατότητα διατήρησης λειτουργικότητας, αυτονομίας και νοήματος, ακόμη και μέσα σε συνθήκες περιορισμών. Η έννοια αυτή συνδέεται με την ποιότητα ζωής, τη σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και με τη διατήρηση ενεργού ρόλου στην κοινωνία.

Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις συμπεριφορές υγείας και στις πρακτικές που μπορούν να ενισχύσουν την ευεξία στην τρίτη ηλικία. Η διατροφή, η σωματική

δραστηριότητα, η πρόληψη και η χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς και η φροντίδα της στοματικής υγιεινής και άλλων καθημερινών συνηθειών, εξετάζονται ως κρίσιμοι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική κατάσταση του ατόμου. Οι επιλογές αυτές δεν αποτελούν απλώς ατομικές πρακτικές, αλλά εντάσσονται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο τρόπου ζωής και πολιτισμικών συνθηκών.

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται και στη διάσταση της πνευματικότητας και της αναζήτησης νοήματος, η οποία αποκτά αυξανόμενη σημασία στη μεγαλύτερη ηλικία. Η ανάγκη για κατανόηση της ζωής, για συμφιλίωση με την απώλεια και για ένταξη της εμπειρίας σε ένα ευρύτερο νοηματικό πλαίσιο αποτελεί βασικό στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης και συνδέεται άμεσα με την ψυχική ευεξία.

Η νοσηλευτική και ευρύτερα η επιστήμη της φροντίδας διατρέχουν οριζόντια όλες τις παραπάνω διαστάσεις. Η φροντίδα δεν περιορίζεται στη διαχείριση της νόσου, αλλά επεκτείνεται στην υποστήριξη του ανθρώπου ως ολότητας. Η παρουσία του επαγγελματία υγείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς καλείται να αναγνωρίσει τη μοναδικότητα του κάθε ατόμου, να σεβαστεί την ιστορία του και να στηρίξει την αξιοπρέπειά του. Η φροντίδα, έτσι, μετασχηματίζεται από τεχνική πράξη σε σχέση και από διαδικασία σε εμπειρία.

Σε ένα βαθύτερο επίπεδο, η γήρανση μπορεί να ιδωθεί ως μια εσωτερική εργασία, κατά την οποία το άτομο επεξεργάζεται την απώλεια, ανασυγκροτεί την ταυτότητά του και επαναπροσδιορίζει το νόημα της ζωής του. Η διαδικασία αυτή, αν και συχνά συνοδεύεται από δυσκολίες, μπορεί να οδηγήσει σε μια μορφή ωριμότητας που δεν σχετίζεται με την απουσία περιορισμών, αλλά με την ικανότητα να ζει κανείς με αυτούς.

Η παρούσα διατριβή φιλοδοξεί να συμβάλει σε μια τέτοια κατανόηση της γήρανσης: όχι ως προβλήματος προς επίλυση, αλλά ως εμπειρίας προς κατανόηση. Μέσα από τη σύνθεση επιστημονικών δεδομένων και θεωρητικών προσεγγίσεων, επιχειρεί να αναδείξει τη γήρανση ως μια περίοδο της ζωής που, παρά τις προκλήσεις της, μπορεί να περιέχει δυνατότητες

ανάπτυξης, σύνδεσης και νοήματος. Διότι, τελικά, η γήρανση δεν είναι απλώς η απομάκρυνση από τη ζωή, αλλά μια διαφορετική μορφή παρουσίας μέσα σε αυτήν. Και όσο η σχέση — με τον εαυτό, με τον άλλον, με τον κόσμο — παραμένει ζωντανή, η ζωή δεν χάνεται· μετασχηματίζεται.

Ίσως, λοιπόν, η ουσιαστική πρόκληση της γήρανσης να μην είναι η αποφυγή της φθοράς, αλλά η μεταμόρφωση της σχέσης μας με αυτήν. Να μάθουμε να διαβάζουμε το σώμα όχι μόνο ως πεδίο περιορισμών, αλλά ως φορέα μνήμης· να ακούμε την ψυχή όχι μόνο μέσα από την έλλειψη, αλλά μέσα από τη σιωπηλή της επιμονή· να αναγνωρίζουμε στον άλλον όχι έναν καθρέφτη απώλειας, αλλά έναν τόπο συνάντησης. Σε αυτή τη μετατόπιση, η γνώση δεν αρκεί να είναι πληροφορία· καλείται να γίνει κατανόηση, και η κατανόηση να μετατραπεί σε στάση. Η μελέτη της γήρανσης, επομένως, δεν αποτελεί μόνο επιστημονικό εγχείρημα, αλλά και μορφή φροντίδας. Κάθε έννοια, κάθε δείκτης, κάθε ερευνητικό εύρημα φέρει εντός του μια ανθρώπινη ιστορία. Και όσο περισσότερο η επιστήμη κατορθώνει να παραμένει σε επαφή με αυτή την ιστορία, τόσο περισσότερο πλησιάζει τον άνθρωπο που επιχειρεί να κατανοήσει. Η γνώση, τότε, δεν απομακρύνει· φέρνει πιο κοντά.

Ίσως εκεί να βρίσκεται και η βαθύτερη αξία της παρούσας προσέγγισης: στη δυνατότητα να δούμε τη γήρανση όχι ως αντικείμενο παρατήρησης, αλλά ως εμπειρία που μας αφορά όλους. Όχι ως κάτι που συμβαίνει «στους άλλους», αλλά ως μια κοινή ανθρώπινη διαδρομή, στην οποία βρισκόμαστε ήδη — άλλοτε συνειδητά, άλλοτε σιωπηλά. Η μελέτη της γήρανσης γίνεται, έτσι, και μια μορφή αυτογνωσίας.

Και καθώς προχωρούμε στα επόμενα κεφάλαια, καλούμαστε να διατηρήσουμε αυτή τη διπλή ματιά: την επιστημονική ακρίβεια και την ανθρώπινη ευαισθησία. Να δούμε πίσω από τους αριθμούς τα πρόσωπα, πίσω από τις μεταβλητές τις σχέσεις, πίσω από τα δεδομένα τις ζωές που τα γεννούν. Διότι μόνο τότε η γνώση αποκτά βάθος, και η φροντίδα αποκτά νόημα.

Αν κάτι μπορεί να συγκρατήσει κάποιος ως αφετηρία για τη συνέχεια, είναι ότι η γήρανση δεν είναι απλώς μια διαδικασία που εξελίσσεται, αλλά μια εμπειρία που βιώνεται — και, κυρίως, μια σχέση που μπορεί να διατηρηθεί. Μια σχέση με τον εαυτό που αλλάζει, με τον άλλον που παραμένει ή χάνεται, με τον κόσμο που συνεχίζει να υπάρχει, ακόμη και όταν μεταμορφώνεται. Και ίσως, τελικά, το πιο ουσιαστικό ερώτημα να μην είναι πώς γερνά κανείς, αλλά πώς παραμένει. Πώς παραμένει παρών, συνδεδεμένος, ζωντανός μέσα στις μεταβολές. Πώς παραμένει μέσα στη φροντίδα — όχι μόνο ως αποδέκτης της, αλλά και ως φορέας της. Με αυτή τη σκέψη, η διδακτορική διατριβή που ακολουθεί δεν είναι απλώς μια παρουσίαση γνώσης, αλλά μια πρόσκληση, στο να δούμε τη γήρανση αλλιώς. Να τη σκεφτούμε βαθύτερα. Και, ίσως, να τη συναντήσουμε με περισσότερη κατανόηση.

Γενικό μέρος

Η Γήρανση ως Πολυδιάστατη Εμπειρία

Θεωρητική Συγκρότηση της Ευδόκιμης Γήρανσης

«Το απόγευμα της ανθρώπινης ζωής πρέπει να έχει τη δική του σημασία και δεν μπορεί να είναι απλώς ένα αξιοθρήνητο παράρημα του πρωινού.»
Carl Jung

Η γήρανση αποτελεί μια καθολική, αναπόφευκτη και ταυτόχρονα βαθιά ετερογενή διαδικασία, η οποία δεν μπορεί να περιοριστεί σε μία απλή βιολογική φθορά. Αντίθετα, συνιστά μια πολυεπίπεδη εμπειρία που εκτυλίσσεται στη διασταύρωση βιολογικών μεταβολών, ψυχολογικών διεργασιών και κοινωνικών αναδιατάξεων. Στο σύγχρονο επιστημονικό και ανθρωπιστικό λόγο, η γήρανση δεν νοείται πλέον ως παθητική παρακμή, αλλά ως δυναμική πορεία προσαρμογής, νοηματοδότησης και – ενίοτε – ωρίμανσης.

Η ανάγκη για μια πιο σύνθετη κατανόηση της γήρανσης καθίσταται ιδιαίτερα επιτακτική στο πλαίσιο της δημογραφικής γήρανσης των πληθυσμών, όπου η αύξηση του προσδόκιμου ζωής δεν συνοδεύεται πάντοτε από αντίστοιχη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Έτσι, η επιστημονική κοινότητα στρέφεται όλο και περισσότερο προς την έννοια της ευδόκιμης (ή επιτυχούς) γήρανσης, επιχειρώντας να ορίσει όχι μόνο το «πόσο ζει» κανείς, αλλά κυρίως το «πώς ζει».

1.1 Βιολογική Διάσταση της Γήρανσης

Σε βιολογικό επίπεδο, η γήρανση αποτελεί μια πολυπαραγοντική και δυναμική διαδικασία, η οποία χαρακτηρίζεται από προοδευτικές μεταβολές στη δομή και λειτουργία των οργανικών συστημάτων. Οι αλλαγές αυτές περιλαμβάνουν τη μείωση της ικανότητας κυτταρικής

αναγέννησης, τη συσσώρευση κυτταρικών βλαβών και τη σταδιακή αποδιοργάνωση των ομοιοστατικών μηχανισμών (Kirkwood, 2005). Καθώς ο οργανισμός γηράσκει, παρατηρείται έκπτωση της λειτουργικότητας κρίσιμων συστημάτων, όπως το καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό και το νευρικό, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη ευαλωτότητα σε ασθένειες και σε μειωμένη προσαρμοστικότητα σε περιβαλλοντικές προκλήσεις.

Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν επιχειρήσει να οργανώσουν την πολυπλοκότητα της γήρανσης μέσω του πλαισίου των «χαρακτηριστικών της γήρανσης» (hallmarks of aging). Σύμφωνα με τους López-Otín και συνεργάτες (2013), η γήρανση δεν είναι ένα ενιαίο φαινόμενο αλλά ένα σύνολο αλληλοσυνδεδεμένων βιολογικών διεργασιών, όπως η γενωμική αστάθεια, η βράχυνση των τελομερών, οι επιγενετικές τροποποιήσεις, η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία και η κυτταρική γήρανση. Η προσέγγιση αυτή έχει εμπλουτιστεί τα τελευταία χρόνια, με την προσθήκη νέων παραγόντων όπως η χρόνια φλεγμονή και η δυσβίωση, υπογραμμίζοντας τον δυναμικό και εξελισσόμενο χαρακτήρα της βιολογικής γήρανσης (López-Otín, Blasco, Partridge, Serrano & Kroemer, 2023).

Ένας από τους κεντρικούς μηχανισμούς της γήρανσης είναι το οξειδωτικό στρες, το οποίο προκύπτει από την ανισορροπία μεταξύ της παραγωγής αντιδραστικών μορφών οξυγόνου (ROS) και της ικανότητας του οργανισμού να τις εξουδετερώνει. Η αυξημένη παραγωγή ROS οδηγεί σε βλάβες σε βασικά κυτταρικά συστατικά, όπως το DNA, τα λιπίδια και οι πρωτεΐνες, επιταχύνοντας έτσι τη διαδικασία της γήρανσης (Maldonado, et al., 2023). Παράλληλα, η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία —η οποία σχετίζεται στενά με το οξειδωτικό στρες— συμβάλλει στη μείωση της ενεργειακής απόδοσης των κυττάρων και στην αύξηση της κυτταρικής φθοράς, αποτελώντας βασικό παράγοντα στην εμφάνιση εκφυλιστικών νοσημάτων (Tenchov, et al., 2023).

Επιπλέον, η κυτταρική γήρανση (cellular senescence) και η εξάντληση των βλαστοκυττάρων περιορίζουν την ικανότητα των ιστών να ανανεώνονται και να επιδιορθώνονται. Η σταδιακή

αυτή απώλεια αναγεννητικής ικανότητας οδηγεί σε λειτουργική έκπτωση των οργάνων και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων παθήσεων. Παράλληλα, οι επιγενετικές αλλαγές — όπως η μεθυλίωση του DNA και οι τροποποιήσεις των ιστονών— μεταβάλλουν την έκφραση των γονιδίων χωρίς να αλλάζουν την αλληλουχία τους, επηρεάζοντας έτσι την πορεία της γήρανσης σε κυτταρικό επίπεδο (Maldonado, et al., 2023).

Ωστόσο, η βιολογική γήρανση δεν αποτελεί μια ομοιόμορφη διαδικασία που εξελίσσεται με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα άτομα. Αντίθετα, χαρακτηρίζεται από σημαντική ετερογένεια, η οποία οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων. Η γενετική προδιάθεση μπορεί να επηρεάσει την ευαισθησία του οργανισμού σε βλάβες, ενώ παράγοντες όπως η διατροφή, η φυσική δραστηριότητα και το στρες μπορούν να επιταχύνουν ή να επιβραδύνουν τη γήρανση (Verhaegen, 2022). Έτσι, η έννοια της «βιολογικής ηλικίας» αναδεικνύεται ως πιο ακριβής δείκτης της κατάστασης του οργανισμού σε σχέση με τη χρονολογική ηλικία.

Η διάκριση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία για τη σύγχρονη επιστημονική σκέψη, καθώς μετατοπίζει την έμφαση από την παθητική αποδοχή της γήρανσης ως αναπόφευκτης φθοράς, σε μια πιο ενεργητική προσέγγιση που αναγνωρίζει τη δυνατότητα παρέμβασης. Στο πλαίσιο αυτό, η γήρανση δεν νοείται πλέον αποκλειστικά ως εκφυλιστική διαδικασία, αλλά ως ένα πεδίο δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών μηχανισμών και περιβαλλοντικών επιρροών.

Με έναν τρόπο σχεδόν παραδόξως ποιητικό, το σώμα δεν «γερνά» απλώς — διαπραγματεύεται με τον χρόνο. Κάθε κύτταρο φέρει τη μνήμη της φθοράς, αλλά και την υπόσχεση της προσαρμογής. Και ίσως εκεί, στη λεπτή ισορροπία μεταξύ φθοράς και ανανέωσης, να βρίσκεται η ουσία της βιολογικής γήρανσης.

1.2 Ψυχολογική Διάσταση της Γήρανσης

Η ψυχολογική διάσταση της γήρανσης αφορά ένα σύνθετο και πολυεπίπεδο φάσμα αλλαγών που σχετίζονται με τη γνωστική λειτουργία, τη συναισθηματική ρύθμιση, την ταυτότητα και τη συνολική εμπειρία του εαυτού στον χρόνο. Αν και η γήρανση συχνά συνδέεται με απώλειες, η σύγχρονη ψυχολογική έρευνα αναδεικνύει ότι πρόκειται εξίσου για μια διαδικασία αναδιοργάνωσης, προσαρμογής και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ανάπτυξης.

Σε γνωστικό επίπεδο, παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των επιμέρους λειτουργιών. Η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, η εργαζόμενη μνήμη και η εκτελεστική λειτουργία συχνά παρουσιάζουν μείωση με την ηλικία (Salthouse, 2019). Ωστόσο, άλλες μορφές νοημοσύνης, όπως η «κρυσταλλωμένη νοημοσύνη» —η γνώση που βασίζεται στην εμπειρία— διατηρούνται ή και ενισχύονται (Park & Reuter-Lorenz, 2009). Η διάκριση αυτή υποδηλώνει ότι η γνωστική γήρανση δεν είναι γραμμική ούτε ομοιογενής, αλλά χαρακτηρίζεται από επιλεκτικές μεταβολές.

Στο ίδιο πνεύμα, η έννοια της σοφίας αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Η σοφία, όπως έχει μελετηθεί στο πλαίσιο της αναπτυξιακής ψυχολογίας, συνδέεται με την ικανότητα κατανόησης της πολυπλοκότητας της ζωής, τη διαχείριση αντιφάσεων και την ενσωμάτωση εμπειριών (Ardelt, 2004). Σε αντίθεση με την ταχύτητα ή την ακρίβεια, η σοφία δεν μειώνεται απαραίτητα με την ηλικία· αντιθέτως, συχνά καλλιεργείται μέσα από την ίδια την πορεία της ζωής.

Η θεωρία της επιλεκτικής βελτιστοποίησης με αντιστάθμιση (Selective Optimization with Compensation – SOC) των Baltes και Baltes (1990) προσφέρει ένα ισχυρό ερμηνευτικό πλαίσιο για την κατανόηση αυτής της δυναμικής. Σύμφωνα με τη θεωρία, τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν παθητικά τις απώλειες, αλλά επιλέγουν συγκεκριμένους στόχους (selection), επενδύουν σε αυτούς (optimization) και αναπτύσσουν στρατηγικές αντιστάθμισης όταν οι ικανότητες μειώνονται (compensation). Έτσι, η γήρανση μετατρέπεται σε μια ενεργητική διαδικασία προσαρμογής, όπου το άτομο επαναπροσδιορίζει τις προτεραιότητές του.

Παράλληλα, η θεωρία της κοινωνικο-συναισθηματικής επιλεκτικότητας (Socioemotional Selectivity Theory) της Carstensen και συνεργατών (1999) αναδεικνύει μια σημαντική μετατόπιση στις κοινωνικές και συναισθηματικές προτεραιότητες των ηλικιωμένων. Καθώς η αντίληψη του χρόνου ως περιορισμένου ενισχύεται, τα άτομα στρέφονται προς σχέσεις και εμπειρίες που έχουν συναισθηματικό νόημα, μειώνοντας την έμφαση σε επιφανειακές ή εργαλειακές αλληλεπιδράσεις. Η επιλογή αυτή δεν αποτελεί ένδειξη απόσυρσης, αλλά μάλλον μια μορφή ψυχολογικής ωρίμανσης και εστίασης στο ουσιαστικό.

Στο πεδίο της συναισθηματικής ρύθμισης, η έρευνα δείχνει ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας συχνά εμφανίζουν καλύτερη διαχείριση των συναισθημάτων τους σε σύγκριση με νεότερους ενήλικες (Gross et al., 1997; Charles & Carstensen, 2010). Το φαινόμενο αυτό έχει περιγραφεί ως «θετική μεροληψία» (positivity effect), όπου τα άτομα τείνουν να εστιάζουν περισσότερο σε θετικά ερεθίσματα και εμπειρίες (Reed & Carstensen, 2012). Η ικανότητα αυτή λειτουργεί προστατευτικά, συμβάλλοντας στην ψυχική ευημερία και στην ανθεκτικότητα.

Η ταυτότητα, επίσης, δεν παραμένει στατική κατά τη γήρανση. Αντίθετα, επαναδιαπραγματεύεται μέσα από τη μνήμη, την αφήγηση και την αναστοχαστική επεξεργασία της ζωής. Η έννοια της «αφηγηματικής ταυτότητας» (McAdams & McLean, 2013) υπογραμμίζει ότι οι άνθρωποι κατασκευάζουν τον εαυτό τους μέσα από ιστορίες που δίνουν νόημα στο παρελθόν και προσανατολισμό στο μέλλον. Στη γήρανση, αυτή η διαδικασία αποκτά ιδιαίτερη ένταση, καθώς το άτομο καλείται να ενσωματώσει εμπειρίες απώλειας, επιτυχίας και μετασχηματισμού.

Επιπλέον, η ψυχολογική γήρανση επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες όπως η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η ψυχική υγεία. Μελέτες δείχνουν ότι η μοναξιά συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και γνωστικής έκπτωσης (Holt-Lunstad et al., 2015). Ωστόσο,

η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων και η ενεργή συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά, ενισχύοντας την ποιότητα ζωής.

Στο πλαίσιο αυτό, η γήρανση δεν μπορεί να ιδωθεί μόνο ως διαδικασία απώλειας, αλλά ως μια περίοδος μετασχηματισμού. Η ψυχολογική ωριμότητα που συχνά τη συνοδεύει δεν είναι αποτέλεσμα απλής συσσώρευσης χρόνου, αλλά μιας βαθύτερης εργασίας πάνω στην εμπειρία. Ίσως, τελικά, η ψυχολογική γήρανση να μην αφορά το «πόσο» αλλά το «πώς». Όχι πόσα χρόνια έχουν περάσει, αλλά πώς αυτά τα χρόνια έχουν γίνει νόημα. Και εκεί, μέσα σε αυτή τη σιωπηλή εργασία του εαυτού, ο χρόνος δεν φθείρει μόνο — διδάσκει.

1.3 Κοινωνική Διάσταση της Γήρανσης

Η γήρανση δεν αποτελεί μια αμιγώς βιολογική ή ψυχολογική διαδικασία, αλλά εκτυλίσσεται πάντοτε εντός ενός δυναμικού κοινωνικού πλαισίου. Οι κοινωνικές συνθήκες, οι πολιτισμικές προσδοκίες και οι διαπροσωπικές σχέσεις διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό την εμπειρία της τρίτης ηλικίας, καθορίζοντας όχι μόνο τις ευκαιρίες συμμετοχής αλλά και το ίδιο το νόημα της ζωής σε προχωρημένη ηλικία.

Καθώς τα άτομα μεταβαίνουν στη φάση της γήρανσης, συχνά βιώνουν σημαντικές αλλαγές στους κοινωνικούς τους ρόλους. Η συνταξιοδότηση, για παράδειγμα, σηματοδοτεί όχι μόνο την αποχώρηση από την εργασία αλλά και μια ευρύτερη αναδιαμόρφωση της ταυτότητας και της καθημερινότητας. Για πολλούς, η εργασία αποτελεί βασικό πυλώνα κοινωνικής ένταξης και αυτοεκτίμησης· η απώλειά της μπορεί να δημιουργήσει ένα αίσθημα κενού ή αποπροσανατολισμού (Wang & Shi, 2014). Παράλληλα, οι αλλαγές στις οικογενειακές δομές —όπως η απομάκρυνση των παιδιών ή η απώλεια συντρόφου— επηρεάζουν βαθιά την κοινωνική ζωή και τη συναισθηματική σταθερότητα του ατόμου.

Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας στη σύγχρονη έρευνα για τη γήρανση είναι η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση. Η μοναξιά, ως υποκειμενική εμπειρία έλλειψης ουσιαστικών σχέσεων, διακρίνεται από την κοινωνική απομόνωση, η οποία αναφέρεται στην αντικειμενική έλλειψη

κοινωνικών επαφών (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Και οι δύο έννοιες έχουν συνδεθεί με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης θνησιμότητας, της κατάθλιψης και της γνωστικής έκπτωσης (Holt-Lunstad et al., 2015). Μάλιστα, η επίδραση της κοινωνικής απομόνωσης στην υγεία έχει συγκριθεί με αυτήν γνωστών παραγόντων κινδύνου, όπως το κάπνισμα ή η παχυσαρκία.

Στον αντίποδα, η κοινωνική υποστήριξη και η ενεργός συμμετοχή στην κοινότητα λειτουργούν ως ισχυροί προστατευτικοί παράγοντες. Η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων —είτε οικογενειακών είτε φιλικών— ενισχύει την ψυχική ανθεκτικότητα, μειώνει το στρες και συμβάλλει στη βελτίωση της συνολικής υγείας (Berkman et al., 2000). Παράλληλα, η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, εθελοντισμό ή ομάδες ενδιαφερόντων προάγει την αίσθηση του ανήκειν και ενισχύει την αυτοεκτίμηση.

Η έννοια της «ενεργούς γήρανσης» (active aging), όπως έχει αναπτυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υπογραμμίζει τη σημασία της διατήρησης της συμμετοχής των ηλικιωμένων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτισμική ζωή (World Health Organization, 2002). Στο πλαίσιο αυτό, η γήρανση δεν αντιμετωπίζεται ως περίοδος παθητικής απόσυρσης, αλλά ως μια φάση που μπορεί να χαρακτηρίζεται από δημιουργικότητα, προσφορά και συνεχή εξέλιξη.

Ταυτόχρονα, οι κοινωνικές ανισότητες επηρεάζουν καθοριστικά την εμπειρία της γήρανσης. Παράγοντες όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας διαμορφώνουν διαφορετικές τροχιές γήρανσης, οδηγώντας σε άνισες ευκαιρίες για ευημερία και ποιότητα ζωής (Marmot, 2015). Η κατανόηση της γήρανσης απαιτεί, επομένως, μια κριτική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τις ευρύτερες κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες.

Επιπλέον, η σύγχρονη ψηφιακή εποχή εισάγει νέες προκλήσεις αλλά και δυνατότητες για τους ηλικιωμένους. Από τη μία πλευρά, το «ψηφιακό χάσμα» μπορεί να εντείνει την απομόνωση όσων δεν έχουν πρόσβαση ή δεξιότητες χρήσης της τεχνολογίας. Από

την άλλη, η ψηφιακή επικοινωνία μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο διατήρησης κοινωνικών δεσμών και ενίσχυσης της συμμετοχής, ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσεων, όπως η πανδημία COVID-19 (Seifert et al., 2020).

Στο βάθος όλων αυτών των διεργασιών βρίσκεται μια θεμελιώδης αλήθεια: η ανθρώπινη ύπαρξη είναι βαθιά σχεσιακή. Το άτομο δεν γεννά σε απομόνωση, αλλά μέσα σε δίκτυα σχέσεων, νοημάτων και αλληλεπιδράσεων. Η ποιότητα αυτών των σχέσεων μπορεί να μετατρέψει τη γήρανση είτε σε εμπειρία αποσύνδεσης είτε σε περίοδο βαθιάς σύνδεσης.

Ίσως, τελικά, η κοινωνική διάσταση της γήρανσης να μας θυμίζει κάτι απλό αλλά ουσιώδες: ότι ο άνθρωπος δεν είναι μόνο το σώμα που φθείρεται ή ο νους που αναστοχάζεται, αλλά και οι δεσμοί που τον κρατούν μέσα στον κόσμο. Και όσο αυτοί οι δεσμοί παραμένουν ζωντανοί, η γήρανση δεν είναι απομάκρυνση — είναι μια άλλη μορφή παρουσίας.

1.4 Ευδόκιμη Γήρανση: Από την Έννοια της Επιτυχίας στη Βίωση του Νοήματος

Η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτενούς θεωρητικής και ερευνητικής διερεύνησης, χωρίς, ωστόσο, να έχει διαμορφωθεί ένας ενιαίος και καθολικά αποδεκτός ορισμός. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η γήρανση έχει συχνά προσεγγιστεί μέσα από την έννοια της «επιτυχημένης γήρανσης» (successful aging), με το κλασικό μοντέλο των Rowe και Kahn (1998) να ορίζει την επιτυχία ως τον συνδυασμό τριών βασικών παραμέτρων: (α) χαμηλή πιθανότητα νόσου και αναπηρίας, (β) υψηλή γνωστική και σωματική λειτουργικότητα και (γ) ενεργό εμπλοκή στη ζωή.

Παρά τη σημαντική του επιρροή, το μοντέλο αυτό έχει δεχθεί κριτική για τον «αντικειμενικό» και ενίοτε αποκλειστικό χαρακτήρα του, καθώς τείνει να παραγνωρίζει τη βιωμένη και υποκειμενική εμπειρία των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας (Bowling, 2007).

Σύγχρονες προσεγγίσεις αναδεικνύουν ότι η γήρανση δεν μπορεί να περιοριστεί σε βιοϊατρικούς δείκτες, αλλά οφείλει να περιλαμβάνει ευρύτερες διαστάσεις, όπως η υποκειμενική ευημερία, το αίσθημα νοήματος ζωής, η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων

και η ικανότητα προσαρμογής στις απώλειες και στις μεταβολές της ζωής (Depp & Jeste, 2006). Υπό αυτό το πρίσμα, η γήρανση δεν αποτελεί μια στατική κατάσταση, αλλά μια διαδικασία — μια δυναμική ισορροπία μεταξύ απωλειών και πόρων.

Η γήρανση αποτελεί ένα καθολικό ανθρώπινο φαινόμενο, το οποίο, ωστόσο, δεν βιώνεται καθολικά. Η εμπειρία της διαφοροποιείται ουσιαστικά ανάλογα με το βιολογικό υπόβαθρο, τις ψυχολογικές διεργασίες, τα κοινωνικά συμφραζόμενα και, κυρίως, το νόημα που το ίδιο το άτομο αποδίδει στη ζωή του καθώς ο χρόνος προχωρά.

Στη διεθνή επιστημονική συζήτηση, έχουν χρησιμοποιηθεί όροι όπως «επιτυχημένη», «υγιής» και «ενεργός» γήρανση. Ωστόσο, οι έννοιες αυτές ενσωματώνουν συχνά μια κανονιστική διάσταση, η οποία συνδέει τη γήρανση με την επίδοση, την αποτελεσματικότητα και την επίτευξη στόχων. Αν και χρήσιμες για τη χάραξη πολιτικών υγείας, οι προσεγγίσεις αυτές ενδέχεται να αποκλείουν ή να στιγματίζουν ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας που δεν πληρούν συγκεκριμένα λειτουργικά ή υγειονομικά κριτήρια.

Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης, η οποία εισάγεται ως εναλλακτικό εννοιολογικό σχήμα στην ελληνική επιστημονική σκέψη (Γκούβα, 2016). Η έννοια αυτή επιχειρεί να αποδεσμεύσει τη γήρανση από την ιδέα της «επιτυχίας» και να την επανατοποθετήσει ως μια διαδικασία που μπορεί να αναπτύσσεται, να ωριμάζει και να αποκτά νόημα.

1.4.1 Η ανάγκη για εννοιολογική μετατόπιση

Η έννοια της επιτυχημένης γήρανσης, όπως διατυπώθηκε από τους Rowe και Kahn (1998), αποτέλεσε σημαντικό θεωρητικό σημείο αναφοράς. Ωστόσο, η μονοδιάστατη έμφαση σε αντικειμενικά κριτήρια έχει οδηγήσει σε μια περιοριστική κατανόηση της γήρανσης.

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός της επιτυχημένης γήρανσης, ενώ οι ίδιοι οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να την αξιολογούν με βάση υποκειμενικά κριτήρια, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η κοινωνική υποστήριξη και η

αίσθηση νοήματος (Ferri, James & Pruchno, 2009). Παράλληλα, η εμπειρία της γήρανσης αναδεικνύεται ως πολυδιάστατη και διαφοροποιημένη, γεγονός που καθιστά ανεπαρκή κάθε προσπάθεια ομογενοποίησής της (Depp & Jeste, 2006).

Καθίσταται, επομένως, αναγκαία μια εννοιολογική μετατόπιση: από μια γήρανση που αξιολογείται σε μια γήρανση που κατανοείται.

1.4.2 Ορισμός και εννοιολογική προσέγγιση της ευδόκιμης γήρανσης

Η ευδόκιμη γήρανση μπορεί να οριστεί ως η δυναμική και βιωμένη διαδικασία κατά την οποία ο άνθρωπος μεγαλύτερης ηλικίας διατηρεί ή αναπτύσσει νόημα, σχέση και ισορροπία στη ζωή του, μέσα από την προσαρμογή στις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβολές του χρόνου.

Η έννοια αυτή διαφοροποιείται ουσιαστικά από την επιτυχημένη γήρανση, καθώς δεν προϋποθέτει την απουσία ασθένειας, δεν περιορίζεται σε αντικειμενικούς δείκτες και αναγνωρίζει την κεντρικότητα της υποκειμενικής εμπειρίας.

Σύμφωνα με το εκπαιδευτικό υλικό του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, η ευδόκιμη γήρανση αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική, λειτουργική και κοινωνική υγεία, ενώ η εμπειρία της συνδέεται με τη διατήρηση μιας βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής συνέχειας στη ζωή του ατόμου (Γκούβα, 2016).

1.4.3 Θεωρητικά θεμέλια της ευδόκιμης γήρανσης

Η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης εδράζεται σε υφιστάμενες θεωρητικές προσεγγίσεις, τις οποίες, ωστόσο, επανασηματοδοτεί.

Η θεωρία της συνέχειας (Atchley, 1972) υποστηρίζει ότι τα άτομα διατηρούν βασικά στοιχεία της ταυτότητας, των αξιών και των σχέσεών τους καθώς γερνούν. Η γήρανση, επομένως, δεν συνιστά ρήξη αλλά συνέχεια.

Παράλληλα, η έννοια της ενεργού γήρανσης (World Health Organization, 2002) εστιάζει στη βελτιστοποίηση των ευκαιριών για υγεία, συμμετοχή και ασφάλεια. Η ευδόκιμη γήρανση ενσωματώνει αυτή τη διάσταση, χωρίς να περιορίζεται σε λειτουργικούς δείκτες.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν και ποιοτικές έρευνες (Rossen, Knafl & Flood, 2008), οι οποίες αναδεικνύουν ότι οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας αντιλαμβάνονται τη γήρανση ως διαδικασία ως αποδοχή των αλλαγών, ως ενεργό εμπλοκή στη ζωή και ως διατήρηση μιας στάσης αξιοπρέπειας και σχέσης με τον άλλον. Οι διαστάσεις αυτές συγκροτούν έναν βαθιά ανθρωποκεντρικό τρόπο κατανόησης της γήρανσης.

1.4.4 Διαστάσεις της ευδόκιμης γήρανσης

Η ευδόκιμη γήρανση συνιστά μια πολυδιάστατη διαδικασία που περιλαμβάνει:

- Σωματική διάσταση: τη διατήρηση της λειτουργικότητας και τη φροντίδα του σώματος ως ισορροπία και όχι ως απόλυτη απουσία νόσου.
- Ψυχολογική διάσταση: την ικανότητα αποδοχής, προσαρμογής και νοηματοδότησης της εμπειρίας.
- Κοινωνική διάσταση: τη διατήρηση σχέσεων, τη συμμετοχή και την αίσθηση του ανήκειν.
- Πνευματική διάσταση: την αναζήτηση νοήματος, τη συμφιλίωση με τον χρόνο και την αίσθηση συνέχειας της ζωής.
- Οικονομική διάσταση: την ύπαρξη υλικών και κοινωνικών πόρων που διασφαλίζουν την αξιοπρέπεια, την αυτονομία και τη δυνατότητα συμμετοχής στη ζωή. Η οικονομική ασφάλεια δεν συνιστά αυτοτελώς δείκτη ευδοκίμησης, αλλά λειτουργεί ως κρίσιμη προϋπόθεση που επιτρέπει ή περιορίζει την ανάπτυξη των υπόλοιπων διαστάσεων (Beard, Officer & Cassels, 2016; Marmot, 2015; World Health Organization, 2015; McLaughlin, Connell, Heeringa, Li & Roberts, 2010).

Η προσέγγιση αυτή συνάδει με την κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης ως βιωμένης εμπειρίας, η οποία διαφοροποιείται ουσιαστικά από άτομο σε άτομο (Γκούβα, 2016).

1.4.5 Ευδόκιμη γήρανση και υποκειμενική εμπειρία

Η υποκειμενική εμπειρία αποτελεί κεντρικό άξονα της ευδόκιμης γήρανσης. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η αυτοαντίληψη της υγείας, η ικανοποίηση από τη ζωή και η κοινωνική υποστήριξη συνδέονται ισχυρά με την αίσθηση «καλής» γήρανσης, ανεξάρτητα από αντικειμενικούς δείκτες υγείας (Ferri, James & Pruchno, 2009).

Η γήρανση, επομένως, δεν αποτελεί μόνο μια βιολογική κατάσταση, αλλά μια ερμηνευτική διαδικασία: ο τρόπος με τον οποίο το άτομο κατανοεί τη ζωή του καθορίζει και τον τρόπο με τον οποίο βιώνει τη γήρανση.

Η εισαγωγή της έννοιας της ευδόκιμης γήρανσης (Γκούβα, 2016) συνιστά μια ουσιαστική θεωρητική συμβολή, καθώς:

- *μετατοπίζει τη συζήτηση από την αξιολόγηση στην κατανόηση,*
- *ενσωματώνει την υποκειμενική εμπειρία στη μελέτη της γήρανσης,*
- *προσφέρει ένα συμπεριληπτικό πλαίσιο για ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας με διαφορετικές συνθήκες ζωής.*

Σε επίπεδο πρακτικής εφαρμογής, η έννοια αυτή μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση παρεμβάσεων που εστιάζουν όχι μόνο στη λειτουργικότητα, αλλά και στο νόημα, τη σχέση και την αξιοπρέπεια.

Η γήρανση δεν είναι ένα αποτέλεσμα που αξιολογείται, αλλά μια πορεία που βιώνεται. Και μέσα σε αυτή την πορεία, κάποιοι δεν πληρούν τα κριτήρια της «επιτυχίας». Δεν είναι αρκετά υγιείς, αρκετά δραστήριοι, αρκετά «αποτελεσματικοί». Κι όμως, παραμένουν σε σχέση, νοηματοδοτούν, αγαπούν και αντέχουν. Και ίσως, τελικά, αυτοί να είναι εκείνοι που δεν απλώς γερνούν, αλλά ευδοκιμούν.

1.5 Προς ένα Ολοκληρωμένο Μοντέλο Ευδόκιμης Γήρανσης

Συνθέτοντας τις επιμέρους διαστάσεις της γήρανσης, καθίσταται σαφές ότι η ανθρώπινη πορεία στον χρόνο δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς μέσα από μονοδιάστατα ή αποκλειστικά

βιοϊατρικά μοντέλα. Αντίθετα, η γήρανση συνιστά μια σύνθετη και πολυεπίπεδη διαδικασία, η οποία διαμορφώνεται από τη διαρκή αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και ευρύτερων περιβαλλοντικών παραγόντων. Η ανάγκη για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση έχει ήδη αναδειχθεί από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (1977), το οποίο υποστηρίζει ότι η υγεία και η ασθένεια δεν μπορούν να εξηγηθούν χωρίς τη συνεκτίμηση πολλαπλών επιπέδων λειτουργίας.

Στο πεδίο της γήρανσης, η προσέγγιση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι αλλαγές που συμβαίνουν δεν είναι μόνο σωματικές, αλλά επεκτείνονται στη γνωστική λειτουργία, στη συναισθηματική ρύθμιση, στις κοινωνικές σχέσεις και στο νόημα της ζωής. Η σύγχρονη έρευνα επιβεβαιώνει ότι η ποιότητα της γήρανσης εξαρτάται από τη δυναμική ισορροπία μεταξύ αυτών των παραγόντων και όχι από έναν μεμονωμένο δείκτη (López-Otín et al., 2023; World Health Organization, 2015).

Η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης εντάσσεται σε αυτό το πλαίσιο ως μια συνθετική και εννοιολογικά διευρυμένη προσέγγιση. Δεν περιορίζεται στη διατήρηση της λειτουργικότητας ή στην αποφυγή της νόσου, αλλά αναφέρεται στη δυνατότητα του ανθρώπου μεγαλύτερης ηλικίας να παραμένει σε σχέση με τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο, παρά τις μεταβολές που επιφέρει ο χρόνος (Γκούβα, 2016).

1.5.1 Ορισμός και δυναμική του μοντέλου

Η ευδόκιμη γήρανση μπορεί, συνεπώς, να οριστεί ως *μια δυναμική, πολυδιάστατη διαδικασία κατά την οποία το άτομο διατηρεί ή αναδιαμορφώνει τη λειτουργικότητα, την ψυχική ισορροπία και τη σχεσιακή του σύνδεση, παρά τις αναπόφευκτες απώλειες που συνοδεύουν το πέρασμα του χρόνου*. Ο ορισμός αυτός υπογραμμίζει τρία κρίσιμα στοιχεία:

- *Τη δυναμικότητα – η γήρανση δεν είναι στατική κατάσταση αλλά συνεχής προσαρμογή.*
- *Την πολυδιάστατη φύση – εμπλέκει πολλαπλά επίπεδα λειτουργίας.*

- Την ενσωμάτωση της απώλειας – δεν αρνείται τη φθορά, αλλά την εντάσσει στη διαδικασία ζωής.

Σε αντίθεση με παραδοσιακές προσεγγίσεις, το προτεινόμενο μοντέλο δεν διαχωρίζει αυστηρά την «επιτυχία» από την «αποτυχία», αλλά προσεγγίζει τη γήρανση ως ένα συνεχές, στο οποίο κάθε άτομο διαμορφώνει τη δική του πορεία (Depp & Jeste, 2006).

1.5.2 Βιοψυχοκοινωνική σύνθεση και δυναμικές αλληλεπιδράσεις

Η ολοκληρωμένη κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης προϋποθέτει τη μελέτη των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων.

- Βιολογικό επίπεδο

Οι βιολογικές αλλαγές που συνοδεύουν τη γήρανση—όπως η κυτταρική φθορά, η μείωση της λειτουργικότητας και η αυξημένη ευαλωτότητα—αποτελούν το υπόστρωμα πάνω στο οποίο αναπτύσσονται οι υπόλοιπες διεργασίες. Ωστόσο, η έννοια της «βιολογικής ηλικίας» δείχνει ότι οι μεταβολές αυτές δεν είναι ομοιόμορφες και επηρεάζονται από παράγοντες όπως η διατροφή, η άσκηση και το περιβάλλον (López-Otín et al., 2013).

- Ψυχολογικό επίπεδο

Η ψυχολογική προσαρμογή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Η ικανότητα αποδοχής, η συναισθηματική ρύθμιση και η νοηματοδότηση της εμπειρίας συνδέονται άμεσα με την ευημερία. Η θεωρία της κοινωνικο-συναισθηματικής επιλεκτικότητας (Carstensen et al., 1999) δείχνει ότι οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας εστιάζουν περισσότερο σε ουσιαστικές σχέσεις και εμπειρίες, γεγονός που ενισχύει την ψυχική ισορροπία.

- Κοινωνικό επίπεδο

Οι κοινωνικές σχέσεις και η συμμετοχή αποτελούν κρίσιμους παράγοντες. Η κοινωνική υποστήριξη έχει συσχετιστεί με μειωμένη θνησιμότητα και καλύτερη ψυχική υγεία (Holt-Lunstad et al., 2015). Αντίθετα, η απομόνωση και η μοναξιά λειτουργούν επιβαρυντικά.

- Οικονομικό και περιβαλλοντικό επίπεδο

Η σύγχρονη βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν καθοριστικά την πορεία της γήρανσης. Η πρόσβαση σε πόρους, υπηρεσίες υγείας και κοινωνική φροντίδα καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής (Marmot, 2015; WHO, 2015).

1.5.3 Η γήρανση ως διαδικασία νοηματοδότησης

Πέρα από τις επιμέρους διαστάσεις, το ολοκληρωμένο μοντέλο της ευδόκιμης γήρανσης δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη νοηματοδότηση της εμπειρίας. Η γήρανση δεν είναι μόνο μια σειρά αλλαγών, αλλά μια διαδικασία ερμηνείας αυτών των αλλαγών.

Η αφηγηματική προσέγγιση της ταυτότητας υποστηρίζει ότι το άτομο συγκροτεί την ταυτότητά του μέσα από ιστορίες που δίνουν συνοχή στη ζωή (McAdams & McLean, 2013).

Στη γήρανση, αυτή η διαδικασία γίνεται πιο έντονη, καθώς το άτομο καλείται να ενσωματώσει απώλειες, μεταβάσεις και εμπειρίες σε ένα συνεκτικό αφήγημα. Έτσι, η ευδόκιμη γήρανση δεν αφορά μόνο το «πώς είναι» η ζωή, αλλά το «πώς νοείται».

Ανθεκτικότητα και προσαρμογή

Κεντρικό στοιχείο της ευδόκιμης γήρανσης αποτελεί η έννοια της ανθεκτικότητας. Η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις δυσκολίες, να επαναπροσδιορίζει στόχους και να διατηρεί νόημα συνιστά βασικό δείκτη ευδόκιμης γήρανσης (Windle, 2011).

Η προσαρμογή δεν σημαίνει απλή αποδοχή, αλλά ενεργητική επεξεργασία της εμπειρίας. Όπως δείχνουν ποιοτικές μελέτες, οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας συχνά αναπτύσσουν στρατηγικές που τους επιτρέπουν να συνεχίζουν να συμμετέχουν στη ζωή, ακόμη και υπό περιορισμούς (Rossen et al., 2008).

1.5.4 Προς ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο γήρανσης

Το προτεινόμενο μοντέλο της ευδόκιμης γήρανσης επιχειρεί να υπερβεί τις διχοτομίες της παραδοσιακής σκέψης (υγεία–ασθένεια, επιτυχία–αποτυχία) και να προσεγγίσει τη γήρανση ως μια ενιαία, πολυδιάστατη και βαθιά ανθρώπινη εμπειρία.

Η συμβολή του έγκειται:

- *στη μετατόπιση από την κανονιστική αξιολόγηση στην κατανόηση,*
- *στην ενσωμάτωση της υποκειμενικής εμπειρίας,*
- *στην αναγνώριση της γήρανσης ως πεδίου ανάπτυξης και όχι μόνο φθοράς.*

Σε πρακτικό επίπεδο, το μοντέλο αυτό μπορεί να καθοδηγήσει παρεμβάσεις που δεν στοχεύουν μόνο στη διατήρηση της λειτουργικότητας, αλλά και στην ενίσχυση της σχέσης, του νοήματος και της αξιοπρέπειας.

Η γήρανση, λοιπόν, δεν αποτελεί απλώς το τέλος μιας πορείας, αλλά μια ιδιαίτερη φάση ύπαρξης, κατά την οποία το άτομο καλείται να επαναπροσδιορίσει τη σχέση του με το σώμα, τον εαυτό και τον Άλλον. Η κατανόηση της γήρανσης ως πολυδιάστατης διαδικασίας επιτρέπει τη μετάβαση από μια παθητική, ελλειμματική θεώρηση προς μια ενεργητική και νοηματοδοτημένη προσέγγιση της ζωής σε μεγαλύτερη ηλικία. Η ευδόκιμη γήρανση δεν συνιστά την απουσία δυσκολιών, αλλά την ικανότητα του ανθρώπου να ζει με αυτές, να τις μεταβολίζει και να τις εντάσσει σε ένα συνεκτικό αφήγημα ζωής. Με αυτή την έννοια, η γήρανση δεν είναι μόνο βιολογικό γεγονός, αλλά υπαρξιακή εμπειρία, αλλά μια αργή τέχνη παραμονής στον κόσμο.

Το Βιοψυχοκοινωνικό Παράδειγμα ως Θεμέλιο της Ευδόκιμης Γήρανσης

«Η γήρανση δεν είναι μόνο φθορά του σώματος, αλλά δοκιμασία της σχέσης του ανθρώπου με τον εαυτό, τον άλλον και το νόημα της ζωής.»
Μαίρη Γκούβα

Η κατανόηση της υγείας στην τρίτη ηλικία δεν μπορεί πλέον να περιορίζεται σε μονοδιάστατες βιοϊατρικές αναγνώσεις, οι οποίες απομονώνουν το σώμα από το νόημα, τη σχέση και την εμπειρία. Αντίθετα, απαιτείται μια ουσιαστική θεωρητική μετατόπιση προς ένα ολιστικό πλαίσιο που αναγνωρίζει την ανθρώπινη ύπαρξη ως πεδίο αλληλεπιδρώντων διαστάσεων.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, όπως διατυπώθηκε από τον Engel (1977), αποτέλεσε ένα κρίσιμο σημείο καμπής σε αυτή τη μετάβαση, αμφισβητώντας τη γραμμική αιτιότητα της νόσου και προτείνοντας ότι η υγεία και η ασθένεια συγκροτούνται μέσα από τη δυναμική συνύφανση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Στο πλαίσιο της γήρανσης, η σημασία του μοντέλου αυτού καθίσταται ακόμη πιο εμφανής. Η τρίτη ηλικία δεν συνιστά απλώς μια βιολογική φάση φθοράς, αλλά μια σύνθετη εμπειρία μετασχηματισμών που διαπερνούν το σώμα, την ψυχική οργάνωση και το κοινωνικό ανήκειν.

Η απώλεια, η προσαρμογή, η μνήμη και η σχέση αναδύονται ως κεντρικοί άξονες, καθιστώντας αναγκαία μια προσέγγιση που δεν ερμηνεύει μόνο τις μεταβολές, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αυτές βιώνονται.

Υπό αυτό το πρίσμα, το βιοψυχοκοινωνικό παράδειγμα δεν λειτουργεί απλώς ως ερμηνευτικό εργαλείο, αλλά ως θεωρητικό θεμέλιο για την κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης,

αναδεικνύοντας τη σημασία της ρύθμισης, της προσαρμοστικότητας και, κυρίως, της παραμονής του ατόμου μέσα σε ζωντανές σχέσεις με τον εαυτό και τους άλλους.

2.1 Το Βιοϊατρικό Μοντέλο και τα Όριά του

Το βιοϊατρικό μοντέλο αποτέλεσε για δεκαετίες τον κυρίαρχο τρόπο κατανόησης της υγείας και της ασθένειας, θεμελιώνοντας την πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης. Στον πυρήνα του, η ασθένεια νοείται ως αποτέλεσμα συγκεκριμένων παθοφυσιολογικών διεργασιών, οι οποίες εντοπίζονται, διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται μέσα από αντικειμενικά μετρήσιμα δεδομένα. Το σώμα αντιμετωπίζεται ως ένα βιολογικό σύστημα, του οποίου η δυσλειτουργία μπορεί να αναλυθεί και να αποκατασταθεί μέσω της επιστημονικής παρέμβασης (Wade & Halligan, 2004).

Η προσέγγιση αυτή, βαθιά επηρεασμένη από τον δυϊσμό του René Descartes, διαχωρίζει το σώμα από τον νου, αποδίδοντας προτεραιότητα στο βιολογικό υπόστρωμα της ασθένειας. Ως αποτέλεσμα, οι ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας είτε υποβαθμίζονται είτε αποκλείονται από την ερμηνευτική διαδικασία. Η υγεία, υπό αυτό το πρίσμα, ορίζεται κυρίως ως απουσία νόσου, ενώ η θεραπεία ταυτίζεται με την αποκατάσταση της βιολογικής λειτουργίας (Engel, 1977).

Παρά την αδιαμφισβήτητη συμβολή του —ιδίως στην αντιμετώπιση οξέων και λοιμωδών νοσημάτων— το βιοϊατρικό μοντέλο εμφανίζει σημαντικούς περιορισμούς όταν καλείται να ερμηνεύσει σύνθετες, χρόνιες και πολυπαραγοντικές καταστάσεις υγείας. Όπως επισημαίνουν οι Wade και Halligan (2004), η αποκλειστική εστίαση στη βιολογία οδηγεί σε μια αποσπασματική κατανόηση του ασθενούς, αγνοώντας το υποκειμενικό βίωμα της ασθένειας, τις συναισθηματικές διεργασίες και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή εκδηλώνεται. Η ανεπάρκεια αυτή καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής στο πεδίο της γήρανσης. Η τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών χρόνιων παθήσεων (multimorbidity), λειτουργικών περιορισμών και αυξημένης ευαλωτότητας, στοιχεία που δεν μπορούν να

κατανοηθούν επαρκώς μέσα από μια μονοδιάστατη βιολογική προσέγγιση (Barnett et al., 2012). Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς δεν βιώνουν απλώς μία νόσο, αλλά ένα πλέγμα αλληλοεπιδρώντων καταστάσεων που επηρεάζουν την καθημερινή τους λειτουργικότητα, την αυτονομία και την ποιότητα ζωής.

Επιπλέον, η εμπειρία της ασθένειας στην τρίτη ηλικία διαμεσολαβείται από ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η αίσθηση απώλειας και η ανάγκη για νόημα, καθώς και από κοινωνικές μεταβλητές, όπως η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινοτικό περιβάλλον (Cacioppo & Cacioppo, 2014). Η παράβλεψη αυτών των διαστάσεων οδηγεί σε περιορισμένες παρεμβάσεις, οι οποίες συχνά αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν στις πραγματικές ανάγκες των ηλικιωμένων.

Παράλληλα, το βιοϊατρικό μοντέλο αδυνατεί να συλλάβει τη δυναμική φύση της υγείας ως διαδικασία προσαρμογής. Στη γήρανση, η υγεία δεν συνίσταται απλώς στην απουσία νόσου, αλλά στην ικανότητα του ατόμου να διατηρεί λειτουργικότητα, νόημα και συμμετοχή στη ζωή, ακόμη και υπό συνθήκες περιορισμών (Huber et al., 2011). Η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης, επομένως, υπερβαίνει το βιολογικό επίπεδο και απαιτεί την ενσωμάτωση ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων.

Επιπροσθέτως, η προσήλωση του βιοϊατρικού μοντέλου στη νόσο συχνά παραμερίζει τη σχέση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς. Η φροντίδα μετατρέπεται σε τεχνική πράξη, ενώ η υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς παραμένει σιωπηλή ή δευτερεύουσα. Ωστόσο, ιδίως στην τρίτη ηλικία, η θεραπευτική σχέση αποκτά καθοριστική σημασία, καθώς συνδέεται με την αίσθηση ασφάλειας, την εμπιστοσύνη και την ψυχολογική ευημερία του ατόμου (Street et al., 2009).

Υπό το πρίσμα αυτό, καθίσταται σαφές ότι το βιοϊατρικό μοντέλο, παρά τη συμβολή του, δεν επαρκεί ως αποκλειστικό ερμηνευτικό πλαίσιο για τη σύγχρονη κατανόηση της υγείας, και ιδιαίτερα της γήρανσης. Η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας απαιτεί ένα ευρύτερο

θεωρητικό σχήμα, το οποίο να αναγνωρίζει τη διαλεκτική σχέση σώματος, ψυχής και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Η αναγνώριση των ορίων του βιοϊατρικού μοντέλου δεν συνεπάγεται την απόρριψή του, αλλά την υπέρβασή του μέσα από πιο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις. Σε αυτό το σημείο αναδύεται η ανάγκη για το βιοψυχοκοινωνικό παράδειγμα, το οποίο φιλοδοξεί να γεφυρώσει τα κενά του και να προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της υγείας ως εμπειρίας, σχέσης και διαδικασίας.

2.2 Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο του Engel

Η εισαγωγή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου από τον George L. Engel (1977) αποτέλεσε μια από τις σημαντικότερες θεωρητικές τομές στην ιστορία της ιατρικής και της ψυχολογίας της υγείας. Σε αντίθεση με το βιοϊατρικό παράδειγμα, το οποίο εστιάζει αποκλειστικά στις παθοφυσιολογικές διεργασίες, το μοντέλο του Engel πρότεινε μια ολιστική κατανόηση της υγείας, σύμφωνα με την οποία η ασθένεια και η ευεξία αναδύονται από τη δυναμική αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Στον πυρήνα του μοντέλου βρίσκεται η ιδέα ότι ο άνθρωπος δεν μπορεί να κατανοηθεί ως άθροισμα επιμέρους λειτουργιών, αλλά ως ένα ενιαίο, πολυεπίπεδο σύστημα. Η υγεία, συνεπώς, δεν αποτελεί απλώς την απουσία νόσου, αλλά ένα δυναμικό φαινόμενο που διαμορφώνεται μέσα από συνεχείς αλληλεπιδράσεις μεταξύ οργανικών, ψυχικών και κοινωνικών διεργασιών (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004).

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, η κατανόηση της υγείας και της ασθένειας προϋποθέτει την ταυτόχρονη εξέταση τριών αλληλοσυνδεόμενων επιπέδων:

- **Βιολογικό επίπεδο:** Περιλαμβάνει γενετικούς παράγοντες, νευροφυσιολογικές διεργασίες, βιοχημικές ανισορροπίες και παθολογικές καταστάσεις. Η βιολογική διάσταση παραμένει θεμελιώδης, καθώς παρέχει το υλικό υπόστρωμα της υγείας και της ασθένειας (McEwen, 2007).

- **Ψυχολογικό επίπεδο:** Αφορά τις γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διεργασίες του ατόμου, καθώς και τους μηχανισμούς άμυνας, την αντίληψη του εαυτού και τις στρατηγικές αντιμετώπισης (coping). Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν όχι μόνο την εμπειρία της ασθένειας, αλλά και την πορεία και την έκβασή της (Taylor, 2018).
- **Κοινωνικό επίπεδο:** Περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές σχέσεις, τους κοινωνικούς ρόλους, τις πολιτισμικές αξίες και τις δομές υποστήριξης. Το κοινωνικό πλαίσιο διαμορφώνει τόσο την έκθεση σε κινδύνους όσο και τους διαθέσιμους πόρους για την αντιμετώπιση της ασθένειας (Berkman et al., 2000).

Ωστόσο, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν περιορίζεται σε μια απλή παράθεση αυτών των επιπέδων. Η ουσία του έγκειται στη θεώρησή τους ως ενός δυναμικού και αλληλεξαρτώμενου συστήματος, όπου κάθε διάσταση επηρεάζει και επηρεάζεται από τις άλλες. Για παράδειγμα, μια χρόνια σωματική νόσος μπορεί να επιδράσει στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, οδηγώντας σε άγχος ή κατάθλιψη, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τελικά τη βιολογική πορεία της νόσου (Cohen & Rodriguez, 1995).

Η συστημική αυτή θεώρηση της υγείας συνδέεται με ευρύτερες θεωρίες πολυπλοκότητας και δυναμικών συστημάτων, οι οποίες υπογραμμίζουν ότι οι ανθρώπινες καταστάσεις δεν μπορούν να εξηγηθούν με γραμμικά αιτιακά μοντέλα (Sturmberg, 2018). Αντίθετα, απαιτείται μια πολυεπίπεδη ανάλυση που λαμβάνει υπόψη τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ μικρο- και μακρο- επιπέδων.

Η σημασία του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής στο πλαίσιο της γήρανσης. Η τρίτη ηλικία αποτελεί μια περίοδο όπου οι βιολογικές αλλαγές (π.χ. φθορά, χρόνια νοσήματα), οι ψυχολογικές διεργασίες (π.χ. προσαρμογή σε απώλειες, αναζήτηση νοήματος) και οι κοινωνικές μεταβολές (π.χ. συνταξιοδότηση, αλλαγές ρόλων, κοινωνική απομόνωση) συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν (Rowe & Kahn, 1997; Baltes & Baltes, 1990).

Επιπλέον, η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης δεν μπορεί να περιοριστεί σε βιολογικούς δείκτες, αλλά προϋποθέτει τη διατήρηση της λειτουργικότητας, της ψυχικής ευημερίας και της κοινωνικής συμμετοχής. Σε αυτό το πλαίσιο, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσφέρει ένα κατάλληλο θεωρητικό υπόβαθρο για την κατανόηση της γήρανσης ως μιας ενεργού και δυναμικής διαδικασίας προσαρμογής (World Health Organization, 2015).

Παρά τη σημαντική του συμβολή, το μοντέλο του Engel έχει δεχθεί και κριτική. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, αν και παρέχει ένα ευρύ θεωρητικό πλαίσιο, συχνά παραμένει περιγραφικό και δεν προσδιορίζει με ακρίβεια τους μηχανισμούς μέσω των οποίων αλληλεπιδρούν οι διαφορετικές διαστάσεις (Benning, 2015). Επιπλέον, η εφαρμογή του στην κλινική πράξη μπορεί να είναι απαιτητική, καθώς προϋποθέτει διεπιστημονική συνεργασία και χρόνο, στοιχεία που δεν είναι πάντα διαθέσιμα στα σύγχρονα συστήματα υγείας.

Ωστόσο, οι κριτικές αυτές δεν αναιρούν τη θεμελιώδη αξία του μοντέλου, αλλά αναδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης και εμβάθυνσής του. Στη σύγχρονη εποχή, το βιοψυχοκοινωνικό παράδειγμα εξελίσσεται προς πιο σύνθετες και ενσωματωμένες προσεγγίσεις, οι οποίες δίνουν έμφαση όχι μόνο στη συνύπαρξη των διαστάσεων, αλλά και στη σχέση, τη ρύθμιση και τη βιωμένη εμπειρία.

Υπό αυτό το πρίσμα, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο μπορεί να ιδωθεί όχι μόνο ως ένα ερμηνευτικό εργαλείο, αλλά ως ένα δυναμικό πλαίσιο που επιτρέπει την κατανόηση της υγείας ως διαδικασίας που εκτυλίσσεται μέσα στον χρόνο, στη σχέση και στο νόημα. Η προοπτική αυτή καθίσταται ιδιαίτερα γόνιμη για τη μελέτη της ευδόκιμης γήρανσης, όπου η διατήρηση της σύνδεσης —με το σώμα, τον εαυτό και τους άλλους— αναδύεται ως κεντρικός άξονας.

2.3 Η Δυναμική Συνύφανση Σώματος, Ψυχής και Κοινωνικού Πεδίου στη Γήρανση

Η γήρανση αποτελεί ένα πεδίο όπου η αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών καθίσταται ιδιαίτερα έντονη και πολυσύνθετη. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία δεν μπορεί να νοηθεί ως στατική κατάσταση, αλλά ως ένα δυναμικό ισοζύγιο, το οποίο

διαμορφώνεται και αναδιαμορφώνεται μέσα από τη συνεχή συνύφανση του σώματος, της ψυχικής εμπειρίας και του κοινωνικού περιβάλλοντος (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004).

Η βιολογική διάσταση της γήρανσης περιλαμβάνει μια σειρά εκφυλιστικών και προσαρμοστικών μεταβολών, όπως η μείωση της φυσιολογικής εφεδρείας, η αυξημένη ευαλωτότητα και η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Ωστόσο, οι μεταβολές αυτές δεν λειτουργούν απομονωμένα. Η επίδρασή τους διαμεσολαβείται από την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, τις ερμηνευτικές του διεργασίες και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο βιώνονται (McEwen, 2007; Huber et al., 2011).

Για παράδειγμα, η εμφάνιση μιας χρόνιας νόσου, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή μια καρδιαγγειακή πάθηση, δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική λειτουργία, αλλά συχνά συνοδεύεται από συναισθηματική επιβάρυνση, όπως άγχος, κατάθλιψη ή αίσθηση απώλειας ελέγχου. Οι ψυχολογικές αυτές αντιδράσεις μπορούν, με τη σειρά τους, να επηρεάσουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία, την καθημερινή λειτουργικότητα και τελικά την πορεία της ίδιας της νόσου (Cohen & Rodriguez, 1995; Taylor, 2018).

Παράλληλα, το κοινωνικό περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της εμπειρίας της υγείας. Η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων συνδέεται με καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία, ενώ η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για νοσηρότητα και θνησιμότητα (Holt-Lunstad et al., 2015). Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου οι κοινωνικοί ρόλοι μεταβάλλονται (π.χ. συνταξιοδότηση, απώλεια συντρόφου), η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία.

Η μοναξιά, ως υποκειμενική εμπειρία αποσύνδεσης, έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει όχι μόνο την ψυχική ευημερία, αλλά και βιολογικές λειτουργίες, όπως ο ύπνος, η φλεγμονώδης απόκριση και η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Cacioppo & Cacioppo, 2014). Η

σχέση μεταξύ κοινωνικής εμπειρίας και βιολογίας καταδεικνύει με σαφήνεια ότι το σώμα «εγγράφει» την κοινωνική πραγματικότητα.

Αντίστροφα, οι ψυχολογικοί πόροι μπορούν να λειτουργήσουν ως προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στις βιολογικές και κοινωνικές προκλήσεις της γήρανσης. Στρατηγικές όπως το χιούμορ, η θετική επαναξιολόγηση και η αίσθηση νοήματος έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ανθεκτικότητα και καλύτερη προσαρμογή σε χρόνιες καταστάσεις (Martin, 2007; Ong et al., 2010). Το χιούμορ, ειδικότερα, φαίνεται να συμβάλλει στη ρύθμιση του συναισθήματος, στη μείωση του στρες και στην ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών.

Η έννοια της ανθεκτικότητας (resilience) αποτελεί κεντρικό άξονα στην κατανόηση αυτής της δυναμικής. Η ανθεκτικότητα δεν αφορά απλώς την «αντίσταση» απέναντι στις δυσκολίες, αλλά την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται, να επαναπροσδιορίζει και να συνεχίζει να συμμετέχει ενεργά στη ζωή παρά τους περιορισμούς (Windle, 2011). Στη γήρανση, η ανθεκτικότητα αναδύεται μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση εσωτερικών πόρων και εξωτερικών συνθηκών.

Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία μπορεί να ιδωθεί ως μια διαδικασία συνεχούς ρύθμισης και επαναδιαπραγμάτευσης. Δεν πρόκειται για μια σταθερή κατάσταση ισορροπίας, αλλά για μια δυναμική ισορροπία, η οποία επηρεάζεται από μεταβαλλόμενες βιολογικές συνθήκες, ψυχολογικές διεργασίες και κοινωνικές σχέσεις (Sturmborg, 2018). Η προσέγγιση αυτή συνάδει με σύγχρονες αντιλήψεις που ορίζουν την υγεία ως ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης, παρά ως απλή απουσία νόσου (Huber et al., 2011).

Επιπλέον, η έννοια της «σχέσης» αναδεικνύεται ως θεμελιώδης. Η υγεία δεν αφορά μόνο τη λειτουργία του οργανισμού, αλλά και τη διατήρηση της σύνδεσης του ατόμου με τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο. Η απώλεια αυτής της σύνδεσης —είτε μέσω κοινωνικής απομόνωσης είτε μέσω ψυχικής αποδιοργάνωσης— μπορεί να έχει βαθιές επιπτώσεις στη συνολική ευημερία (Berkman et al., 2000).

Συνοψίζοντας, η αλληλεπίδραση σώματος, ψυχής και κοινωνικού πεδίου στη γήρανση αναδεικνύει την ανάγκη για μια ολιστική προσέγγιση της υγείας. Η κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης προϋποθέτει την αναγνώριση αυτής της πολυπλοκότητας και την ανάπτυξη παρεμβάσεων που λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τη βιολογική διάσταση, αλλά και την ψυχική εμπειρία και το κοινωνικό πλαίσιο. Υπό αυτό το πρίσμα, η υγεία μπορεί να ιδωθεί ως μια μορφή «παραμονής στη σχέση» — μια διαρκής προσπάθεια διατήρησης της σύνδεσης με τον εαυτό και τους άλλους, ακόμη και μέσα στις μεταβολές και τους περιορισμούς που επιφέρει η γήρανση.

2.4 Εφαρμογή του Μοντέλου στη Γήρανση

Η εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη γήρανση προσφέρει ένα συνεκτικό πλαίσιο κατανόησης της υγείας ως πολυδιάστατης και δυναμικής διαδικασίας. Σε αντίθεση με μονοδιάστατες προσεγγίσεις, το μοντέλο αυτό επιτρέπει την ανάδειξη της ετερογένειας της γήρανσης, την αναγνώριση της υποκειμενικής εμπειρίας και την ενσωμάτωση της σχέσης και της φροντίδας ως θεμελιωδών παραμέτρων υγείας (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004).

2.4.1 Η ετερογένεια της γήρανσης ως κεντρική αρχή

Η γήρανση δεν αποτελεί ενιαία εμπειρία, αλλά χαρακτηρίζεται από σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων ως προς τη λειτουργικότητα, την υγεία και την ποιότητα ζωής. Η έννοια της ετερογένειας αναδεικνύει ότι άτομα της ίδιας χρονολογικής ηλικίας μπορεί να παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας (World Health Organization, 2015).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο επιτρέπει την κατανόηση αυτής της διαφοροποίησης, καθώς λαμβάνει υπόψη την αλληλεπίδραση γενετικών προδιαθέσεων, ιστορικών ζωής, συμπεριφορών υγείας και κοινωνικών συνθηκών. Η προσέγγιση αυτή συνδέεται με θεωρίες επιτυχούς και ενεργού γήρανσης, οι οποίες δίνουν έμφαση στη διατήρηση της λειτουργικότητας και της συμμετοχής (Rowe & Kahn, 1997; Baltes & Baltes, 1990).

Επιπλέον, η σύγχρονη έννοια της «υγιούς γήρανσης» μετατοπίζει το ενδιαφέρον από την απουσία νόσου στη διατήρηση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί και να συμμετέχει ενεργά στη ζωή του (World Health Organization, 2015). Η οπτική αυτή ενσωματώνει βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις, επιβεβαιώνοντας τη σημασία του βιοψυχοκοινωνικού πλαισίου.

2.4.2 Η υποκειμενική εμπειρία της γήρανσης

Η γήρανση δεν βιώνεται μόνο ως βιολογική διαδικασία, αλλά ως βαθιά προσωπική εμπειρία που συνδέεται με το νόημα, την ταυτότητα και την αυτοαντίληψη. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δίνει έμφαση στην υποκειμενική διάσταση της υγείας, αναγνωρίζοντας ότι η αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητα και την ευημερία (Leventhal et al., 2016).

Στην τρίτη ηλικία, οι εμπειρίες απώλειας, αλλαγής ρόλων και επαναπροσδιορισμού της ζωής καθιστούν την ψυχολογική διάσταση ιδιαίτερα σημαντική. Η έννοια της «αφήγησης του εαυτού» (self-narrative) αποκτά κεντρική θέση, καθώς τα άτομα καλούνται να ενσωματώσουν τις εμπειρίες τους σε μια συνεκτική ιστορία ζωής (McAdams, 2021).

Η υποκειμενική ευημερία στην τρίτη ηλικία συνδέεται επίσης με την ικανότητα εύρεσης νοήματος και σκοπού, ακόμη και υπό συνθήκες περιορισμών. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αίσθηση νοήματος σχετίζεται με καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία, καθώς και με μειωμένη θνησιμότητα (Hill & Turiano, 2014).

2.4.3 Η σχέση και η φροντίδα ως πυρήνας της υγείας

Ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της εφαρμογής του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη γήρανση είναι η ανάδειξη της σχέσης ως θεμελιώδους διάστασης της υγείας. Οι διαπροσωπικές σχέσεις λειτουργούν τόσο ως πηγή υποστήριξης όσο και ως μηχανισμός ρύθμισης του συναισθήματος και της συμπεριφοράς (Berkman et al., 2000).

Η κοινωνική υποστήριξη έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με μειωμένη νοσηρότητα και αυξημένη επιβίωση, ενώ η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, κατάθλιψης και γνωστικής έκπτωσης (Holt-Lunstad et al., 2015; Cacioppo & Cacioppo, 2014).

Η φροντίδα, στο πλαίσιο αυτό, δεν περιορίζεται σε τεχνικές παρεμβάσεις, αλλά περιλαμβάνει τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και συναισθηματικής παρουσίας. Η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας για την έκβαση της υγείας (Street et al., 2009).

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, η φροντίδα αποκτά έναν υπαρξιακό χαρακτήρα, καθώς σχετίζεται με την αναγνώριση, την αξιοπρέπεια και τη διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου. Η παραμονή του ατόμου μέσα σε ζωντανές σχέσεις λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στην απομόνωση και την αποδιοργάνωση.

2.4.4 Η γήρανση ως διαδικασία προσαρμογής και αναδιαμόρφωσης της ταυτότητας

Υπό το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, η γήρανση δεν αποτελεί απλώς μια διαδικασία βιολογικής φθοράς, αλλά μια δυναμική διαδικασία προσαρμογής. Το άτομο καλείται να επαναδιαπραγματευτεί την ταυτότητά του, να αναπτύξει νέες στρατηγικές αντιμετώπισης και να διατηρήσει τη λειτουργικότητα και το νόημα της ζωής του (Baltes & Baltes, 1990).

Η έννοια της «επιλεκτικής βελτιστοποίησης με αντιστάθμιση» (selective optimization with compensation) περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα προσαρμόζονται στις απώλειες, εστιάζοντας σε σημαντικούς στόχους και αναπτύσσοντας νέους τρόπους επίτευξής τους (Baltes & Baltes, 1990). Η διαδικασία αυτή αναδεικνύει την ενεργό φύση της γήρανσης.

Παράλληλα, η ανθεκτικότητα (resilience) αποτελεί βασικό μηχανισμό προσαρμογής, επιτρέποντας στο άτομο να διατηρεί ψυχική ισορροπία και λειτουργικότητα παρά τις

δυσκολίες (Windle, 2011). Η ανθεκτικότητα αναδύεται μέσα από τη συνύπαρξη βιολογικών δυνατοτήτων, ψυχολογικών πόρων και κοινωνικής υποστήριξης.

2.4.5 Προς μια ολοκληρωμένη κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης

Η εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη γήρανση οδηγεί σε μια ευρύτερη κατανόηση της υγείας ως διαδικασίας που εκτυλίσσεται μέσα στον χρόνο και τη σχέση. Η υγεία δεν αποτελεί στατικό αποτέλεσμα, αλλά μια συνεχή ισορροπία που διαρκώς επαναδιαπραγματεύεται υπό την επίδραση εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων (Huber et al., 2011).

Στο πλαίσιο αυτό, η ευδόκιμη γήρανση μπορεί να ιδωθεί ως η ικανότητα του ατόμου να διατηρεί τη σύνδεση με τον εαυτό, τους άλλους και το περιβάλλον του, παρά τις αναπόφευκτες μεταβολές. Η προσέγγιση αυτή υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση και ενσωματώνει την ψυχική και κοινωνική εμπειρία ως αναπόσπαστα στοιχεία της υγείας.

2.5 Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο ως Πλαίσιο Προσωποκεντρικής Φροντίδας στη Γήρανση

Η υιοθέτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στον χώρο της φροντίδας υγείας σηματοδοτεί μια ουσιαστική μετατόπιση στον τρόπο κατανόησης και άσκησης της φροντίδας. Από ένα σύστημα επικεντρωμένο κυρίως στη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου, η προσοχή μετατοπίζεται προς το πρόσωπο ως ολότητα, εντός της οποίας η βιολογική λειτουργία, η ψυχική εμπειρία και το κοινωνικό πλαίσιο συνυφαίνονται (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004).

Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα δεν περιορίζεται σε τεχνικές παρεμβάσεις, αλλά αναγνωρίζεται ως μια σχέση. Η μετατόπιση αυτή μπορεί να αποτυπωθεί σχηματικά ως εξής: από τη νόσο στο πρόσωπο, από την παρέμβαση στη σχέση και από τη θεραπεία στη φροντίδα. Η αλλαγή αυτή δεν αφορά μόνο τη γλώσσα, αλλά αντανακλά μια βαθύτερη μεταστροφή στη φιλοσοφία της

υγείας, όπου το άτομο αντιμετωπίζεται ως φορέας εμπειριών, αναγκών και νοήματος (Mead & Bower, 2000).

Η προσέγγιση της προσωποκεντρικής φροντίδας (person-centered care) συνδέεται άμεσα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, καθώς δίνει έμφαση στην κατανόηση του ασθενούς ως μοναδικού προσώπου, με ιδιαίτερες προτιμήσεις, αξίες και βιογραφικό υπόβαθρο (Ekman et al., 2011). Στην τρίτη ηλικία, όπου η πολυνοσηρότητα και οι λειτουργικοί περιορισμοί είναι συχνοί, η ανάγκη για τέτοιες προσεγγίσεις καθίσταται ακόμη πιο επιτακτική.

Η φροντίδα των ηλικιωμένων δεν μπορεί να περιοριστεί στη διαχείριση συμπτωμάτων ή στην εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Αντίθετα, απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει την ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας, τη διατήρηση κοινωνικών δεσμών και την υποστήριξη της αίσθησης νοήματος ζωής. Οι διαστάσεις αυτές δεν αποτελούν «δευτερεύοντα» στοιχεία, αλλά βασικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Huber et al., 2011; Windle, 2011).

Η ψυχολογική ανθεκτικότητα (resilience) αναδεικνύεται ως κρίσιμος μηχανισμός προσαρμογής στη γήρανση, επιτρέποντας στο άτομο να αντιμετωπίζει τις απώλειες και τις προκλήσεις με ευελιξία και δημιουργικότητα (Windle, 2011). Η ενίσχυση της ανθεκτικότητας μέσα από ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχει συσχετιστεί με βελτιωμένη ποιότητα ζωής και μειωμένη ψυχολογική επιβάρυνση.

Παράλληλα, η διατήρηση κοινωνικών σχέσεων αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους προστατευτικούς παράγοντες για την υγεία στην τρίτη ηλικία. Η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, ενώ η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά έχουν συσχετιστεί με αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα (Holt-Lunstad et al., 2015; Cacioppo & Cacioppo, 2014). Οι σχέσεις λειτουργούν όχι μόνο ως πηγή υποστήριξης, αλλά και ως πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώνεται η ταυτότητα και το νόημα του ατόμου.

Η έννοια του νοήματος ζωής (meaning in life) αποτελεί επίσης κεντρικό άξονα της φροντίδας. Η αίσθηση ότι η ζωή έχει σκοπό και αξία συνδέεται με καλύτερη ψυχική υγεία, αυξημένη λειτουργικότητα και μεγαλύτερη μακροβιότητα (Hill & Turiano, 2014). Στην τρίτη ηλικία, όπου οι απώλειες και οι μεταβολές είναι συχνές, η υποστήριξη του νοήματος καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική.

Η εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη φροντίδα συνεπάγεται επίσης την αναγνώριση της σημασίας της θεραπευτικής σχέσης. Η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς δεν αποτελεί απλώς μέσο μετάδοσης πληροφοριών, αλλά βασικό παράγοντα που επηρεάζει την έκβαση της υγείας (Street et al., 2009). Η ενσυναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση και η αναγνώριση της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενούς αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία της φροντίδας.

Στο πλαίσιο της γήρανσης, η φροντίδα αποκτά έναν ιδιαίτερο υπαρξιακό χαρακτήρα. Δεν αφορά μόνο τη διατήρηση της λειτουργικότητας, αλλά και την υποστήριξη της αξιοπρέπειας, της ταυτότητας και της συνέχειας του εαυτού. Η έννοια της «αφήγησης ζωής» (life narrative) αναδεικνύεται ως σημαντική, καθώς τα άτομα επιδιώκουν να ενσωματώσουν τις εμπειρίες τους σε μια συνεκτική ιστορία (McAdams, 2021).

Επιπλέον, η φροντίδα στην τρίτη ηλικία συχνά εκτυλίσσεται μέσα σε δίκτυα σχέσεων που περιλαμβάνουν οικογένεια, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας. Η συνεργασία και η επικοινωνία μεταξύ αυτών των εμπλεκόμενων μερών είναι καθοριστική για την ποιότητα της φροντίδας (Berkman et al., 2000).

Συνοψίζοντας, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσφέρει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την κατανόηση και την άσκηση της φροντίδας στην τρίτη ηλικία. Η υγεία αναδεικνύεται ως αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης σώματος, ψυχής και κοινωνικού περιβάλλοντος, ενώ η φροντίδα μετασχηματίζεται σε μια διαδικασία σχέσης, υποστήριξης και συν-νοήματος.

Μέσα από αυτό το πρίσμα, η γήρανση δεν αποτελεί απλώς βιολογική διαδικασία φθοράς, αλλά μια σύνθετη εμπειρία που διαμορφώνεται από σχέσεις, νοήματα και τρόπους προσαρμογής. Και ίσως, τελικά, η υγεία στην τρίτη ηλικία να μην είναι η απουσία φθοράς, αλλά η ικανότητα του ατόμου να παραμένει σε σχέση — με το σώμα του, με τον εαυτό του και με τον Άλλον.

Ο Ύπνος ως Καθρέφτης της Σχέσης με τον Εαυτό **Μια Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση στη Γήρανση**

«The interpretation of dreams is the royal road to a knowledge of the unconscious activities of the mind.»
Sigmund Freud

Ο ύπνος δεν αποτελεί απλώς μια θεμελιώδη βιολογική λειτουργία, αλλά έναν σύνθετο και ευαίσθητο δείκτη της συνολικής κατάστασης του ανθρώπου. Περισσότερο από μια περίοδο ανάπαυσης, συνιστά μια δυναμική διαδικασία ρύθμισης, μέσα από την οποία το σώμα, η ψυχική ζωή και η καθημερινή εμπειρία επαναοργανώνονται.

Στην τρίτη ηλικία, ο ύπνος αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι μεταβολές που τον χαρακτηρίζουν δεν αντανακλούν μόνο νευροφυσιολογικές αλλαγές, αλλά και βαθύτερες διεργασίες που σχετίζονται με την προσαρμογή, την απώλεια, τη μνήμη και τη σχέση με τον εαυτό και τον κόσμο. Οι διαταραχές του ύπνου εμφανίζονται συχνά σε αυτό το στάδιο της ζωής, ωστόσο δεν μπορούν να ερμηνευθούν επαρκώς μέσα από μια αποκλειστικά βιολογική οπτική.

Σύγχρονες προσεγγίσεις αναδεικνύουν ότι ο ύπνος αποτελεί μια πολυδιάστατη εμπειρία, η οποία εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της καθημερινής ζωής και της υποκειμενικής ευημερίας (Buysse, 2014). Η ποιότητά του επηρεάζεται από σωματικούς παράγοντες, αλλά και από ψυχολογικές διεργασίες, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η αίσθηση νοήματος, καθώς και από κοινωνικές συνθήκες, όπως η μοναξιά, οι σχέσεις και το περιβάλλον διαβίωσης.

Υπό αυτό το πρίσμα, ο ύπνος στην τρίτη ηλικία μπορεί να ιδωθεί ως ένα πεδίο όπου συμπυκνώνεται η συνολική εμπειρία του ατόμου. Δεν αποτελεί μόνο αντανάκλαση της υγείας, αλλά και ενεργό παράγοντα που επηρεάζει τη σωματική λειτουργία, τη συναισθηματική

ρύθμιση και τη γνωστική απόδοση. Η διαταραχή του ύπνου δεν είναι απλώς σύμπτωμα, αλλά ένδειξη μιας ευρύτερης απορρύθμισης, η οποία διαπερνά πολλαπλά επίπεδα της ανθρώπινης ύπαρξης.

Η μελέτη του ύπνου στην τρίτη ηλικία, επομένως, απαιτεί μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, ικανή να συλλάβει την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδρώντων παραγόντων που τον διαμορφώνουν. Μια τέτοια οπτική δεν περιορίζεται στην καταγραφή των διαταραχών, αλλά επιδιώκει να κατανοήσει τον ύπνο ως διαδικασία ρύθμισης και ως μορφή σχέσης: με το σώμα, με την ψυχική εμπειρία και με το περιβάλλον.

Σε αυτό το πλαίσιο, ο ύπνος αναδεικνύεται όχι μόνο ως βιολογική ανάγκη, αλλά ως ένας από τους πιο ευαίσθητους δείκτες της δυνατότητας του ατόμου να διατηρεί ισορροπία, συνοχή και, τελικά, σύνδεση — με τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του.

3.1 Βιολογικές Μεταβολές του Ύπνου με την Ηλικία

Η γήρανση συνοδεύεται από σημαντικές και συστηματικές μεταβολές στην αρχιτεκτονική του ύπνου, οι οποίες αντανακλούν ευρύτερες νευροβιολογικές και φυσιολογικές αλλαγές του οργανισμού. Οι μεταβολές αυτές δεν συνιστούν απλώς ποσοτικές διαφοροποιήσεις, αλλά αφορούν τη δομή, τη ρύθμιση και τη λειτουργία του ύπνου ως δυναμικής βιολογικής διεργασίας (Mander et al., 2017).

Μία από τις πιο χαρακτηριστικές αλλαγές είναι η μείωση του βραδέος κύματος ύπνου (slow-wave sleep, SWS), ο οποίος σχετίζεται με τη σωματική αποκατάσταση και τη γνωστική επεξεργασία. Με την πρόοδο της ηλικίας, παρατηρείται σημαντική ελάττωση του βαθύ ύπνου, καθώς και αποδιοργάνωση της συνοχής των κυμάτων δέλτα, γεγονός που συνδέεται με μειωμένη ικανότητα νευρωνικής αποκατάστασης (Mander et al., 2017; Carrier et al., 2011).

Παράλληλα, αυξάνεται η κατακερματισμένη φύση του ύπνου, με συχνότερες αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας και μειωμένη αποδοτικότητα ύπνου (sleep efficiency). Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να κοιμούνται λιγότερο συνεχόμενα και να βιώνουν ελαφρύτερα

στάδια ύπνου, γεγονός που συμβάλλει στην υποκειμενική αίσθηση μη αναζωογονητικού ύπνου (Ohayon et al., 2004).

Μια ακόμη σημαντική μεταβολή αφορά το κίρκαδικό σύστημα, δηλαδή τον εσωτερικό βιολογικό «χρονοδείκτη» που ρυθμίζει τον κύκλο ύπνου-εγρήγορσης. Με τη γήρανση, παρατηρείται μετατόπιση του κίρκαδικού ρυθμού προς πρωινότερες ώρες (phase advance), με αποτέλεσμα την πρόωμη έναρξη του ύπνου και την πρόωρη αφύπνιση (Duffy et al., 2015). Η μεταβολή αυτή σχετίζεται με αλλαγές στη λειτουργία του υπερχιασματικού πυρήνα (SCN), ο οποίος αποτελεί τον κεντρικό ρυθμιστή των κίρκαδικών ρυθμών.

Σημαντικές είναι επίσης οι αλλαγές στο νευροενδοκρινικό σύστημα, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα τη ρύθμιση του ύπνου. Η έκκριση της μελατονίνης, ορμόνης που διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον συγχρονισμό του κίρκαδικού ρυθμού, μειώνεται με την ηλικία, τόσο ως προς την ποσότητα όσο και ως προς τη χρονική της κατανομή (Zisapel, 2018). Η μείωση αυτή συμβάλλει στη δυσκολία έναρξης και διατήρησης του ύπνου.

Παράλληλα, μεταβολές παρατηρούνται και σε άλλους νευροδιαβιβαστές και ορμονικά συστήματα, όπως το σύστημα GABA, η σεροτονίνη και η κορτιζόλη, τα οποία εμπλέκονται στη ρύθμιση του ύπνου και της εγρήγορσης (Espiritu, 2008). Η αυξημένη νυχτερινή δραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA axis) έχει συσχετιστεί με διαταραχές του ύπνου και αυξημένη ευαλωτότητα στο στρες.

Επιπλέον, η γήρανση συνοδεύεται από μεταβολές στη θερμορρύθμιση, οι οποίες επηρεάζουν την έναρξη και τη διατήρηση του ύπνου. Η φυσιολογική πτώση της θερμοκρασίας του σώματος, που αποτελεί βασικό σήμα για την έναρξη του ύπνου, γίνεται λιγότερο αποτελεσματική με την ηλικία (Van Someren, 2000).

Ωστόσο, είναι κρίσιμο να τονιστεί ότι οι βιολογικές αυτές μεταβολές δεν συνεπάγονται αναγκαστικά παθολογία. Αν και ο ύπνος γίνεται πιο ευάλωτος, η παρουσία σοβαρών

διαταραχών ύπνου δεν αποτελεί αναπόφευκτη συνέπεια της γήρανσης. Αντίθετα, συχνά σχετίζεται με άλλους παράγοντες (Foley et al., 1995; Crowley, 2011), όπως:

- *Συννοσηρότητες (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, άνοια, χρόνιος πόνος)*
- *Φαρμακευτική αγωγή, η οποία μπορεί να επηρεάζει τη δομή και τη διάρκεια του ύπνου*
- *Περιβαλλοντικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες, όπως η μειωμένη φυσική δραστηριότητα ή η έλλειψη έκθεσης στο φυσικό φως*

Επιπλέον, ορισμένες διαταραχές ύπνου εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα στην τρίτη ηλικία, όπως η αϋπνία, η υπνική άπνοια και το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, οι οποίες συχνά συνυπάρχουν με άλλες ιατρικές και ψυχικές καταστάσεις (Ancoli-Israel, 2009).

Η διάκριση μεταξύ φυσιολογικής γήρανσης του ύπνου και παθολογικών διαταραχών είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αποτρέπει την υπερδιάγνωση αλλά και την υποεκτίμηση προβλημάτων που χρήζουν παρέμβασης. Η κατανόηση των βιολογικών μεταβολών του ύπνου αποτελεί, συνεπώς, απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή αξιολόγηση και διαχείριση των διαταραχών ύπνου στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

Υπό το πρίσμα αυτό, ο ύπνος στην τρίτη ηλικία μπορεί να ιδωθεί ως ένα ευαίσθητο βιολογικό σύστημα, το οποίο αντανακλά τη συνολική λειτουργική κατάσταση του οργανισμού. Οι αλλαγές που τον χαρακτηρίζουν δεν είναι απλώς εκδηλώσεις φθοράς, αλλά μέρος μιας ευρύτερης διαδικασίας αναδιοργάνωσης, μέσα από την οποία το σώμα επιχειρεί να διατηρήσει την ισορροπία του.

Η βιολογική διάσταση του ύπνου, επομένως, δεν μπορεί να απομονωθεί από τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιρροές. Αντίθετα, αποτελεί το υπόστρωμα πάνω στο οποίο εγγράφονται οι εμπειρίες, οι σχέσεις και οι συνθήκες ζωής του ατόμου. Η κατανόηση αυτής της διάστασης αποτελεί το πρώτο βήμα για μια ολοκληρωμένη, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ύπνου στην τρίτη ηλικία.

3.2 Ο Ύπνος ως Δείκτης και Ρυθμιστής Σωματικής Υγείας

Ο ύπνος συνιστά έναν από τους πλέον θεμελιώδεις βιολογικούς μηχανισμούς διατήρησης της σωματικής υγείας, λειτουργώντας όχι μόνο ως περίοδος ανάπαυσης, αλλά ως ενεργή διαδικασία ρύθμισης της ομοιόστασης του οργανισμού. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, ο ύπνος αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως κρίσιμος δείκτης της συνολικής φυσιολογικής κατάστασης, καθώς επηρεάζει και επηρεάζεται από πολλαπλά συστήματα του ανθρώπινου σώματος (Irwin, 2015; Chaput et al., 2020).

Η ποιότητα και η διάρκεια του ύπνου έχουν συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα σωματικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων του καρδιαγγειακού, του μεταβολικού, του ανοσοποιητικού και του νευροενδοκρινικού συστήματος. Η διαταραχή του ύπνου δεν αποτελεί απλώς ένα απομονωμένο σύμπτωμα, αλλά έναν παράγοντα που δύναται να διαταράξει τη συνολική ισορροπία του οργανισμού.

3.2.1 Ύπνος και καρδιαγγειακή λειτουργία

Ένα από τα πλέον τεκμηριωμένα πεδία σύνδεσης του ύπνου με τη σωματική υγεία αφορά το καρδιαγγειακό σύστημα. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ανεπαρκής ή κακής ποιότητας ύπνος συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου (Cappuccio et al., 2011; Grandner et al., 2010).

Η χρόνια έλλειψη ύπνου οδηγεί σε αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και δυσλειτουργία του ενδοθηλίου, συμβάλλοντας στη δημιουργία καρδιαγγειακών παθολογιών (Irwin, 2015). Στην τρίτη ηλικία, όπου το καρδιαγγειακό σύστημα είναι ήδη επιβαρυνόμενο, οι επιπτώσεις αυτές καθίστανται ιδιαίτερα σημαντικές.

3.2.2 Ύπνος και μεταβολική ρύθμιση

Ο ύπνος διαδραματίζει επίσης καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση του μεταβολισμού. Η διαταραχή του ύπνου έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, παχυσαρκίας και μεταβολικού συνδρόμου (Charput et al., 2020; Spiegel et al., 2009).

Η ανεπαρκής διάρκεια ύπνου επηρεάζει τις ορμόνες που ρυθμίζουν την όρεξη, όπως η λεπτίνη και η γκρελίνη, οδηγώντας σε αυξημένη πρόσληψη τροφής και διαταραχή της ενεργειακής ισορροπίας (Spiegel et al., 2004). Επιπλέον, η μειωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη που παρατηρείται σε άτομα με διαταραχές ύπνου ενισχύει τον κίνδυνο μεταβολικών δυσλειτουργιών.

3.2.3 Ύπνος και ανοσοποιητικό σύστημα

Η σχέση μεταξύ ύπνου και ανοσοποιητικής λειτουργίας αποτελεί έναν ακόμη κρίσιμο άξονα. Ο ύπνος συμβάλλει στη ρύθμιση της φλεγμονώδους απόκρισης και στην ενίσχυση της ανοσολογικής άμυνας. Η έλλειψη ή η κακή ποιότητα ύπνου έχει συνδεθεί με αυξημένα επίπεδα προφλεγμονωδών κυτταροκινών, όπως η IL-6 και ο TNF- α , καθώς και με μειωμένη ικανότητα του οργανισμού να αντιμετωπίζει λοιμώξεις (Irwin & Opp, 2017).

Στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, όπου το ανοσοποιητικό σύστημα παρουσιάζει φυσιολογική έκπτωση (immunosenescence), η διαταραχή του ύπνου μπορεί να επιτείνει την ευαλωτότητα σε λοιμώξεις και χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις.

3.2.4 Ύπνος και νευρογνωστική λειτουργία

Ο ύπνος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη λειτουργία του εγκεφάλου, ιδίως στη μνήμη και τη γνωστική επεξεργασία. Ο βαθύς ύπνος (slow-wave sleep) συνδέεται με τη σταθεροποίηση της μνήμης και την απομάκρυνση μεταβολικών αποβλήτων από τον εγκέφαλο μέσω του γλυμφικού συστήματος (Xie et al., 2013).

Η διαταραχή του ύπνου έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο γνωστικής έκπτωσης και νευροεκφυλιστικών νόσων, όπως η νόσος Alzheimer (Mander et al., 2016). Στην τρίτη ηλικία,

όπου οι γνωστικές λειτουργίες είναι ήδη ευάλωτες, η ποιότητα του ύπνου αποτελεί κρίσιμο παράγοντα διατήρησης της γνωστικής υγείας.

3.2.5 Ο ύπνος ως μηχανισμός ομοιόστασης

Συνολικά, ο ύπνος μπορεί να ιδωθεί ως βασικός μηχανισμός διατήρησης της ομοιόστασης, δηλαδή της δυναμικής ισορροπίας του οργανισμού. Μέσω του ύπνου ρυθμίζονται ζωτικές λειτουργίες, αποκαθίστανται ενεργειακά αποθέματα και συντονίζονται πολλαπλά συστήματα του σώματος (Irwin, 2015).

Η απορρύθμιση του ύπνου, επομένως, δεν αποτελεί απλώς μεμονωμένο πρόβλημα, αλλά ένδειξη ευρύτερης βιολογικής δυσλειτουργίας. Η κατανόηση αυτή καθιστά τον ύπνο έναν από τους πιο ευαίσθητους δείκτες σωματικής υγείας, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία.

3.2.6 Προς μια ολοκληρωμένη θεώρηση

Παρά τη σαφή βιολογική του διάσταση, ο ύπνος δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά μέσα από φυσιολογικούς μηχανισμούς. Αντίθετα, η ποιότητά του επηρεάζεται από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ ύπνου και σωματικής υγείας.

Υπό αυτό το πρίσμα, ο ύπνος αναδεικνύεται ως σημείο συνάντησης πολλαπλών επιπέδων λειτουργίας του ανθρώπου. Η σωματική υγεία δεν αποτελεί απλώς προϋπόθεση του καλού ύπνου, αλλά και αποτέλεσμα της ποιότητάς του. Η σχέση αυτή είναι αμφίδρομη, δυναμική και βαθιά ενσωματωμένη στη συνολική εμπειρία του ατόμου.

Στην τρίτη ηλικία, όπου οι ισορροπίες του οργανισμού είναι πιο εύθραυστες, ο ύπνος λειτουργεί ως ένας λεπτός αλλά αξιόπιστος δείκτης της συνολικής κατάστασης υγείας. Η φροντίδα του ύπνου, επομένως, δεν αφορά μόνο τη βελτίωση ενός συμπτώματος, αλλά την ενίσχυση της συνολικής βιολογικής και λειτουργικής ισορροπίας.

3.3 Ο Ύπνος ως Χώρος Ψυχικής Εργασίας: Συναισθηματική Ρύθμιση και Όνειρο στην Τρίτη Ηλικία

Ο ύπνος, πέρα από τη βιολογική του διάσταση, αποτελεί ένα κατεξοχήν πεδίο ψυχολογικής λειτουργίας και επεξεργασίας. Δεν συνιστά απλώς μια περίοδο παθητικής ανάπαυσης, αλλά μια ενεργή κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος και η ψυχική ζωή αναδιοργανώνονται, ρυθμίζουν το συναίσθημα και ενσωματώνουν εμπειρίες (Walker, 2009; Goldstein & Walker, 2014).

Η ποιότητα του ύπνου συνδέεται άμεσα με τη συναισθηματική ρύθμιση, την ικανότητα διαχείρισης του άγχους και τη γενικότερη ψυχική ευεξία. Η επαρκής και ποιοτική διάρκεια ύπνου συμβάλλει στη σταθεροποίηση των συναισθηματικών αντιδράσεων, ενώ η στέρησή του οδηγεί σε αυξημένη ευαλωτότητα σε αρνητικά συναισθήματα και μειωμένη ικανότητα γνωστικής επεξεργασίας (Walker, 2009).

3.3.1 Ύπνος και συναισθηματική ρύθμιση

Η σχέση μεταξύ ύπνου και συναισθήματος είναι βαθιά αμφίδρομη. Ο ύπνος επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, αλλά και η ψυχική του κατάσταση επηρεάζει την ποιότητα και τη δομή του ύπνου. Μελέτες έχουν δείξει ότι η στέρηση ύπνου οδηγεί σε υπερδραστηριότητα της αμυγδαλής και μειωμένο έλεγχο από τον προμετωπιαίο φλοιό, γεγονός που εξηγεί την αυξημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα (Yoo et al., 2007).

Η διαδικασία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην τρίτη ηλικία, όπου η συναισθηματική ρύθμιση αποτελεί βασικό παράγοντα ψυχικής ισορροπίας. Παρά τις βιολογικές και κοινωνικές προκλήσεις, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας συχνά επιδεικνύουν αυξημένη ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης, ωστόσο η διαταραχή του ύπνου μπορεί να υπονομεύσει αυτή τη λειτουργία (Carstensen et al., 2003).

3.3.2 Ύπνος, άγχος και κατάθλιψη

Στην τρίτη ηλικία, η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους σχετίζεται στενά με διαταραχές ύπνου, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο, όπου η κακή ψυχική υγεία επιδεινώνει τον ύπνο και αντίστροφα (Baglioni et al., 2011). Η αϋπνία έχει αναγνωριστεί όχι μόνο ως σύμπτωμα της κατάθλιψης, αλλά και ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνισή της (Riemann et al., 2015).

Παράλληλα, το άγχος και η υπερεγρήγορση (hyperarousal) συνδέονται με δυσκολίες στην έναρξη και διατήρηση του ύπνου, καθώς το άτομο παραμένει σε κατάσταση αυξημένης γνωστικής και συναισθηματικής δραστηριότητας (Harvey, 2002). Στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, οι εμπειρίες απώλειας, ασθένειας και αλλαγής ρόλων ενδέχεται να ενισχύουν αυτές τις διεργασίες, επηρεάζοντας αρνητικά τον ύπνο.

3.3.3 Ο ύπνος ως χώρος επεξεργασίας εμπειριών

Ο ύπνος, και ιδιαίτερα τα στάδια REM, φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην επεξεργασία συναισθηματικών εμπειριών. Κατά τη διάρκεια του ύπνου, το άτομο «επανεργάζεται» βιώματα της ημέρας, ενσωματώνοντας συναισθηματικές πληροφορίες σε ένα ευρύτερο γνωστικό και αφηγηματικό πλαίσιο (Walker & van der Helm, 2009).

Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στη μείωση της συναισθηματικής έντασης των εμπειριών και στη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας. Η διαταραχή του ύπνου, αντίθετα, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή επεξεργασία των εμπειριών, ενισχύοντας την ψυχική επιβάρυνση.

3.3.4 Το όνειρο ως ψυχική λειτουργία

Ιδιαίτερη θέση στη σχέση ύπνου και ψυχικής λειτουργίας κατέχει το όνειρο. Από ψυχαναλυτική σκοπιά, το όνειρο έχει θεωρηθεί ως χώρος επεξεργασίας ασυνείδητων επιθυμιών και συγκρούσεων (Freud, 1900/1953), ενώ σύγχρονες προσεγγίσεις το αντιμετωπίζουν ως μηχανισμό συναισθηματικής ρύθμισης και γνωστικής ενσωμάτωσης (Cartwright, 2010).

Στην τρίτη ηλικία, το όνειρο μπορεί να λειτουργήσει ως πεδίο επεξεργασίας απωλειών, αναμνήσεων και υπαρξιακών ερωτημάτων. Η αναδρομή στο παρελθόν, η επαναδιαπραγμάτευση της ταυτότητας και η αναζήτηση νοήματος συχνά αποτυπώνονται στο περιεχόμενο των ονείρων.

3.3.5 Ύπνος, ταυτότητα και ψυχική συνοχή

Ο ύπνος συμβάλλει στη διατήρηση της ψυχικής συνοχής, λειτουργώντας ως μηχανισμός που συνδέει εμπειρίες, συναισθήματα και αναπαραστάσεις του εαυτού. Η διαταραχή του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε αποδιοργάνωση της ψυχικής λειτουργίας, επηρεάζοντας την αυτοαντίληψη και την αίσθηση συνέχειας του εαυτού (Harvey, 2002).

Στην τρίτη ηλικία, όπου η ταυτότητα δοκιμάζεται μέσα από απώλειες και μεταβολές, η λειτουργία αυτή καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική. Ο ύπνος μπορεί να ιδωθεί ως ένας «χώρος επανασυγκόλλησης» της εμπειρίας, όπου το άτομο επεξεργάζεται και επαναδομεί το βίωμά του.

3.3.6 Προς μια ολοκληρωμένη κατανόηση

Συνολικά, ο ύπνος δεν αποτελεί μόνο δείκτη ψυχικής υγείας, αλλά ενεργό παράγοντα διαμόρφωσής της. Η σχέση μεταξύ ύπνου και ψυχολογικής λειτουργίας είναι αμφίδρομη, δυναμική και πολυεπίπεδη.

Στο πλαίσιο της τρίτης ηλικίας, ο ύπνος αναδεικνύεται ως ένα πεδίο όπου συναντώνται η βιολογία, η ψυχική ζωή και η εμπειρία του χρόνου. Η κατανόησή του, επομένως, δεν μπορεί να περιοριστεί σε επιμέρους διαστάσεις, αλλά απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που να αναγνωρίζει τον ύπνο ως διαδικασία ρύθμισης, επεξεργασίας και —τελικά— σχέσης με τον εαυτό.

3.4 Η Κοινωνική και Σχισιακή Διάσταση του Ύπνου στην Τρίτη Ηλικία

Ο ύπνος δεν αποτελεί απομονωμένη βιολογική λειτουργία, αλλά μια εμπειρία βαθιά ενταγμένη σε κοινωνικά και πολιτισμικά συμφραζόμενα. Η ποιότητά του δεν καθορίζεται αποκλειστικά

από νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς, αλλά διαμορφώνεται μέσα από σχέσεις, κοινωνικές συνθήκες και πολιτισμικά πρότυπα ζωής (Hawkley & Cacioppo, 2010; Grandner, 2017). Στο πλαίσιο αυτό, ο ύπνος μπορεί να ιδωθεί ως μια «κοινωνικά ενσωματωμένη» λειτουργία, η οποία αντανακλά τη θέση του ατόμου μέσα στον κοινωνικό κόσμο.

3.4.1 Μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και ύπνος

Ένας από τους σημαντικότερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον ύπνο στην τρίτη ηλικία είναι η μοναξιά. Η μοναξιά, ως υποκειμενική εμπειρία έλλειψης ουσιαστικής σύνδεσης, έχει συσχετιστεί με μειωμένη ποιότητα ύπνου, αυξημένη νυχτερινή αφύπνιση και αίσθηση μη αναζωογονητικού ύπνου (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Η επίδραση αυτή φαίνεται να διαμεσολαβείται από αυξημένα επίπεδα εγρήγορσης και στρες. Άτομα που βιώνουν μοναξιά παρουσιάζουν αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και δυσκολία χαλάρωσης, γεγονός που επηρεάζει την ικανότητα εισόδου στον ύπνο (Cacioppo et al., 2002). Στην τρίτη ηλικία, όπου η απώλεια συντρόφου, φίλων και κοινωνικών ρόλων είναι συχνή, οι επιπτώσεις αυτές καθίστανται ιδιαίτερα έντονες.

Η κοινωνική απομόνωση, ως αντικειμενική έλλειψη κοινωνικών επαφών, συνδέεται επίσης με διαταραχές ύπνου, αν και η επίδρασή της φαίνεται να είναι λιγότερο ισχυρή από τη μοναξιά ως υποκειμενική εμπειρία (Holt-Lunstad et al., 2015). Η διάκριση αυτή αναδεικνύει τη σημασία της ποιότητας των σχέσεων και όχι μόνο της ποσότητάς τους.

3.4.2 Κοινωνική υποστήριξη και προστατευτικός ρόλος

Αντίστροφα, η ύπαρξη υποστηρικτικών και σταθερών σχέσεων φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά για τον ύπνο. Η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στη μείωση του στρες, στη ρύθμιση του συναισθήματος και στη δημιουργία αίσθησης ασφάλειας, η οποία διευκολύνει την έναρξη και τη διατήρηση του ύπνου (Kent de Grey et al., 2018).

Η παρουσία ενός συντρόφου ή η συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα έχει συνδεθεί με καλύτερη ποιότητα ύπνου, ενώ η συναισθηματική εγγύτητα φαίνεται να επηρεάζει θετικά τη νυχτερινή

ξεκούραση (Troxel, 2010). Στην τρίτη ηλικία, η διατήρηση τέτοιων σχέσεων μπορεί να λειτουργήσει ως σημαντικός παράγοντας προστασίας απέναντι στις διαταραχές ύπνου.

3.4.3 Κοινωνικοί ρόλοι και καθημερινή δομή

Ο ύπνος επηρεάζεται επίσης από τη δομή της καθημερινής ζωής και τους κοινωνικούς ρόλους του ατόμου. Η συνταξιοδότηση, για παράδειγμα, συνοδεύεται συχνά από αλλαγές στο καθημερινό πρόγραμμα, μειωμένη φυσική δραστηριότητα και απώλεια κοινωνικής οργάνωσης, γεγονός που μπορεί να διαταράξει τους κίρκαδικούς ρυθμούς (Vitiello, 2009).

Η απουσία σταθερού προγράμματος και η μειωμένη έκθεση σε κοινωνικά και περιβαλλοντικά ερεθίσματα (π.χ. φως, δραστηριότητα) μπορεί να οδηγήσουν σε απορρύθμιση του ύπνου-εγρήγορσης. Αντίθετα, η διατήρηση καθημερινών ρουτινών και κοινωνικών δραστηριοτήτων συμβάλλει στη σταθεροποίηση του ύπνου.

3.4.4 Πολιτισμικές πρακτικές και ύπνος

Ο ύπνος διαμορφώνεται επίσης από πολιτισμικούς παράγοντες και κοινωνικές πρακτικές. Για παράδειγμα, ο μεσημεριανός ύπνος (siesta), που είναι διαδεδομένος σε μεσογειακές χώρες, επηρεάζει την κατανομή του ύπνου κατά τη διάρκεια του 24ώρου και αναδεικνύει τη σημασία του πολιτισμικού πλαισίου στη ρύθμιση του ύπνου (Monk, 2005).

Επιπλέον, κοινωνικές αντιλήψεις σχετικά με τον ύπνο, όπως η αξία της ξεκούρασης ή η σημασία της παραγωγικότητας, διαμορφώνουν τις συμπεριφορές ύπνου και τις προσδοκίες των ατόμων. Στην τρίτη ηλικία, όπου οι κοινωνικές απαιτήσεις μεταβάλλονται, οι πρακτικές αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

3.4.5 Ο ύπνος ως δείκτης κοινωνικής ένταξης

Ο ύπνος μπορεί να ιδωθεί ως ένας ευαίσθητος δείκτης κοινωνικής ένταξης και σχέσης. Η διαταραχή του ύπνου δεν αντανακλά μόνο βιολογικές δυσλειτουργίες, αλλά συχνά υποδηλώνει αποσύνδεση από κοινωνικά δίκτυα και σχέσεις. Αντίθετα, η καλή ποιότητα ύπνου συνδέεται με την αίσθηση ανήκειν και τη συμμετοχή σε κοινωνικές δομές (Grandner, 2017).

Στην τρίτη ηλικία, όπου οι εμπειρίες απώλειας και απομόνωσης είναι συχνές, ο ύπνος μπορεί να λειτουργήσει ως «καθρέφτης» της κοινωνικής κατάστασης του ατόμου. Η νυχτερινή ανησυχία, η αϋπνία και οι αφυπνίσεις συχνά αντανακλούν όχι μόνο σωματική ή ψυχική δυσφορία, αλλά και την απουσία σχέσης.

3.4.6 Προς μια σχεσιακή κατανόηση του ύπνου

Υπό το πρίσμα αυτό, ο ύπνος δεν αποτελεί μόνο βιολογική ή ψυχολογική διαδικασία, αλλά και κοινωνικό φαινόμενο. Η κατανόησή του απαιτεί την ενσωμάτωση των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που τον διαμορφώνουν.

Στην τρίτη ηλικία, ο ύπνος αναδεικνύεται ως σημείο συνάντησης σώματος, ψυχής και κοινωνικού κόσμου. Η ποιότητά του δεν εξαρτάται μόνο από την κατάσταση του οργανισμού ή της ψυχικής ζωής, αλλά και από τη θέση του ατόμου μέσα σε δίκτυα σχέσεων και νοημάτων. Ίσως, τελικά, ο ύπνος να μην είναι μόνο μια κατάσταση αποσύνδεσης από τον κόσμο, αλλά μια ιδιαίτερη μορφή σχέσης — μια διαδικασία μέσα από την οποία το άτομο διατηρεί ή χάνει τη σύνδεσή του με τον εαυτό και τους άλλους.

3.5 Ο Ύπνος ως Καθρέφτης της Σχέσης με τον Εαυτό και τον Κόσμο

Η σύνθεση των επιμέρους διαστάσεων του ύπνου —βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής— αναδεικνύει τον ύπνο στην τρίτη ηλικία ως ένα κατεξοχήν βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο. Ο ύπνος δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς μέσα από μονοδιάστατες προσεγγίσεις, καθώς αποτελεί μια δυναμική διαδικασία στην οποία συνυφαίνονται πολλαπλά επίπεδα της ανθρώπινης λειτουργίας (Engel, 1977; Buysse, 2014).

Σε βιολογικό επίπεδο, ο ύπνος αντανακλά τη λειτουργία και τη ρύθμιση του οργανισμού. Οι μεταβολές στην αρχιτεκτονική του ύπνου, οι αλλαγές στους κερκαδικούς ρυθμούς και οι νευροενδοκρινικές διεργασίες που τον συνοδεύουν αποτελούν δείκτες της φυσιολογικής κατάστασης του σώματος (Mander et al., 2017). Η διαταραχή του ύπνου συχνά συνδέεται με

καρδιαγγειακά, μεταβολικά και ανοσολογικά προβλήματα, υποδηλώνοντας ότι ο ύπνος λειτουργεί ως βασικός μηχανισμός διατήρησης της ομοιόστασης (Irwin, 2015).

Σε ψυχολογικό επίπεδο, ο ύπνος σχετίζεται άμεσα με την επεξεργασία εμπειριών και συναισθημάτων. Κατά τη διάρκεια του ύπνου, και ιδιαίτερα των σταδίων REM, το άτομο ενσωματώνει βιώματα, ρυθμίζει τη συναισθηματική ένταση και επαναοργανώνει τη γνωστική του εμπειρία (Walker & van der Helm, 2009). Η διαταραχή του ύπνου συνδέεται με αυξημένο άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα και μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα, αναδεικνύοντας τη σημασία του ως βασικού μηχανισμού ψυχικής ισορροπίας (Baglioni et al., 2011).

Σε κοινωνικό επίπεδο, ο ύπνος διαμορφώνεται μέσα από σχέσεις, κοινωνικές συνθήκες και πολιτισμικά πρότυπα. Η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η απουσία υποστηρικτικών σχέσεων έχουν συσχετιστεί με χειρότερη ποιότητα ύπνου, ενώ η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015). Επιπλέον, οι καθημερινές ρουτίνες, οι κοινωνικοί ρόλοι και οι πολιτισμικές πρακτικές επηρεάζουν τη ρύθμιση του ύπνου, υπογραμμίζοντας τη σημασία του κοινωνικού πλαισίου (Grandner, 2017).

Η κατανόηση του ύπνου ως βιοψυχοκοινωνικού φαινομένου προϋποθέτει την αναγνώριση της αλληλεπίδρασης αυτών των επιπέδων. Οι βιολογικές μεταβολές επηρεάζουν την ψυχική εμπειρία, η ψυχική κατάσταση επηρεάζει τη σωματική λειτουργία και οι κοινωνικές συνθήκες διαμεσολαβούν αυτή τη σχέση. Ο ύπνος, επομένως, δεν αποτελεί απλώς αποτέλεσμα αυτών των παραγόντων, αλλά πεδίο όπου αυτοί συναντώνται και αλληλοδιαμορφώνονται.

Στην τρίτη ηλικία, η πολυπλοκότητα αυτή γίνεται ακόμη πιο εμφανής. Η παρουσία χρόνιων νοσημάτων, οι εμπειρίες απώλειας, οι αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και η αναδιαμόρφωση της ταυτότητας συνθέτουν ένα δυναμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ο ύπνος λειτουργεί ως ευαίσθητος δείκτης της συνολικής κατάστασης του ατόμου (Vitiello, 2009).

Ο ύπνος μπορεί, υπό αυτή την έννοια, να θεωρηθεί ως ένας «καθρέφτης» της ισορροπίας ή της απορρύθμισης μεταξύ των διαφορετικών διαστάσεων της ανθρώπινης ύπαρξης. Η καλή ποιότητα ύπνου αντανακλά μια σχετική αρμονία μεταξύ σώματος, ψυχής και κοινωνικού περιβάλλοντος, ενώ η διαταραχή του ύπνου υποδηλώνει συχνά μια διατάραξη αυτής της ισορροπίας.

Ωστόσο, ο ύπνος δεν αποτελεί μόνο αντανάκλαση της κατάστασης του ατόμου, αλλά και ενεργό παράγοντα διαμόρφωσής της. Μέσω της λειτουργίας του, συμβάλλει στη σωματική αποκατάσταση, τη συναισθηματική ρύθμιση και τη γνωστική επεξεργασία, επηρεάζοντας άμεσα την υγεία και την ευημερία (Irwin & Opp, 2017).

Η θεώρηση αυτή επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του ύπνου στην τρίτη ηλικία, η οποία υπερβαίνει τη διάκριση μεταξύ «φυσιολογικού» και «παθολογικού». Αντίθετα, ο ύπνος προσεγγίζεται ως μια δυναμική διαδικασία, η οποία αντανακλά και ταυτόχρονα διαμορφώνει τη συνολική εμπειρία του ατόμου.

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη του ύπνου αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης. Η ποιότητα του ύπνου συνδέεται με τη λειτουργικότητα, τη ψυχική ευεξία και την κοινωνική συμμετοχή, καθιστώντας τον έναν από τους πιο σημαντικούς δείκτες υγείας στην τρίτη ηλικία (Buysse, 2014).

Συμπερασματικά, ο ύπνος δεν αποτελεί απλώς μια παθητική κατάσταση ανάπαυσης, αλλά μια ενεργή διαδικασία ρύθμισης, επεξεργασίας και αποκατάστασης. Στην τρίτη ηλικία, όπου οι ισορροπίες είναι πιο εύθραυστες, ο ύπνος αναδεικνύεται ως κρίσιμος κόμβος όπου συναντώνται το σώμα, η ψυχική ζωή και ο κοινωνικός κόσμος.

Και ίσως, τελικά, ο τρόπος που κοιμάται κανείς να μην φανερώνει μόνο την κατάσταση του οργανισμού του, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με την εμπειρία του, με τους άλλους και με τη ζωή συνολικά.

Η Μοναξιά ως Τραύμα της Σχέσης και του Παρελθόντος στην Τρίτη Ηλικία

*«All real living is meeting»
Martin Buber*

Η ανθρώπινη ύπαρξη συγκροτείται μέσα στη σχέση. Από τα πρώτα στάδια της ζωής έως την ύστερη ηλικία, η ανάγκη για σύνδεση, αναγνώριση και συμμετοχή στον κόσμο των άλλων παραμένει θεμελιώδης για την ψυχική συνοχή, τη σωματική υγεία και την αίσθηση νοήματος. Η μοναξιά, επομένως, δεν αφορά απλώς την απουσία συντροφιάς, αλλά μια βαθύτερη εμπειρία ρήξης ή αποδυνάμωσης του δεσμού ανάμεσα στο άτομο και τον κοινωνικό του κόσμο.

Στην τρίτη ηλικία, η εμπειρία αυτή καθίσταται ιδιαίτερα κρίσιμη. Η γήρανση συνοδεύεται συχνά από μεταβολές που επηρεάζουν άμεσα τη σχεσιακή ζωή του ατόμου, όπως η απώλεια συντρόφου ή φίλων, η συνταξιοδότηση, η μείωση της λειτουργικότητας, οι περιορισμοί στην κινητικότητα και η σταδιακή αναδιάταξη των κοινωνικών ρόλων. Οι αλλαγές αυτές δεν μεταβάλλουν μόνο την κοινωνική παρουσία του ηλικιωμένου, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο βιώνει τον εαυτό του μέσα στον κόσμο.

Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση, αν και συχνά συνυπάρχουν, δεν ταυτίζονται. Η κοινωνική απομόνωση αναφέρεται κυρίως στην αντικειμενική έλλειψη κοινωνικών επαφών ή δικτύων, ενώ η μοναξιά συνιστά υποκειμενική εμπειρία ανεκπλήρωτης σχέσης, ένα βίωμα εσωτερικής αποσύνδεσης που μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και παρουσία άλλων. Η διάκριση αυτή είναι κρίσιμη, διότι αναδεικνύει ότι το πρόβλημα δεν εξαντλείται στον αριθμό των επαφών, αλλά αφορά την ποιότητα, το νόημα και τη βιωμένη αίσθηση του ανήκειν.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η μοναξιά αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία. Έχει συνδεθεί με αυξημένη θνησιμότητα, καρδιαγγειακή επιβάρυνση, φλεγμονώδεις διεργασίες, καταθλιπτικά συμπτώματα, διαταραχές ύπνου και γνωστική έκπτωση. Ωστόσο, πέρα από τις επιμέρους επιπτώσεις της, η μοναξιά στην τρίτη ηλικία χρειάζεται να ιδωθεί ως πολυεπίπεδο βίωμα που εγγράφεται στο σώμα, διαπερνά την ψυχική λειτουργία και διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα κοινωνικά και πολιτισμικά συμφραζόμενα.

Υπό αυτό το πρίσμα, η κατανόηση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης απαιτεί μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Μια τέτοια οπτική δεν αντιμετωπίζει τη μοναξιά ως απλό σύμπτωμα ή ως αποκλειστικά ατομικό πρόβλημα, αλλά ως σύνθετο φαινόμενο που αναδύεται στη συνάντηση βιολογικών ευαλωτοτήτων, ψυχικών διεργασιών και σχεσιακών ή κοινωνικών συνθηκών. Ιδίως στην τρίτη ηλικία, όπου οι ισορροπίες γίνονται πιο εύθραυστες, η μοναξιά μπορεί να λειτουργήσει ως ένας από τους πιο ευαίσθητους δείκτες του τρόπου με τον οποίο το άτομο κατορθώνει — ή δυσκολεύεται — να παραμένει σε σχέση με τον εαυτό, τους άλλους και τη ζωή.

Σε αυτό το κεφάλαιο, η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση προσεγγίζονται όχι μόνο ως κοινωνικά ή συναισθηματικά προβλήματα, αλλά ως κεντρικά πεδία κατανόησης της ευδόκιμης γήρανσης. Διότι τελικά, στην ύστερη ζωή, το ερώτημα δεν είναι μόνο αν ο άνθρωπος ζει περισσότερο, αλλά αν συνεχίζει να κατοικεί έναν κόσμο σχέσεων, νοήματος και παρουσίας.

4.1 Εννοιολογικές Διακρίσεις και Θεωρητικές Οριοθετήσεις

Η κατανόηση της μοναξιάς στην τρίτη ηλικία προϋποθέτει μια σαφή εννοιολογική διάκριση μεταξύ όρων που συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στη βιβλιογραφία, αλλά αναφέρονται σε διαφορετικές διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας. Ειδικότερα, είναι κρίσιμο να διαφοροποιηθούν οι έννοιες της μοναξιάς (loneliness), της κοινωνικής απομόνωσης (social isolation) και της μοναχικής διαβίωσης (living alone), καθώς καθεμία αντανακλά

διαφορετικούς μηχανισμούς και σχετίζεται με διακριτές επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων.

Η μοναξιά ορίζεται ως μια υποκειμενική, συναισθηματική εμπειρία, η οποία προκύπτει όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι κοινωνικές του σχέσεις είναι ανεπαρκείς σε ποσότητα ή ποιότητα σε σχέση με τις επιθυμίες ή τις ανάγκες του (Perlman & Peplau, 1981; Hawkley & Cacioppo, 2010). Δεν αφορά, επομένως, τον αριθμό των κοινωνικών επαφών, αλλά την εσωτερική εμπειρία της αποσύνδεσης. Ένα άτομο μπορεί να περιβάλλεται από άλλους και παρ' όλα αυτά να βιώνει βαθιά μοναξιά, όταν οι σχέσεις αυτές δεν προσφέρουν αίσθηση εγγύτητας, κατανόησης ή συναισθηματικής ανταπόκρισης.

Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση αναφέρεται σε μια αντικειμενική κατάσταση περιορισμένων κοινωνικών επαφών και αλληλεπιδράσεων. Περιλαμβάνει δείκτες όπως το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου, η συχνότητα επικοινωνίας και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (Cornwell & Waite, 2009). Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να μετρηθεί ποσοτικά, ωστόσο δεν συνεπάγεται απαραίτητα την ύπαρξη μοναξιάς. Άτομα με περιορισμένες κοινωνικές επαφές ενδέχεται να μην βιώνουν μοναξιά, εφόσον οι υπάρχουσες σχέσεις τους θεωρούνται επαρκείς και ικανοποιητικές.

Η μοναχική διαβίωση, τέλος, αποτελεί ένα δημογραφικό χαρακτηριστικό και αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο ζει μόνο. Αν και συχνά θεωρείται παράγοντας κινδύνου για μοναξιά ή απομόνωση, η σχέση αυτή δεν είναι γραμμική. Η μοναχική διαβίωση μπορεί να συνδέεται με αυτονομία, επιλογή και ικανοποίηση, ιδιαίτερα σε πολιτισμικά πλαίσια όπου η ανεξαρτησία εκτιμάται θετικά (Victor et al., 2005). Επομένως, το να ζει κανείς μόνος δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη ψυχολογική δυσφορία.

Η διάκριση μεταξύ αυτών των τριών εννοιών είναι θεμελιώδης, καθώς κάθε μία συνδέεται με διαφορετικές επιπτώσεις στην υγεία. Η μοναξιά, ως υποκειμενική εμπειρία, έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, άγχους, γνωστικής έκπτωσης και θνησιμότητας (Cacioppo

& Cacioppo, 2014; Holt-Lunstad et al., 2015). Παράλληλα, φαίνεται να επηρεάζει βιολογικές διεργασίες, όπως η φλεγμονώδης απόκριση και η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, αναδεικνύοντας τη βαθιά ενσωμάτωση της κοινωνικής εμπειρίας στη βιολογία του οργανισμού.

Η κοινωνική απομόνωση, από την άλλη πλευρά, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο σωματικής νοσηρότητας και λειτουργικής έκπτωσης, κυρίως μέσω της έλλειψης υποστηρικτικών δικτύων που θα μπορούσαν να διευκολύνουν την πρόσβαση σε φροντίδα και πόρους (Berkman et al., 2000). Ωστόσο, η επίδρασή της στην ψυχική υγεία φαίνεται να είναι λιγότερο έντονη από εκείνη της μοναξιάς, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της υποκειμενικής εμπειρίας.

Η πολυπλοκότητα αυτών των εννοιών καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής στην τρίτη ηλικία. Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας συχνά βιώνουν αλλαγές στους κοινωνικούς τους ρόλους, απώλειες σημαντικών προσώπων και περιορισμό των κοινωνικών τους δικτύων. Ωστόσο, η εμπειρία της μοναξιάς δεν είναι ομοιόμορφη. Ορισμένα άτομα καταφέρνουν να διατηρήσουν ένα αίσθημα σύνδεσης και νοήματος, ακόμη και με περιορισμένες επαφές, ενώ άλλα βιώνουν έντονη μοναξιά παρά την ύπαρξη κοινωνικού περιβάλλοντος (Victor & Bowling, 2012).

Η θεωρία της κοινωνικής επιλογής-συναισθηματικότητας (Socioemotional Selectivity Theory) προσφέρει ένα χρήσιμο πλαίσιο κατανόησης αυτής της διαφοροποίησης. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, τα άτομα στην τρίτη ηλικία τείνουν να επενδύουν σε λιγότερες αλλά πιο ουσιαστικές σχέσεις, δίνοντας έμφαση στη συναισθηματική ποιότητα αντί της ποσότητας (Carstensen et al., 2003). Υπό αυτή την έννοια, η μείωση των κοινωνικών επαφών δεν συνεπάγεται απαραίτητα αρνητική εμπειρία, εφόσον διατηρείται η ποιότητα της σύνδεσης.

Παράλληλα, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η μοναξιά δεν αποτελεί μόνο αποτέλεσμα παρόντων συνθηκών, αλλά συχνά συνδέεται με προγενέστερες εμπειρίες σχέσης. Όπως έχει υποστηριχθεί στη ψυχοδυναμική προσέγγιση, η εμπειρία της μοναξιάς μπορεί να αντανακλά εσωτερικευμένα πρότυπα σχέσης, τα οποία διαμορφώθηκαν νωρίτερα στη ζωή (Qualter et al.,

2015). Υπό αυτό το πρίσμα, η μοναξιά δεν είναι απλώς αντίδραση στην απουσία του Άλλου, αλλά μπορεί να αποτελεί συνέχεια μιας σχέσης που δεν συγκροτήθηκε ποτέ επαρκώς.

Η διάκριση μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής απομόνωσης και μοναχικής διαβίωσης έχει επίσης σημαντικές πρακτικές συνέπειες για την παρέμβαση. Παρεμβάσεις που στοχεύουν αποκλειστικά στην αύξηση των κοινωνικών επαφών ενδέχεται να αποδειχθούν ανεπαρκείς, εάν δεν λαμβάνουν υπόψη την ποιότητα και το νόημα των σχέσεων. Αντίστοιχα, η αντιμετώπιση της μοναξιάς απαιτεί συχνά ψυχολογικές και σχεσιακές προσεγγίσεις που εστιάζουν στην εμπειρία του ατόμου και όχι μόνο στις εξωτερικές συνθήκες (Masi et al., 2011). Συνοψίζοντας, η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η μοναχική διαβίωση αποτελούν διακριτές αλλά αλληλοσυνδεόμενες έννοιες, οι οποίες συνθέτουν ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και την ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία. Η κατανόησή τους μέσα από ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο επιτρέπει την ανάδειξη της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης εμπειρίας και θέτει τις βάσεις για πιο στοχευμένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

Και ίσως, τελικά, αυτό που διαχωρίζει τη μοναξιά από την απλή απουσία των άλλων δεν είναι ο αριθμός των σχέσεων, αλλά η δυνατότητα του ατόμου να βιώνει τον εαυτό του μέσα σε μια σχέση που τον περιλαμβάνει.

4.2 Οι Βιολογικές Εγγραφές της Μοναξιάς: Νευροενδοκρινικοί και Ανοσολογικοί Μηχανισμοί στην Τρίτη Ηλικία

Η μοναξιά, αν και συχνά προσεγγίζεται ως ψυχολογική ή κοινωνική εμπειρία, έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με βαθιές και συστηματικές βιολογικές επιπτώσεις, επηρεάζοντας τη λειτουργία πολλαπλών συστημάτων του οργανισμού. Στο πλαίσιο της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, η μοναξιά δεν μπορεί να θεωρηθεί ως μια «άυλη» κατάσταση, αλλά ως εμπειρία που ενσωματώνεται και αποτυπώνεται στο σώμα, επηρεάζοντας τη φυσιολογική ισορροπία και την υγεία (Cacioppo & Hawkley, 2009; Cacioppo et al., 2015).

Ένας από τους βασικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων η μοναξιά επηρεάζει τον οργανισμό αφορά το νευροενδοκρινικό σύστημα και ειδικότερα τον άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων (HPA axis). Η χρόνια εμπειρία μοναξιάς έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, της κύριας ορμόνης του στρες, καθώς και με διαταραχές στον κίρκαδικό ρυθμό της έκκρισής της (Adam et al., 2006; Doane & Adam, 2010). Η παρατεταμένη ενεργοποίηση του άξονα αυτού οδηγεί σε κατάσταση χρόνιας «βιολογικής επιφυλακής», η οποία επιβαρύνει το καρδιαγγειακό σύστημα, διαταράσσει τον μεταβολισμό και επηρεάζει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού.

Παράλληλα, η μοναξιά έχει συνδεθεί με αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα. Μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα μοναξιάς παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα προφλεγμονωδών κυτταροκινών, όπως η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) και ο παράγοντας νέκρωσης όγκων-α (TNF-α) (Steptoe et al., 2004; Cole et al., 2007). Η χρόνια φλεγμονή αποτελεί βασικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, σακχαρώδη διαβήτη και νευροεκφυλιστικών διαταραχών, γεγονός που καθιστά τη μοναξιά σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη σωματική υγεία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έννοια της «κοινωνικά ρυθμιζόμενης γονιδιακής έκφρασης» (social genomics). Έρευνες έχουν δείξει ότι η μοναξιά σχετίζεται με συγκεκριμένα πρότυπα γονιδιακής έκφρασης, τα οποία χαρακτηρίζονται από αυξημένη ενεργοποίηση γονιδίων που σχετίζονται με τη φλεγμονή και μειωμένη έκφραση γονιδίων που εμπλέκονται στην αντι-ική άμυνα (Cole et al., 2015). Η διαπίστωση αυτή υποδηλώνει ότι η κοινωνική εμπειρία δεν επηρεάζει μόνο τη συμπεριφορά ή το συναίσθημα, αλλά φτάνει μέχρι το επίπεδο της βιολογικής ρύθμισης.

Επιπλέον, η μοναξιά φαίνεται να επηρεάζει το αυτόνομο νευρικό σύστημα, οδηγώντας σε αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος και μειωμένη παρασυμπαθητική ρύθμιση (Thayer & Lane, 2007). Η ανισορροπία αυτή συνδέεται με αυξημένο καρδιαγγειακό

κίνδυνο, μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο στρες και γενικότερη επιβάρυνση της φυσιολογικής λειτουργίας.

Στην τρίτη ηλικία, οι επιπτώσεις αυτές καθίστανται ακόμη πιο σημαντικές, καθώς το βιολογικό σύστημα είναι ήδη επιβαρυνμένο από τη φυσιολογική φθορά και τη συννοσηρότητα. Η έννοια της «ανοσολογικής γήρανσης» (immunosenescence) περιγράφει τη σταδιακή μείωση της αποτελεσματικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία συνδυάζεται με αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα (Franceschi et al., 2000). Η μοναξιά φαίνεται να επιτείνει αυτή τη διαδικασία, ενισχύοντας την ευαλωτότητα των ηλικιωμένων σε λοιμώξεις και χρόνιες νόσους. Ταυτόχρονα, η μοναξιά έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Μετα-αναλυτικά δεδομένα έχουν δείξει ότι τόσο η μοναξιά όσο και η κοινωνική απομόνωση σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου, σε βαθμό συγκρίσιμο με παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η υπέρταση (Holt-Lunstad et al., 2015). Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει ότι η κοινωνική εμπειρία αποτελεί βασικό καθοριστικό παράγοντα της υγείας.

Πέρα από τις επιμέρους βιολογικές διεργασίες, η μοναξιά μπορεί να ιδωθεί ως μια μορφή «σωματοποιημένου στρες», η οποία διαπερνά πολλαπλά επίπεδα λειτουργίας του οργανισμού. Η χρόνια εμπειρία αποσύνδεσης ενεργοποιεί μηχανισμούς επιβίωσης, οι οποίοι, ενώ είναι προσαρμοστικοί σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο, καθίστανται επιβαρυντικοί όταν παρατείνονται (McEwen, 2007). Η έννοια του «allostatic load» περιγράφει το σωρευτικό βιολογικό κόστος αυτής της παρατεταμένης προσαρμογής, το οποίο συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και λειτουργική έκπτωση.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι βιολογικές επιπτώσεις της μοναξιάς δεν είναι ανεξάρτητες από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αντίθετα, διαμορφώνονται μέσα από τη δυναμική αλληλεπίδραση αυτών των επιπέδων. Για παράδειγμα, η αντίληψη απειλής, η έλλειψη εμπιστοσύνης και η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη μπορούν να ενισχύσουν τη

βιολογική απόκριση στο στρες, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο μεταξύ ψυχικής και σωματικής επιβάρυνσης (Cacioppo & Cacioppo, 2014).

Υπό αυτό το πρίσμα, η μοναξιά μπορεί να θεωρηθεί όχι μόνο ως ψυχική κατάσταση, αλλά ως βιολογικά ενσωματωμένη εμπειρία. Το σώμα δεν λειτουργεί απλώς ως «δέκτης» της μοναξιάς, αλλά ως ενεργός φορέας της, καταγράφοντας και αναπαράγοντας τις επιπτώσεις της σε πολλαπλά επίπεδα.

Στην τρίτη ηλικία, όπου η ισορροπία μεταξύ των συστημάτων είναι πιο εύθραυστη, η μοναξιά αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα. Δεν αποτελεί μόνο ένδειξη ψυχικής δυσφορίας, αλλά και σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη συνολική υγεία και τη λειτουργικότητα. Η κατανόησή της, επομένως, απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που να αναγνωρίζει τη σύνδεση μεταξύ σχέσης και βιολογίας.

Και ίσως, τελικά, η μοναξιά να μην είναι απλώς μια εμπειρία του νου, αλλά μια κατάσταση που το σώμα θυμάται — ακόμη και όταν δεν υπάρχουν λέξεις για να την περιγράψουν.

4.3 Ψυχολογικές και Υπαρξιακές Διαστάσεις της Μοναξιάς στην Τρίτη Ηλικία

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η μοναξιά συνιστά μια πολυδιάστατη εμπειρία που επηρεάζει βαθιά τη συναισθηματική, γνωστική και υπαρξιακή λειτουργία του ατόμου. Δεν πρόκειται απλώς για ένα παροδικό συναίσθημα, αλλά για μια κατάσταση που μπορεί να διαμορφώσει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο.

Εμπειρικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η μοναξιά συνδέεται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και μειωμένης αυτοεκτίμησης (Heinrich & Gullone, 2006; Cacioppo et al., 2006). Στην τρίτη ηλικία, οι επιπτώσεις αυτές ενδέχεται να είναι πιο έντονες, καθώς το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με πολλαπλές μεταβολές, όπως η απώλεια σημαντικών σχέσεων, η μείωση της λειτουργικότητας και η αναδιαμόρφωση των κοινωνικών ρόλων.

Η μοναξιά φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο το συναίσθημα, αλλά και τις γνωστικές διεργασίες. Σύμφωνα με το γνωστικό μοντέλο της μοναξιάς, τα άτομα που βιώνουν μοναξιά τείνουν να

αναπτύσσουν αρνητικά γνωστικά σχήματα σχετικά με τον εαυτό και τους άλλους, όπως προσδοκίες απόρριψης, δυσπιστία και υπερερμηνεία κοινωνικών ερεθισμάτων (Cacioppo & Hawkey, 2009). Οι γνωστικές αυτές στρεβλώσεις οδηγούν σε αυξημένη επιφυλακτικότητα και αποφυγή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, ενισχύοντας περαιτέρω το αίσθημα μοναξιάς.

Έτσι, δημιουργείται ένας αυτοτροφοδοτούμενος φαύλος κύκλος: η μοναξιά ενισχύει αρνητικές προσδοκίες, οι οποίες οδηγούν σε κοινωνική απόσυρση, η οποία με τη σειρά της εντείνει τη μοναξιά. Η διαδικασία αυτή υπογραμμίζει ότι η μοναξιά δεν είναι μόνο αποτέλεσμα εξωτερικών συνθηκών, αλλά και εσωτερικών ψυχολογικών μηχανισμών.

Στην τρίτη ηλικία, η μοναξιά αποκτά συχνά και μια έντονη υπαρξιακή διάσταση. Τα άτομα καλούνται να αντιμετωπίσουν ερωτήματα που αφορούν το νόημα της ζωής, τη θνητότητα, την απώλεια και τη συνέχεια του εαυτού. Η εμπειρία της μοναξιάς μπορεί να ενισχύσει αυτά τα ερωτήματα, οδηγώντας σε αίσθηση κενού, ματαιότητας ή αποσύνδεσης από τη ζωή (Pinquart, 2003).

Η απώλεια σημαντικών προσώπων — συντρόφων, φίλων ή συγγενών — αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη μοναξιά στην τρίτη ηλικία. Ωστόσο, η ψυχολογική επίδραση της απώλειας δεν περιορίζεται στην απουσία του Άλλου, αλλά επεκτείνεται στη διατάραξη της εσωτερικής αναπαράστασης της σχέσης. Η απώλεια μπορεί να ενεργοποιήσει προγενέστερα βιώματα αποσύνδεσης ή ανεπαρκούς σχέσης, ενισχύοντας την αίσθηση μοναξιάς (Victor & Bowling, 2012).

Παράλληλα, η μοναξιά επηρεάζει την αυτοαντίληψη και την ταυτότητα του ατόμου. Η αίσθηση ότι «δεν ανήκω» ή «δεν είμαι σημαντικός για τους άλλους» μπορεί να οδηγήσει σε αποδυνάμωση της αυτοεκτίμησης και σε αίσθηση περιθωριοποίησης (Qualter et al., 2015).

Στην τρίτη ηλικία, όπου η ταυτότητα συχνά αναδιαμορφώνεται λόγω αλλαγών στους κοινωνικούς ρόλους, η επίδραση αυτή καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική.

Επιπλέον, η μοναξιά συνδέεται με μειωμένη ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης. Άτομα που βιώνουν έντονη μοναξιά παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία σε αρνητικά συναισθήματα και δυσκολία επεξεργασίας στρεσογόνων εμπειριών (Hawkley & Cacioppo, 2010). Η έλλειψη υποστηρικτικών σχέσεων στερεί από το άτομο έναν βασικό μηχανισμό ρύθμισης του συναισθήματος, ενισχύοντας την ψυχική επιβάρυνση.

Στο πλαίσιο αυτό, η μοναξιά μπορεί να ιδωθεί και ως διαταραχή της σχέσης με τον εαυτό. Η απουσία εξωτερικής αναγνώρισης και συναισθηματικής ανταπόκρισης μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολία εσωτερικής ρύθμισης και σε αίσθηση εσωτερικού κενού. Η εμπειρία αυτή δεν αφορά μόνο την απουσία των άλλων, αλλά και την αδυναμία του ατόμου να βιώσει τον εαυτό του ως «κρατημένο» μέσα σε μια σχέση.

Από ψυχοδυναμική σκοπιά, η μοναξιά μπορεί να συνδεθεί με πρώιμες εμπειρίες σχέσης και με τον τρόπο με τον οποίο το άτομο έχει εσωτερικεύσει τον Άλλον. Όταν οι πρώιμες σχέσεις χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια, απουσία ή ανεπαρκή συναισθηματική ανταπόκριση, το άτομο ενδέχεται να αναπτύξει ένα εσωτερικό μοντέλο σχέσης που δυσκολεύεται να προσφέρει αίσθηση ασφάλειας και σύνδεσης (Mikulincer & Shaver, 2007). Στην τρίτη ηλικία, οι εμπειρίες αυτές μπορεί να επανενεργοποιηθούν, ιδιαίτερα υπό συνθήκες απώλειας και απομόνωσης.

Υπό αυτό το πρίσμα, η μοναξιά δεν αποτελεί μόνο αντίδραση στην παρούσα κατάσταση, αλλά και έκφραση μιας βαθύτερης ιστορίας σχέσεων. Δεν αφορά μόνο το ποιοι είναι παρόντες, αλλά και το πώς έχουν υπάρξει οι σχέσεις μέσα στον χρόνο.

Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η μοναξιά δεν είναι απαραίτητα μόνο αρνητική εμπειρία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εμπειρία της μοναχικότητας μπορεί να συνδεθεί με αυτογνωσία, αναστοχασμό και δημιουργική επεξεργασία της ζωής (Long & Averill, 2003). Ωστόσο, η διάκριση μεταξύ δημιουργικής μοναχικότητας και επώδυνης μοναξιάς είναι κρίσιμη, καθώς η δεύτερη συνδέεται με σημαντική ψυχική επιβάρυνση.

Συνοψίζοντας, οι ψυχολογικές διαστάσεις της μοναξιάς στην τρίτη ηλικία αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα της εμπειρίας αυτής. Η μοναξιά επηρεάζει το συναίσθημα, τη σκέψη, την αυτοαντίληψη και τη σχέση με τον κόσμο, ενώ ταυτόχρονα διαμορφώνεται από προηγούμενες εμπειρίες σχέσης και από το παρόν κοινωνικό πλαίσιο.

Και ίσως, τελικά, η μοναξιά να μην αφορά μόνο την απουσία του Άλλου, αλλά και τη δυσκολία του ατόμου να βιώσει τον εαυτό του ως υπάρχοντα μέσα σε μια σχέση που τον αναγνωρίζει.

4.4 Κοινωνικές και Πολιτισμικές Διαστάσεις της Μοναξιάς: Από την Αποσύνδεση στη Σχέση στην Τρίτη Ηλικία

Η μοναξιά δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομική ή ψυχολογική εμπειρία, αλλά ένα φαινόμενο βαθιά ενταγμένο στο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκτυλίσσεται η ανθρώπινη ζωή. Οι τρόποι με τους οποίους οι κοινωνίες οργανώνουν τις σχέσεις, τους ρόλους και τα δίκτυα υποστήριξης επηρεάζουν καθοριστικά τόσο την εμφάνιση όσο και τη σημασία της μοναξιάς στην τρίτη ηλικία (de Jong Gierveld & Tesch-Römer, 2012; Victor et al., 2005). Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, παρατηρείται μια σταδιακή μετάβαση από συλλογικές μορφές οργάνωσης της ζωής προς περισσότερο ατομικιστικά πρότυπα. Η αυξανόμενη έμφαση στην αυτονομία, η γεωγραφική κινητικότητα και η αποδυνάμωση των παραδοσιακών οικογενειακών και κοινοτικών δομών έχουν οδηγήσει σε μετασχηματισμό των κοινωνικών σχέσεων (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Αν και οι αλλαγές αυτές συνδέονται με αυξημένες δυνατότητες επιλογής και ελευθερίας, παράλληλα ενδέχεται να περιορίζουν τη σταθερότητα και τη διάρκεια των διαπροσωπικών δεσμών.

Στο πλαίσιο αυτό, η τρίτη ηλικία αναδεικνύεται ως περίοδος αυξημένης ευαλωτότητας ως προς τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση. Παράγοντες όπως η απώλεια συντρόφου, η απομάκρυνση των παιδιών λόγω εργασιακής κινητικότητας και η μείωση της συμμετοχής σε κοινωνικούς ρόλους και δραστηριότητες συντελούν στη συρρίκνωση των κοινωνικών δικτύων (Victor et al., 2005; Dahlberg & McKee, 2014). Η συνταξιοδότηση, ειδικότερα, σηματοδοτεί

μα σημαντική μετάβαση, καθώς συνοδεύεται από απώλεια κοινωνικής ταυτότητας και καθημερινής δομής, στοιχεία που μπορούν να επηρεάσουν την αίσθηση του ανήκειν.

Ωστόσο, η εμπειρία της μοναξιάς δεν καθορίζεται μόνο από την ποσότητα των κοινωνικών επαφών, αλλά και από την ποιότητά τους, καθώς και από τις πολιτισμικές προσδοκίες που τις πλαισιώνουν. Σε κοινωνίες όπου οι διαγενεακές σχέσεις και η οικογενειακή συνοχή αποτελούν κεντρικές αξίες, η απουσία τέτοιων δεσμών μπορεί να βιώνεται πιο έντονα ως μοναξιά (Fokkema et al., 2012). Αντίθετα, σε πολιτισμικά πλαίσια όπου η ανεξαρτησία και η αυτονομία εκτιμώνται περισσότερο, η μοναχική διαβίωση μπορεί να μην συνοδεύεται από αρνητική εμπειρία.

Η διαπολιτισμική έρευνα έχει δείξει ότι τα επίπεδα μοναξιάς διαφέρουν σημαντικά μεταξύ χωρών, αντανακλώντας διαφορές στις κοινωνικές δομές, τις αξίες και τα δίκτυα υποστήριξης (Yang & Bowling, 2011). Για παράδειγμα, σε μεσογειακές κοινωνίες, όπου οι οικογενειακοί δεσμοί παραμένουν ισχυροί, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας συχνά διατηρούν στενές σχέσεις με τα παιδιά και τα εγγόνια τους, γεγονός που λειτουργεί προστατευτικά έναντι της μοναξιάς. Ωστόσο, οι σύγχρονες κοινωνικές μεταβολές, όπως η αστικοποίηση και η μετανάστευση, επηρεάζουν και αυτά τα παραδοσιακά πρότυπα.

Παράλληλα, οι κοινωνικές ανισότητες παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της εμπειρίας της μοναξιάς. Παράγοντες όπως το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες επηρεάζουν τη δυνατότητα του ατόμου να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες και να διατηρεί σχέσεις (Hawkley et al., 2008). Η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός ενδέχεται να περιορίσουν τις ευκαιρίες κοινωνικής συμμετοχής, ενισχύοντας την απομόνωση.

Επιπλέον, η ψηφιοποίηση της κοινωνικής ζωής δημιουργεί νέες μορφές σύνδεσης, αλλά και νέες μορφές αποσύνδεσης. Αν και οι ψηφιακές τεχνολογίες μπορούν να διευκολύνουν την επικοινωνία, ιδιαίτερα για άτομα με περιορισμένη κινητικότητα, η έλλειψη ψηφιακών

δεξιοτήτων στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αποκλεισμό (Quan-Haase et al., 2021). Η «ψηφιακή απόσταση» αναδεικνύεται έτσι ως νέος παράγοντας κοινωνικής ανισότητας.

Η έννοια της κοινωνικής συμμετοχής (social participation) αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες έναντι της μοναξιάς. Η συμμετοχή σε δραστηριότητες, συλλόγους και κοινοτικές δομές ενισχύει την αίσθηση του ανήκειν και της κοινωνικής ένταξης (Levasseur et al., 2010). Στην τρίτη ηλικία, τέτοιες μορφές συμμετοχής μπορούν να λειτουργήσουν ως υποκατάστατο των χαμένων ρόλων και να προσφέρουν νέα πεδία νοήματος.

Παράλληλα, η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων παραμένει καθοριστικός παράγοντας. Η ύπαρξη λίγων αλλά ουσιαστικών σχέσεων μπορεί να είναι πιο σημαντική από την ύπαρξη πολλών επιφανειακών επαφών (Carstensen et al., 2003). Η διάσταση αυτή αναδεικνύει ότι η μοναξιά δεν αφορά απλώς τη δομή των κοινωνικών δικτύων, αλλά τη δυνατότητα του ατόμου να βιώνει συναισθηματική εγγύτητα και αναγνώριση.

Σε ένα βαθύτερο επίπεδο, η μοναξιά μπορεί να ιδωθεί ως ένδειξη μιας ευρύτερης κοινωνικής μετατόπισης: από κοινότητες σχέσης προς κοινωνίες λειτουργίας. Η μετατόπιση αυτή, αν και προσφέρει ευκαιρίες αυτονομίας, ενδέχεται να αποδυναμώνει τους δεσμούς που προσφέρουν αίσθηση σταθερότητας και νοήματος. Στην τρίτη ηλικία, όπου η ανάγκη για σχέση καθίσταται πιο εμφανής, η απουσία αυτών των δεσμών μπορεί να βιώνεται ιδιαίτερα έντονα.

Ωστόσο, οι πολιτισμικές πρακτικές και αξίες μπορούν να λειτουργήσουν και ως παράγοντες προστασίας. Η διατήρηση τελετουργιών, η συμμετοχή σε θρησκευτικές ή κοινοτικές δραστηριότητες και η αναγνώριση του ρόλου των ηλικιωμένων ως φορέων εμπειρίας και μνήμης μπορούν να ενισχύσουν την αίσθηση του ανήκειν και να μειώσουν τη μοναξιά (Krause, 2007).

Συνοψίζοντας, οι κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις της μοναξιάς αναδεικνύουν ότι η εμπειρία αυτή δεν είναι μόνο ατομική, αλλά και συλλογική. Η μοναξιά αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνίες οργανώνουν τη σχέση, τη φροντίδα και το ανήκειν.

Και ίσως, τελικά, η μοναξιά στην τρίτη ηλικία να μην αφορά μόνο το ποιοι λείπουν από τη ζωή του ατόμου, αλλά και το πώς η κοινωνία έχει μάθει —ή έχει ξεχάσει— να κρατά τους ανθρώπους σε σχέση.

4.5 Μοναξιά και Υγεία: Ένα Δυναμικό Βιοψυχοκοινωνικό Πλέγμα στη Γήρανση

Η μοναξιά αποτελεί έναν από τους πλέον πολυδιάστατους και ισχυρούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία στην τρίτη ηλικία. Στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, δεν μπορεί να κατανοηθεί ως μεμονωμένη εμπειρία, αλλά ως ένας δυναμικός κόμβος όπου συγκλίνουν και αλληλεπιδρούν βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διεργασίες (Engel, 1977; Cacioppo & Cacioppo, 2014).

Σε βιολογικό επίπεδο, η μοναξιά έχει συσχετιστεί με ενεργοποίηση του στρεσογόνου συστήματος, αύξηση της κορτιζόλης και ενίσχυση της φλεγμονώδους δραστηριότητας (Cacioppo et al., 2015; Steptoe et al., 2004). Οι διεργασίες αυτές δεν είναι ανεξάρτητες, αλλά εντάσσονται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο «αλλοστατικού φορτίου» (allostatic load), το οποίο αντανακλά το σωρευτικό κόστος της χρόνιας προσαρμογής σε στρεσογόνες καταστάσεις (McEwen, 2007). Στην τρίτη ηλικία, όπου η φυσιολογική ανθεκτικότητα μειώνεται, η επιβάρυνση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, αυξάνοντας τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά, μεταβολικά και νευροεκφυλιστικά νοσήματα.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η μοναξιά συνδέεται στενά με καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος και μειωμένη αίσθηση νοήματος ζωής (Heinrich & Gullone, 2006; Pinguart, 2003). Η εμπειρία της αποσύνδεσης επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους, ενισχύοντας αρνητικά γνωστικά σχήματα και συναισθηματική δυσφορία (Cacioppo & Hawkey, 2009). Η ψυχολογική αυτή επιβάρυνση δεν παραμένει στο επίπεδο της

εμπειρίας, αλλά διαμεσολαβεί τη βιολογική απόκριση στο στρες, ενισχύοντας περαιτέρω την απορρύθμιση του οργανισμού.

Σε συμπεριφορικό επίπεδο, η μοναξιά επηρεάζει σημαντικά τις καθημερινές συνήθειες που σχετίζονται με την υγεία. Άτομα που βιώνουν μοναξιά τείνουν να παρουσιάζουν μειωμένη αυτοφροντίδα, χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, ακατάστατα πρότυπα ύπνου και αυξημένη πιθανότητα υιοθέτησης ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η κακή διατροφή ή η κατάχρηση ουσιών (Shankar et al., 2011). Οι συμπεριφορικοί αυτοί παράγοντες λειτουργούν ως ενδιάμεσοι μηχανισμοί, μέσω των οποίων η μοναξιά επιδρά στη σωματική υγεία.

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η σχέση μεταξύ μοναξιάς και ύπνου. Η κοινωνική αποσύνδεση έχει συνδεθεί με αυξημένη νυχτερινή εγρήγορση, μειωμένη αποδοτικότητα ύπνου και αυξημένες αφυπνίσεις (Hawkley et al., 2010; Kurina et al., 2011). Η μοναξιά φαίνεται να ενεργοποιεί ένα είδος «βιολογικής επιφυλακής», κατά το οποίο το άτομο παραμένει σε κατάσταση αυξημένης ετοιμότητας, ακόμη και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει τη δυνατότητα του οργανισμού να εισέλθει σε βαθιά στάδια ύπνου, τα οποία είναι απαραίτητα για τη σωματική και ψυχική αποκατάσταση.

Η διαταραχή του ύπνου, με τη σειρά της, ενισχύει τη βιολογική και ψυχολογική επιβάρυνση, δημιουργώντας έναν ακόμη φαύλο κύκλο. Ο κακής ποιότητας ύπνος συνδέεται με αυξημένη φλεγμονή, μειωμένη συναισθηματική ρύθμιση και αυξημένη ευαλωτότητα στο στρες (Irwin, 2015; Walker, 2009). Έτσι, η μοναξιά και ο ύπνος συνδέονται μέσα από μια αμφίδρομη σχέση, η οποία επηρεάζει τη συνολική υγεία.

Παράλληλα, η μοναξιά επηρεάζει την κοινωνική συμπεριφορά, οδηγώντας συχνά σε περαιτέρω απόσυρση. Η αυξημένη επιφυλακτικότητα, η μειωμένη εμπιστοσύνη και η δυσκολία στη δημιουργία νέων σχέσεων ενισχύουν την απομόνωση, δημιουργώντας ένα αυτοενισχυόμενο σύστημα (Cacioppo & Hawkley, 2009). Η διαδικασία αυτή αναδεικνύει ότι

η μοναξιά δεν είναι απλώς αποτέλεσμα της έλλειψης σχέσεων, αλλά και παράγοντας που διαμορφώνει τη δυνατότητα του ατόμου να σχετίζεται.

Στην τρίτη ηλικία, το βιοψυχοκοινωνικό αυτό πλέγμα αποκτά ιδιαίτερη πολυπλοκότητα. Οι βιολογικές μεταβολές, οι ψυχολογικές διεργασίες και οι κοινωνικές αλλαγές δεν λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά αλληλοδιαπλέκονται. Η απώλεια σχέσεων μπορεί να οδηγήσει σε μοναξιά, η οποία επηρεάζει την ψυχική υγεία, τη βιολογική λειτουργία και τη συμπεριφορά, δημιουργώντας ένα δίκτυο αλληλεπιδράσεων που επηρεάζει τη συνολική ευημερία.

Η κατανόηση της μοναξιάς ως βιοψυχοκοινωνικού πλέγματος έχει σημαντικές συνέπειες για την πρόληψη και την παρέμβαση. Οι παρεμβάσεις που εστιάζουν αποκλειστικά σε ένα επίπεδο —π.χ. στην αύξηση των κοινωνικών επαφών— ενδέχεται να είναι ανεπαρκείς, εάν δεν λαμβάνουν υπόψη τις ψυχολογικές και βιολογικές διαστάσεις της εμπειρίας (Masi et al., 2011). Αντίθετα, απαιτούνται ολοκληρωμένες προσεγγίσεις που να ενισχύουν τη σχέση, τη συναισθηματική ρύθμιση και τη σωματική υγεία ταυτόχρονα.

Υπό αυτό το πρίσμα, η μοναξιά δεν αποτελεί απλώς έναν παράγοντα κινδύνου, αλλά έναν δείκτη της συνολικής ισορροπίας του ατόμου. Αντανακλά τη σχέση μεταξύ σώματος, ψυχής και κοινωνικού κόσμου, και ταυτόχρονα επηρεάζει τη λειτουργία τους.

Στην τρίτη ηλικία, όπου οι ισορροπίες αυτές είναι πιο εύθραυστες, η μοναξιά αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα. Δεν είναι μόνο μια εμπειρία αποσύνδεσης, αλλά ένας χώρος όπου αποκαλύπτεται η δυνατότητα —ή η δυσκολία— του ατόμου να παραμένει σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους.

Και ίσως, τελικά, η υγεία να μην είναι μόνο ζήτημα βιολογικής λειτουργίας, αλλά και ζήτημα σχέσης. Και η μοναξιά να αποτελεί εκείνο το σημείο όπου αυτή η σχέση δοκιμάζεται — στο σώμα, στην ψυχή και στον τρόπο που ζούμε μέσα στον κόσμο.

4.6 Μοναξιά και Ευδόκιμη Γήρανση: Η Σχέση ως Πυρήνας Υγείας και Νοήματος

Η ευδόκιμη γήρανση αποτελεί μια σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια, η οποία υπερβαίνει τη στενή βιολογική κατανόηση της υγείας και ενσωματώνει τη λειτουργικότητα, την ψυχική ευημερία και τη συμμετοχή στη ζωή (Rowe & Kahn, 1998; World Health Organization, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, η παρουσία ή απουσία ουσιαστικών διαπροσωπικών σχέσεων αναδεικνύεται ως ένας από τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την εμπειρία της γήρανσης.

Η κοινωνική σύνδεση έχει συστηματικά συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας, καλύτερη ψυχική υγεία και αυξημένη λειτουργικότητα στην τρίτη ηλικία (Holt-Lunstad et al., 2010; Steptoe et al., 2013). Οι σχέσεις λειτουργούν ως πηγή συναισθηματικής υποστήριξης, ως πλαίσιο νοηματοδότησης της εμπειρίας και ως μηχανισμός ρύθμισης του στρες. Μέσα από αυτές, το άτομο διατηρεί την αίσθηση του ανήκειν και της συνέχειας του εαυτού.

Αντίθετα, η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση υπονομεύουν θεμελιώδεις διαστάσεις της ευδόκιμης γήρανσης. Η απουσία ουσιαστικών σχέσεων δεν επηρεάζει μόνο τη συναισθηματική κατάσταση, αλλά σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, γνωστικής έκπτωσης και λειτουργικής επιδείνωσης (Holt-Lunstad et al., 2015; Shankar et al., 2013). Η μοναξιά λειτουργεί ως πολλαπλασιαστής ευαλωτότητας, επηρεάζοντας ταυτόχρονα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η μοναξιά σχετίζεται με μειωμένη αίσθηση νοήματος ζωής, η οποία αποτελεί βασικό πυλώνα της ευδόκιμης γήρανσης (Hill & Turiano, 2014). Η απουσία σχέσης περιορίζει τη δυνατότητα του ατόμου να εντάξει τις εμπειρίες του σε ένα συνεκτικό αφηγηματικό πλαίσιο, οδηγώντας συχνά σε υπαρξιακή κενότητα. Στην τρίτη ηλικία, όπου το άτομο καλείται να επαναδιαπραγματευτεί την ταυτότητά του υπό συνθήκες απώλειας και μεταβολής, η ανάγκη για νόημα καθίσταται ιδιαίτερα έντονη.

Η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης συνδέεται επίσης με τη διατήρηση της λειτουργικότητας και της ενεργού συμμετοχής στη ζωή (Rowe & Kahn, 1998). Οι κοινωνικές σχέσεις ενισχύουν τη συμμετοχή αυτή, παρέχοντας κίνητρα, ρόλους και ευκαιρίες για δράση. Αντίθετα, η μοναξιά οδηγεί συχνά σε απόσυρση, μειώνοντας τη φυσική και κοινωνική δραστηριότητα και ενισχύοντας έναν φαύλο κύκλο απομόνωσης (Cacioppo & Hawkley, 2009).

Σε βιολογικό επίπεδο, η κοινωνική σύνδεση φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά μέσω της μείωσης του στρες και της ρύθμισης του νευροενδοκρινικού και ανοσοποιητικού συστήματος (Uchino, 2006). Η παρουσία υποστηρικτικών σχέσεων συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα φλεγμονής και καλύτερη καρδιαγγειακή λειτουργία, ενώ η μοναξιά έχει συσχετιστεί με αντίθετες επιδράσεις (Cacioppo et al., 2015). Έτσι, η σχέση δεν αποτελεί μόνο ψυχολογικό φαινόμενο, αλλά ενσωματώνεται στο σώμα.

Η ευδόκιμη γήρανση, επομένως, δεν μπορεί να κατανοηθεί ως ατομικό επίτευγμα, αλλά ως σχεσιακή διαδικασία. Το άτομο δεν γηράσκει απομονωμένο, αλλά μέσα σε δίκτυα σχέσεων που διαμορφώνουν την εμπειρία του χρόνου, της ταυτότητας και της υγείας. Η ποιότητα αυτών των σχέσεων —και όχι απλώς η ύπαρξή τους— καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το πώς βιώνεται η γήρανση.

Παράλληλα, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η ευδόκιμη γήρανση δεν ταυτίζεται με την απουσία νόσου, αλλά με την ικανότητα προσαρμογής και διατήρησης της λειτουργικότητας υπό συνθήκες μεταβολής (Baltes & Baltes, 1990; Huber et al., 2011). Στο πλαίσιο αυτό, οι σχέσεις λειτουργούν ως βασικός πόρος ανθεκτικότητας, επιτρέποντας στο άτομο να αντιμετωπίζει τις απώλειες και να επαναπροσδιορίζει τη ζωή του.

Η μοναξιά, ωστόσο, δεν αποτελεί μόνο αποτέλεσμα εξωτερικών συνθηκών, αλλά συχνά συνδέεται με βαθύτερες ψυχοδυναμικές διεργασίες που σχετίζονται με την ιστορία των σχέσεων του ατόμου. Όπως έχει ήδη αναδειχθεί, η μοναξιά μπορεί να αποτελεί όχι μόνο απώλεια, αλλά και επανάληψη μιας πρώιμης εμπειρίας απουσίας του Άλλου. Υπό αυτή την

έννοια, η ευδόκιμη γήρανση δεν αφορά μόνο τη δημιουργία νέων σχέσεων, αλλά και τη δυνατότητα επανανοηματοδότησης των παλαιών.

Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της «παραμονής στη σχέση» αναδεικνύεται ως κεντρική. Η υγεία δεν αφορά μόνο τη λειτουργία του σώματος ή την ψυχική ισορροπία, αλλά και τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί σύνδεση — με τον εαυτό του, με τους άλλους και με τον κόσμο. Η απώλεια αυτής της σύνδεσης συνιστά μια βαθύτερη μορφή απορρύθμισης, η οποία διαπερνά όλα τα επίπεδα της ύπαρξης.

Η ευδόκιμη γήρανση, επομένως, μπορεί να ιδωθεί ως μια διαδικασία όπου το άτομο καλείται να διατηρήσει αυτή τη σύνδεση παρά τις αναπόφευκτες μεταβολές. Δεν πρόκειται για μια κατάσταση σταθερότητας, αλλά για μια δυναμική ισορροπία, η οποία διαρκώς επαναδιαπραγματεύεται μέσα στον χρόνο και στη σχέση.

Συμπερασματικά, η μοναξιά στην τρίτη ηλικία αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα που επηρεάζει βαθιά την υγεία, την ευημερία και την ποιότητα ζωής. Η κατανόησή της απαιτεί μια ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, η οποία να αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα των μηχανισμών που την διαμορφώνουν.

Και ίσως, τελικά, η μεγαλύτερη πρόκληση της γήρανσης να μην είναι η φθορά του σώματος, αλλά η διατήρηση της σχέσης.

Γιατί εκεί —στην παρουσία του Άλλου— η ύπαρξη δεν απλώς συνεχίζεται, αλλά αποκτά νόημα.

4.7 Η Μοναξιά ως Ρήξη της Σχέσης και η Φροντίδα ως Πράξη Παραμονής

Η μοναξιά στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί απλώς ένα ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, αλλά μια εμπειρία που αγγίζει τον πυρήνα της ανθρώπινης ύπαρξης. Δεν είναι μόνο η απουσία των άλλων, αλλά η ρήξη της σχέσης ως βιωμένης συνέχειας. Εκεί όπου κάποτε υπήρχε ανταπόκριση, νόημα και αναγνώριση, αναδύεται ένα κενό που δεν αφορά μόνο το παρόν, αλλά συχνά φέρει το αποτύπωμα μιας ολόκληρης ιστορίας.

Η μοναξιά, υπό αυτό το πρίσμα, δεν είναι πάντοτε αποτέλεσμα απώλειας. Είναι, ενίοτε, η καθυστερημένη ανάδυση μιας σχέσης που δεν υπήρξε ποτέ επαρκώς. Δεν είναι μόνο ότι ο Άλλος χάθηκε· είναι ότι, σε βαθύτερο επίπεδο, ίσως δεν υπήρξε ποτέ αρκετά.

Στην τρίτη ηλικία, όπου οι εξωτερικές δομές σχέσης μειώνονται, το εσωτερικό τοπίο γίνεται πιο ηχηρό. Οι παλιές μορφές σύνδεσης —ή αποσύνδεσης— επανέρχονται, και η μοναξιά μετατρέπεται σε τόπο συνάντησης του παρόντος με το παρελθόν. Έτσι, η εμπειρία της δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο ως κοινωνική απομόνωση, αλλά ως ψυχική κατάσταση που διαπερνά τον χρόνο.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η έννοια της φροντίδας αποκτά μια βαθύτερη, σχεδόν υπαρξιακή σημασία. Η φροντίδα δεν είναι απλώς παροχή υπηρεσιών ή διαχείριση αναγκών. Είναι πράξη παρουσίας. Είναι η δυνατότητα ενός ανθρώπου να παραμένει δίπλα σε έναν άλλον, όχι μόνο λειτουργικά, αλλά και συναισθηματικά, ψυχικά, ανθρώπινα.

Εδώ αναδύεται και η θεωρητική προοπτική του HALO (Humanitarian Amor as Learned Occupational soft skill), ως μια πρόταση που υπερβαίνει την τεχνική της φροντίδας και την επανατοποθετεί στο πεδίο της σχέσης. Το HALO δεν αφορά απλώς την ενσυναίσθηση ή την επικοινωνία, αλλά την ικανότητα του επαγγελματία να διατηρεί μια σταθερή, ζωντανή παρουσία μέσα στη σχέση, ακόμη και όταν αυτή δοκιμάζεται από την ασθένεια, την απώλεια ή τη σιωπή (Gouva et al., 2026).

Η «παραμονή στη σχέση» δεν είναι δεδομένη. Είναι μια πράξη που μαθαίνεται, καλλιεργείται και —ίσως— κατακτάται. Σε ένα σύστημα υγείας που συχνά αποσπά τον επαγγελματία από την ανθρώπινη διάσταση της φροντίδας, η παραμονή αυτή γίνεται πράξη αντίστασης. Μια ήσυχη, αλλά βαθιά ριζωμένη επιλογή να μην εγκαταλείπεται ο Άλλος — ούτε σωματικά, ούτε ψυχικά.

Στην τρίτη ηλικία, όπου η μοναξιά αποτελεί έναν από τους πιο ισχυρούς παράγοντες απορρύθμισης της υγείας, η παρουσία αυτή αποκτά θεραπευτική δύναμη. Όχι γιατί αναιρεί τις απώλειες, αλλά γιατί δημιουργεί έναν χώρο όπου η ύπαρξη μπορεί ακόμη να αναγνωρισθεί.

Ίσως, τελικά, η φροντίδα να μην είναι η απάντηση στη μοναξιά. Αλλά να είναι η πράξη που δεν την αφήνει να γίνει απόλυτη.

Και ίσως, στο βαθύτερο επίπεδο της, η ευδόκιμη γήρανση να μην αφορά την απουσία φθοράς ή απώλειας, αλλά τη δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει — έστω και εύθραυστα — μέσα σε μια σχέση που τον κρατά ζωντανό στον κόσμο. Γιατί, εκεί όπου κάποιος μένει, η ύπαρξη δεν σβήνει· απλώς συνεχίζει, πιο σιωπηλά, αλλά ακόμη σε σύνδεση.

Το Χιούμορ ως Πράξη Ψυχικής Επεξεργασίας και Σχεσιακής Φροντίδας στην Τρίτη Ηλικία

*«Humor was another of the soul's weapons in the fight for self-preservation»
Viktor E. Frankl*

Το χιούμορ αποτελεί μία από τις πιο σύνθετες και πολυδιάστατες εκφράσεις της ανθρώπινης ψυχικής λειτουργίας. Δεν περιορίζεται στην επιφανειακή του διάσταση ως πηγή ευχαρίστησης, ψυχαγωγίας ή κοινωνικής ελαφρότητας, αλλά συνιστά έναν ιδιαίτερο τρόπο ψυχικής επεξεργασίας της εμπειρίας. Στο χιούμορ συναντώνται η σκέψη, το συναίσθημα, το σώμα και η σχέση, καθώς το άτομο κατορθώνει να μετασχηματίζει την ένταση, την αμηχανία, τον φόβο ή τον πόνο σε κάτι που μπορεί να αντέξει, να μοιραστεί ή ακόμη και να νοηματοδοτήσει.

Από ψυχολογική και ψυχοδυναμική σκοπιά, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί ως ώριμος μηχανισμός άμυνας, ο οποίος δεν αρνείται την πραγματικότητα, αλλά την επεξεργάζεται με τρόπο που επιτρέπει στο άτομο να διατηρεί την εσωτερική του συνοχή απέναντι στις αντιξοότητες. Δεν αναιρεί το τραύμα, την απώλεια ή τη φθορά, αλλά δημιουργεί έναν ψυχικό χώρο μέσα στον οποίο αυτά καθίστανται περισσότερο διαχειρίσιμα. Υπό αυτή την έννοια, το χιούμορ δεν είναι φυγή από την οδύνη, αλλά εκλεπτυσμένος τρόπος συνάντησής της.

Στην τρίτη ηλικία, το χιούμορ αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Η γήρανση συνοδεύεται από εμπειρίες απώλειας, μεταβολής ρόλων, περιορισμών του σώματος και αναμέτρησης με τη θνητότητα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως μορφή προσαρμογής, ως μέσο συναισθηματικής ρύθμισης και ως δείκτης ψυχικής ανθεκτικότητας. Δεν αποτελεί απλώς χαρακτηριστικό προσωπικότητας ή κοινωνική δεξιότητα, αλλά

δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί μια ενεργή, δημιουργική και λιγότερο κατακλυσμιαία σχέση με την εμπειρία του.

Ταυτόχρονα, το χιούμορ είναι βαθιά σχεσιακό. Δεν αφορά μόνο τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαχειρίζεται εσωτερικά τις δυσκολίες του, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο συνδέεται με τους άλλους. Στην καθημερινότητα της τρίτης ηλικίας, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως γέφυρα επικοινωνίας, ως πράξη οικειότητας, ως τρόπος να διατηρείται η αξιοπρέπεια και η αίσθηση του ανήκειν ακόμη και μέσα σε συνθήκες φθοράς ή εξάρτησης. Ιδίως στο πεδίο της φροντίδας, μπορεί να αναδυθεί ως ένας λεπτός αλλά ουσιαστικός πόρος, που δεν καταργεί τη σοβαρότητα της ανθρώπινης κατάστασης, αλλά την καθιστά περισσότερο υποφερτή και μοιράσιμη.

Μέσα από το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, το χιούμορ μπορεί επομένως να ιδωθεί όχι μόνο ως ατομικός ψυχικός μηχανισμός, αλλά και ως βιοψυχοκοινωνικός πόρος. Συνδέεται με τη συναισθηματική ρύθμιση, με τη σωματική αποφόρτιση, με τη διατήρηση της σχέσης και με την ενίσχυση της προσαρμοστικότητας. Στο πλαίσιο της ευδόκιμης γήρανσης, το χιούμορ αναδεικνύεται ως μια μορφή ζωντανής αντίστασης απέναντι στην αποδιοργάνωση, αλλά και ως δυνατότητα παραμονής στη σχέση — με τον εαυτό, με τον άλλον και με τη ζωή.

Σε αυτό το κεφάλαιο, το χιούμορ προσεγγίζεται ως ψυχικός μηχανισμός, ως τρόπος ανθεκτικότητας και ως πόρος φροντίδας στην τρίτη ηλικία. Διότι, ίσως, σε ορισμένες από τις πιο εύθραυστες στιγμές της ζωής, το χιούμορ να μην είναι απλώς αυτό που μας κάνει να γελάμε, αλλά αυτό που μας επιτρέπει να παραμένουμε άνθρωποι μέσα σε ό,τι μας δοκιμάζει.

5.1 Θεωρητικές Προσεγγίσεις του Χιούμορ: Από την Εκτόνωση στη Ρύθμιση και τη Σχέση

Η επιστημονική μελέτη του χιούμορ έχει απασχολήσει τη φιλοσοφία, την ψυχολογία και τις κοινωνικές επιστήμες εδώ και αιώνες, οδηγώντας στην ανάπτυξη διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων που επιχειρούν να εξηγήσουν τη φύση, τη λειτουργία και τη σημασία του. Παρά

την ποικιλομορφία τους, οι θεωρίες αυτές συγκλίνουν στην αναγνώριση του χιούμορ ως ενός ιδιαίτερου τρόπου επεξεργασίας της εμπειρίας, ο οποίος συνδέεται με γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διεργασίες.

5.1.1 Κλασικές θεωρίες του χιούμορ

Οι πρώτες συστηματικές προσεγγίσεις του χιούμορ διαμορφώθηκαν μέσα από τρεις βασικές θεωρητικές κατευθύνσεις: τη θεωρία της ανακούφισης, τη θεωρία της ασυμφωνίας και τη θεωρία της ανωτερότητας.

Η θεωρία της ανακούφισης (relief theory), με κύριο εκπρόσωπο τον Freud (1928), προσεγγίζει το χιούμορ ως μηχανισμό εκτόνωσης ψυχικής έντασης. Σύμφωνα με τη ψυχαναλυτική οπτική, το χιούμορ επιτρέπει την απελευθέρωση καταπιεσμένων σκέψεων ή συναισθημάτων με έναν κοινωνικά αποδεκτό τρόπο. Μέσα από το αστείο, το άτομο παρακάμπτει τις άμυνες και εκφράζει περιεχόμενο που διαφορετικά θα παρέμενε ασυνείδητο. Υπό αυτή την έννοια, το γέλιο δεν αποτελεί απλώς αντίδραση ευχαρίστησης, αλλά ένδειξη ψυχικής αποφόρτισης.

Η θεωρία της ασυμφωνίας (incongruity theory) εστιάζει στη γνωστική διάσταση του χιούμορ. Σύμφωνα με αυτήν, το χιούμορ προκύπτει όταν υπάρχει απόκλιση μεταξύ προσδοκίας και πραγματικότητας, η οποία γίνεται αντιληπτή και επιλύεται με έναν αιφνίδιο τρόπο (Morreall, 1983). Η ανατροπή του αναμενόμενου δημιουργεί ένα είδος «γνωστικού παιχνιδιού», μέσα στο οποίο το άτομο καλείται να επανανοηματοδοτήσει την κατάσταση. Το χιούμορ, επομένως, συνδέεται με την ικανότητα ευελιξίας στη σκέψη και αναδιοργάνωσης της εμπειρίας.

Η θεωρία της ανωτερότητας (superiority theory), που ανάγεται σε φιλοσόφους όπως ο Hobbes, υποστηρίζει ότι το γέλιο προκύπτει από την αίσθηση υπεροχής έναντι των άλλων. Το άτομο γελά όταν αντιλαμβάνεται την αδυναμία, το λάθος ή την αδεξιότητα κάποιου άλλου (Gruner, 1997). Αν και η θεωρία αυτή έχει δεχθεί κριτική για τη μονοδιάστατη προσέγγισή της, αναδεικνύει μια σημαντική κοινωνική διάσταση του χιούμορ, ιδίως σε περιπτώσεις επιθετικού ή σαρκαστικού λόγου.

Παρά τις διαφορές τους, οι κλασικές αυτές θεωρίες προσφέρουν πολύτιμα εργαλεία κατανόησης του χιούμορ, φωτίζοντας διαφορετικές πτυχές του: τη συναισθηματική εκτόνωση, τη γνωστική επεξεργασία και τη διαπροσωπική δυναμική.

5.1.2 Σύγχρονες ψυχολογικές προσεγγίσεις

Οι σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις του χιούμορ μετατοπίζουν το ενδιαφέρον από τη δομή του αστείου στη λειτουργία του χιούμορ ως ψυχολογικού πόρου. Το χιούμορ δεν αντιμετωπίζεται πλέον μόνο ως φαινόμενο που προκαλεί γέλιο, αλλά ως τρόπος ρύθμισης του συναισθήματος, αντιμετώπισης του στρες και προσαρμογής στις δυσκολίες της ζωής (Martin, 2007).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή του μοντέλου των στυλ χιούμορ (humor styles), το οποίο διακρίνει μεταξύ προσαρμοστικών και μη προσαρμοστικών μορφών χιούμορ (Martin et al., 2003). Τα προσαρμοστικά στυλ, όπως το συνδετικό (affiliative) και το αυτοενισχυτικό (self-enhancing) χιούμορ, συνδέονται με θετική ψυχική υγεία, καλύτερη συναισθηματική ρύθμιση και ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων. Αντίθετα, τα μη προσαρμοστικά στυλ, όπως το επιθετικό (aggressive) και το αυτοϋποτιμητικό (self-defeating) χιούμορ, σχετίζονται με αρνητικά συναισθηματικά αποτελέσματα και δυσκολίες στη σχέση με τον εαυτό και τους άλλους.

Παράλληλα, το χιούμορ έχει μελετηθεί ως στρατηγική αντιμετώπισης (coping), ιδιαίτερα σε συνθήκες στρες και ασθένειας (Abel, 2002). Το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως γνωστική αναπλαισίωση της εμπειρίας, επιτρέποντας στο άτομο να αποστασιοποιηθεί από το πρόβλημα και να το προσεγγίσει με λιγότερη συναισθηματική επιβάρυνση. Υπό αυτή την έννοια, το χιούμορ δεν αναιρεί τη δυσκολία, αλλά μεταβάλλει τον τρόπο με τον οποίο αυτή βιώνεται.

Επιπλέον, η έρευνα δείχνει ότι το χιούμορ συνδέεται με δείκτες ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως η αισιοδοξία, η αυτοεκτίμηση και η αίσθηση ελέγχου (Kuiper et al., 1995). Η ικανότητα του

ατόμου να βρίσκει το κωμικό στοιχείο ακόμη και σε δύσκολες καταστάσεις φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην ψυχική επιβάρυνση.

5.1.3 Χιούμορ και θετική ψυχολογία

Στο πλαίσιο της θετικής ψυχολογίας, το χιούμορ αναγνωρίζεται ως μία από τις βασικές δυνάμεις χαρακτήρα (character strengths) που συμβάλλουν στην ευημερία και την ποιότητα ζωής (Peterson & Seligman, 2004). Η ικανότητα για χιούμορ συνδέεται με την εμπειρία θετικών συναισθημάτων, την ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών και την προσαρμογή σε δύσκολες συνθήκες.

Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει την έμφαση από το χιούμορ ως μηχανισμό άμυνας στο χιούμορ ως δημιουργική και εξελικτική δυνατότητα του ανθρώπου. Το γέλιο δεν αποτελεί μόνο αντίδραση, αλλά και ενεργή πράξη νοηματοδότησης της εμπειρίας.

5.1.4 Ψυχοδυναμικές και υπαρξιακές προσεγγίσεις

Από ψυχοδυναμική σκοπιά, το χιούμορ θεωρείται ένας από τους πιο ώριμους μηχανισμούς άμυνας (Vaillant, 2000). Σε αντίθεση με άλλες άμυνες που παραμορφώνουν ή αρνούνται την πραγματικότητα, το χιούμορ επιτρέπει την αναγνώριση της δυσκολίας, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τη συναισθηματική της ένταση. Το άτομο δεν αποφεύγει την οδύνη, αλλά την μετασχηματίζει.

Σε υπαρξιακό επίπεδο, το χιούμορ έχει συνδεθεί με την ικανότητα του ανθρώπου να διατηρεί απόσταση από την τραγικότητα της ύπαρξης. Ο Frankl (1963) υποστήριξε ότι το χιούμορ μπορεί να αποτελέσει μέσο υπέρβασης ακόμη και των πιο ακραίων συνθηκών, λειτουργώντας ως μορφή εσωτερικής ελευθερίας. Μέσα από το χιούμορ, το άτομο κατορθώνει να μην ταυτίζεται πλήρως με την οδύνη του.

5.1.5 Προς μια βιοψυχοκοινωνική κατανόηση του χιούμορ

Η σύγχρονη κατανόηση του χιούμορ απαιτεί τη σύνθεση των επιμέρους θεωρητικών προσεγγίσεων μέσα από ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Το χιούμορ δεν είναι μόνο γνωστική

διεργασία ή ψυχικός μηχανισμός, αλλά φαινόμενο που εκδηλώνεται στο σώμα, διαμορφώνεται στην ψυχική ζωή και πραγματώνεται μέσα στη σχέση.

Σε βιολογικό επίπεδο, το γέλιο συνδέεται με νευροχημικές διεργασίες που σχετίζονται με την ευχαρίστηση και τη μείωση του στρες. Σε ψυχολογικό επίπεδο, λειτουργεί ως μηχανισμός ρύθμισης και επεξεργασίας. Σε κοινωνικό επίπεδο, αποτελεί μέσο επικοινωνίας και ενίσχυσης της σύνδεσης (Martin, 2007).

Στην τρίτη ηλικία, η σημασία αυτής της πολυεπίπεδης λειτουργίας καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής. Το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως τρόπος διατήρησης της ψυχικής συνοχής, ως μέσο διαχείρισης της απώλειας και ως γέφυρα σχέσης. Δεν αποτελεί απλώς αντίδραση στην πραγματικότητα, αλλά ενεργό τρόπο να παραμένει κανείς μέσα σε αυτήν.

Και ίσως, τελικά, το χιούμορ να μην είναι μόνο αυτό που μας κάνει να γελάμε, αλλά αυτό που μας επιτρέπει να αντέχουμε — χωρίς να παραιτούμαστε από τη δυνατότητα της σχέσης και του νοήματος.

5.2 Το Μοντέλο των Στυλ Χιούμορ: Διαφοροποιήσεις, Λειτουργίες και Σημασία στην Τρίτη Ηλικία

Το μοντέλο των στυλ χιούμορ (humor styles) των Martin et al. (2003) αποτελεί μία από τις πιο επιδραστικές και εμπειρικά τεκμηριωμένες προσεγγίσεις στη σύγχρονη ψυχολογία του χιούμορ. Σε αντίθεση με παλαιότερες θεωρίες που επικεντρώνονταν κυρίως στη φύση του αστείου ή στη γνωστική του δομή, το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα χρησιμοποιούν το χιούμορ στην καθημερινή τους ζωή, αναδεικνύοντας τη λειτουργική και σχεσιακή του διάσταση.

Η βασική συμβολή του μοντέλου έγκειται στη διάκριση τεσσάρων στυλ χιούμορ, τα οποία διαφοροποιούνται ως προς τη στόχευση (προς τον εαυτό ή προς τους άλλους) και ως προς τη λειτουργία τους (προσαρμοστική ή μη προσαρμοστική). Η διάκριση αυτή επιτρέπει μια πιο

λεπτομερή κατανόηση του χιούμορ, όχι ως ενιαίου χαρακτηριστικού, αλλά ως πολυδιάστατης ψυχολογικής λειτουργίας.

5.2.1 Τα τέσσερα στυλ χιούμορ

Το συνδετικό χιούμορ (affiliative humor) αναφέρεται στη χρήση του χιούμορ με στόχο την ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων. Περιλαμβάνει αστεία, ευχάριστες παρατηρήσεις και ελαφρότητα στην επικοινωνία, που συμβάλλουν στη δημιουργία οικειότητας και στη μείωση της έντασης στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Το συγκεκριμένο στυλ συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και θετικής συναισθηματικής εμπειρίας (Martin et al., 2003; Cann & Collette, 2014).

Το αυτοενισχυτικό χιούμορ (self-enhancing humor) αφορά την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί μια χιουμοριστική στάση απέναντι στη ζωή, ακόμη και σε συνθήκες δυσκολίας. Πρόκειται για ένα εσωτερικό, σχετικά σταθερό στυλ, το οποίο επιτρέπει την επαναπλαισίωση αρνητικών εμπειριών και τη μείωση της ψυχικής επιβάρυνσης. Το αυτοενισχυτικό χιούμορ έχει συσχετιστεί με αυξημένη ψυχική ανθεκτικότητα, χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και με καλύτερη συνολική ευημερία (Kuiper et al., 1995; Martin, 2007).

Αντίθετα, το επιθετικό χιούμορ (aggressive humor) περιλαμβάνει τη χρήση σαρκασμού, ειρωνείας ή κοροϊδίας εις βάρος των άλλων. Αν και μπορεί να προκαλεί γέλιο σε κοινωνικά πλαίσια, συχνά συνδέεται με αρνητικές διαπροσωπικές συνέπειες, όπως συγκρούσεις και μείωση της εμπιστοσύνης (Martin et al., 2003). Το στυλ αυτό αναδεικνύει ότι το χιούμορ δεν είναι εγγενώς θετικό, αλλά μπορεί να λειτουργήσει και ως εργαλείο επιβολής ή άμυνας.

Το αυτοϋποτιμητικό χιούμορ (self-defeating humor) αναφέρεται στη χρήση του χιούμορ εις βάρος του εαυτού, με στόχο την αποδοχή από τους άλλους ή την αποφυγή απόρριψης. Το άτομο γελοιοποιεί τον εαυτό του, συχνά αποκρύπτοντας βαθύτερα συναισθήματα ανασφάλειας ή χαμηλής αυτοεκτίμησης. Παρότι μπορεί να ενισχύει προσωρινά τη

διαπροσωπική σύνδεση, έχει συσχετιστεί με αρνητικούς δείκτες ψυχικής υγείας (Frewen et al., 2008).

Συνολικά, τα δύο πρώτα στυλ (συνδετικό και αυτοενισχυτικό) θεωρούνται προσαρμοστικά, ενώ τα δύο τελευταία (επιθετικό και αυτοϋποτιμητικό) μη προσαρμοστικά. Ωστόσο, η διάκριση αυτή δεν είναι απόλυτη, καθώς η λειτουργία του χιούμορ εξαρτάται από το πλαίσιο, την πρόθεση και τη σχέση μέσα στην οποία εκδηλώνεται.

5.2.2 Χιούμορ, ψυχική υγεία και συναισθηματική ρύθμιση

Η εμπειρική έρευνα έχει δείξει ότι τα διαφορετικά στυλ χιούμορ συνδέονται με διακριτά πρότυπα ψυχικής λειτουργίας. Τα προσαρμοστικά στυλ σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, αισιοδοξίας και ικανοποίησης από τη ζωή, ενώ τα μη προσαρμοστικά στυλ συνδέονται με αυξημένη ψυχική δυσφορία και δυσκολίες στη συναισθηματική ρύθμιση (Martin, 2007; Yue et al., 2010).

Το αυτοενισχυτικό χιούμορ, ειδικότερα, φαίνεται να λειτουργεί ως σημαντικός μηχανισμός αντιμετώπισης του στρες, επιτρέποντας στο άτομο να διατηρεί μια ψυχική απόσταση από την εμπειρία και να την επεξεργάζεται με λιγότερη ένταση (Abel, 2002). Μέσα από αυτή τη διαδικασία, το άτομο δεν αρνείται τη δυσκολία, αλλά την εντάσσει σε ένα πλαίσιο που μπορεί να αντέξει.

Αντίθετα, το αυτοϋποτιμητικό χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως συγκαλυμμένη μορφή αυτοκριτικής ή αυτοαπόρριψης, ενισχύοντας αρνητικά συναισθήματα και γνωστικά σχήματα (Frewen et al., 2008). Η χρήση του συνδέεται συχνά με ανάγκη αποδοχής και φόβο απόρριψης, γεγονός που υποδηλώνει βαθύτερες σχεσιακές διεργασίες.

5.2.3 Στυλ χιούμορ και διαπροσωπικές σχέσεις

Το μοντέλο των στυλ χιούμορ αναδεικνύει με ιδιαίτερη σαφήνεια τη σχεσιακή φύση του χιούμορ. Το συνδετικό χιούμορ λειτουργεί ως μέσο ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής, διευκολύνοντας την επικοινωνία και δημιουργώντας ένα κοινό συναισθηματικό πλαίσιο (Cann

& Collette, 2014). Αντίθετα, το επιθετικό χιούμορ μπορεί να υπονομεύσει τη σχέση, ακόμη και όταν παρουσιάζεται ως «αστείο».

Στην τρίτη ηλικία, όπου οι σχέσεις αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για την ψυχική ευημερία, η ποιότητα του χιούμορ καθίσταται κρίσιμη. Το χιούμορ δεν είναι απλώς τρόπος έκφρασης, αλλά τρόπος σχετίζεσθαι. Μπορεί να λειτουργήσει ως γέφυρα ή ως ρήγμα.

5.2.4 Στυλ χιούμορ στην τρίτη ηλικία

Η εφαρμογή του μοντέλου των στυλ χιούμορ στην τρίτη ηλικία αναδεικνύει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα ευρήματα. Έρευνες δείχνουν ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο προσαρμοστικά στυλ χιούμορ, ιδίως το αυτοενισχυτικό, γεγονός που συνδέεται με καλύτερη ψυχική υγεία και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα (Celso et al., 2003; Ruch et al., 2010).

Το αυτοενισχυτικό χιούμορ φαίνεται να λειτουργεί ως μηχανισμός νοηματοδότησης της εμπειρίας της γήρανσης. Μέσα από αυτό, το άτομο μπορεί να επεξεργαστεί απώλειες, περιορισμούς και αλλαγές, χωρίς να χάνει την αίσθηση του εαυτού. Το γέλιο, σε αυτή την περίπτωση, δεν αναιρεί τη φθορά, αλλά την καθιστά περισσότερο βιώσιμη.

Παράλληλα, το συνδετικό χιούμορ συμβάλλει στη διατήρηση της κοινωνικής συμμετοχής και της αίσθησης του ανήκειν, στοιχεία που αποτελούν βασικούς παράγοντες ευδόκιμης γήρανσης (Rowe & Kahn, 1998). Αντίθετα, η επικράτηση μη προσαρμοστικών στυλ μπορεί να ενισχύσει την απομόνωση και τη ψυχική επιβάρυνση.

5.2.5 Προς μια ψυχοδυναμική και βιοψυχοκοινωνική ανάγνωση

Πέρα από την περιγραφική του αξία, το μοντέλο των στυλ χιούμορ μπορεί να ιδωθεί και μέσα από ένα ευρύτερο ψυχοδυναμικό και βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Τα διαφορετικά στυλ δεν αποτελούν απλώς συμπεριφορικές επιλογές, αλλά εκφράσεις βαθύτερων τρόπων σχέσης με τον εαυτό και τους άλλους.

Το αυτοενισχυτικό χιούμορ, για παράδειγμα, μπορεί να συνδεθεί με μια εσωτερική εμπειρία ασφάλειας και συνοχής, που επιτρέπει στο άτομο να επεξεργάζεται την πραγματικότητα χωρίς να κατακλύζεται. Αντίθετα, το αυτοϋποτιμητικό χιούμορ μπορεί να αντανάκλα μια εύθραυστη αυτοαντίληψη και μια ανάγκη για αποδοχή που διαμεσολαβείται μέσα από την αυτοακύρωση. Υπό αυτό το πρίσμα, το χιούμορ δεν είναι απλώς τεχνική ή χαρακτηριστικό προσωπικότητας, αλλά τρόπος ύπαρξης μέσα στη σχέση. Στην τρίτη ηλικία, όπου η σχέση με τον εαυτό, τον άλλον και τον χρόνο επαναδιαπραγματεύεται, τα στυλ χιούμορ αποκτούν ιδιαίτερη σημασία ως δείκτες ψυχικής προσαρμογής.

Και ίσως, τελικά, να μην έχει τόση σημασία αν κάποιος γελά, αλλά το πώς γελά — αν το γέλιο του τον φέρνει πιο κοντά στον εαυτό και στους άλλους, ή αν τον απομακρύνει σιωπηλά από αυτούς.

5.3 Χιούμορ ως Μηχανισμός Συναισθηματικής Ρύθμισης και Ψυχικής Επεξεργασίας στην Τρίτη Ηλικία

Το χιούμορ αποτελεί έναν από τους πλέον σύνθετους και πολυεπίπεδους μηχανισμούς συναισθηματικής ρύθμισης, επιτρέποντας στο άτομο να μετασχηματίζει την εμπειρία του και να διαχειρίζεται την ένταση των αρνητικών συναισθημάτων. Στο πλαίσιο των σύγχρονων θεωριών ρύθμισης του συναισθήματος, το χιούμορ έχει αναγνωριστεί ως μια μορφή γνωστικής επαναπλαισίωσης (cognitive reappraisal), μέσω της οποίας το άτομο επανανοηματοδοτεί δύσκολες ή απειλητικές καταστάσεις (Samson & Gross, 2012; Gross, 2015).

Σε αντίθεση με στρατηγικές αποφυγής ή καταστολής, οι οποίες συχνά ενισχύουν τη συναισθηματική ένταση, το χιούμορ επιτρέπει μια πιο ευέλικτη και δημιουργική προσέγγιση της εμπειρίας. Δεν αναιρεί την πραγματικότητα, αλλά μεταβάλλει τη σχέση του ατόμου με αυτήν. Το γέλιο, σε αυτή την περίπτωση, δεν αποτελεί άρνηση, αλλά μετασχηματισμό.

5.3.1 Χιούμορ και συναισθηματική ρύθμιση

Η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος αποτελεί βασικό παράγοντα ψυχικής υγείας και προσαρμογής. Το χιούμορ λειτουργεί ως ένα εργαλείο που επιτρέπει στο άτομο να δημιουργεί «ψυχική απόσταση» από στρεσογόνες καταστάσεις, μειώνοντας την ένταση του άγχους και της δυσφορίας (Samson & Gross, 2012).

Νευροψυχολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η χρήση χιούμορ ενεργοποιεί εγκεφαλικά δίκτυα που σχετίζονται με τη γνωστική επεξεργασία και τη ρύθμιση του συναισθήματος, όπως ο προμετωπιαίος φλοιός, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τη δραστηριότητα της αμυγδαλής, που συνδέεται με την επεξεργασία της απειλής (Mobbs et al., 2003). Με τον τρόπο αυτό, το χιούμορ συμβάλλει στη μετατροπή μιας εμπειρίας από απειλητική σε διαχειρίσιμη.

Παράλληλα, το γέλιο συνδέεται με φυσιολογικές αλλαγές, όπως η μείωση της κορτιζόλης και η αύξηση ενδορφινών, οι οποίες ενισχύουν την αίσθηση ευεξίας και χαλάρωσης (Bennett & Lengacher, 2006). Έτσι, το χιούμορ λειτουργεί ταυτόχρονα σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο, αναδεικνύοντας τον βιοψυχοκοινωνικό του χαρακτήρα.

5.3.2 Χιούμορ ως μηχανισμός άμυνας

Από ψυχοδυναμική σκοπιά, το χιούμορ έχει θεωρηθεί ως ένας από τους πιο ώριμους μηχανισμούς άμυνας. Ο Freud (1928) περιέγραψε το χιούμορ ως μια λειτουργία που επιτρέπει στο Εγώ να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα χωρίς να κατακλύζεται από αυτήν, διατηρώντας μια αίσθηση εσωτερικής ελευθερίας.

Αργότερα, ο Vaillant (1992) ενέταξε το χιούμορ στους «ώριμους μηχανισμούς άμυνας», τονίζοντας ότι επιτρέπει στο άτομο να αναγνωρίζει την οδύνη χωρίς να την αρνείται, αλλά και χωρίς να την αφήνει να το καταστρέψει. Σε αντίθεση με την άρνηση ή την απώθηση, το χιούμορ προϋποθέτει επίγνωση της πραγματικότητας και ταυτόχρονα δημιουργική μετατροπή της.

Υπό αυτό το πρίσμα, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί ως ένας τρόπος με τον οποίο το άτομο «κρατά» την εμπειρία του χωρίς να διαλύεται μέσα σε αυτήν. Είναι μια μορφή ψυχικής αντοχής, που επιτρέπει την επεξεργασία της δυσκολίας μέσα από μια διαφορετική οπτική.

5.3.3 Χιούμορ, απώλεια και γήρανση

Στην τρίτη ηλικία, η ανάγκη για συναισθηματική ρύθμιση καθίσταται ιδιαίτερα έντονη, καθώς το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με εμπειρίες απώλειας, σωματικής φθοράς και υπαρξιακής αναδιαπραγμάτευσης. Το χιούμορ, σε αυτό το πλαίσιο, μπορεί να λειτουργήσει ως ένας τρόπος επεξεργασίας αυτών των εμπειριών.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που χρησιμοποιούν προσαρμοστικά στυλ χιούμορ παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερη ψυχική ευεξία (Celso et al., 2003; Martin, 2007). Το αυτοενισχυτικό χιούμορ, ειδικότερα, φαίνεται να διευκολύνει την αποδοχή των αλλαγών που συνοδεύουν τη γήρανση, επιτρέποντας στο άτομο να διατηρεί μια αίσθηση συνοχής και συνέχειας του εαυτού.

Το χιούμορ μπορεί επίσης να συμβάλει στην επεξεργασία της απώλειας. Δεν ακυρώνει το πένθος, αλλά προσφέρει έναν χώρο όπου η απώλεια μπορεί να «κρατηθεί» χωρίς να γίνεται αφόρητη. Σε αυτό το επίπεδο, το χιούμορ συναντά τη λειτουργία του ονείρου και της αφήγησης: γίνεται τρόπος μετασχηματισμού της εμπειρίας.

5.3.4 Χιούμορ και ταυτότητα

Η διατήρηση της ταυτότητας αποτελεί μια από τις βασικές προκλήσεις της τρίτης ηλικίας. Οι αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους, στη λειτουργικότητα και στις σχέσεις μπορούν να οδηγήσουν σε αίσθηση αποδιοργάνωσης του εαυτού.

Το χιούμορ λειτουργεί ως μηχανισμός που υποστηρίζει τη συνοχή της ταυτότητας, επιτρέποντας στο άτομο να επαναπροσδιορίζει τον εαυτό του μέσα σε ένα μεταβαλλόμενο πλαίσιο (Martin, 2007). Μέσα από το χιούμορ, το άτομο μπορεί να αφηγηθεί τη ζωή του με τρόπο που διατηρεί το νόημα και τη συνέχεια.

Σε αυτό το πλαίσιο, το χιούμορ δεν είναι απλώς αντίδραση, αλλά πράξη αυτοκαθορισμού. Είναι ένας τρόπος να πει κανείς: «είμαι ακόμη εδώ», ακόμη και όταν οι συνθήκες αλλάζουν.

5.3.5 Χιούμορ, σχέση και φροντίδα

Η λειτουργία του χιούμορ δεν περιορίζεται στο εσωτερικό του ατόμου, αλλά εκτείνεται και στο πεδίο της σχέσης. Το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο σύνδεσης, δημιουργώντας ένα κοινό συναισθηματικό πεδίο μεταξύ των ανθρώπων (Martin et al., 2003).

Στην τρίτη ηλικία, όπου η μοναξιά αποτελεί σημαντικό κίνδυνο, το χιούμορ μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της σχέσης και της αίσθησης του ανήκειν. Στο πλαίσιο της φροντίδας, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο που ενισχύει την εμπιστοσύνη, μειώνει την ένταση και δημιουργεί μια πιο ανθρώπινη και ζωντανή αλληλεπίδραση (Bennett, 2003).

Ωστόσο, η χρήση του χιούμορ στη φροντίδα απαιτεί ευαισθησία και κατανόηση του πλαισίου. Το χιούμορ που δεν λαμβάνει υπόψη τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου μπορεί να λειτουργήσει αποστασιοποιητικά ή ακόμη και τραυματικά. Αντίθετα, το κατάλληλο χιούμορ μπορεί να αποτελέσει μορφή παρουσίας — έναν τρόπο να παραμένει κανείς σε σχέση.

5.3.6 Προς μια ολοκληρωμένη κατανόηση

Συνολικά, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί ως ένας δυναμικός μηχανισμός που διασυνδέει τη βιολογία, την ψυχική λειτουργία και τη σχέση. Λειτουργεί ως μέσο ρύθμισης, επεξεργασίας και σύνδεσης, επιτρέποντας στο άτομο να διατηρεί την ισορροπία του μέσα σε συνθήκες μεταβολής.

Στην τρίτη ηλικία, το χιούμορ αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς προσφέρει έναν τρόπο να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις της γήρανσης χωρίς να χαθεί η αίσθηση του εαυτού και της σχέσης. Και ίσως, τελικά, το χιούμορ να μην είναι απλώς ένας τρόπος να γελά κανείς με τη ζωή, αλλά ένας τρόπος να συνεχίζει να την αντέχει — χωρίς να αποσύρεται από αυτήν.

5.4 Χιούμορ και Σωματική Υγεία: Από τη Βιολογική Ρύθμιση στη Σωματοποιημένη Ανθεκτικότητα

Το χιούμορ, πέρα από τη λειτουργία του ως ψυχολογικός μηχανισμός, έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια ως σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τη σωματική υγεία. Στο πλαίσιο της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, η επίδρασή του δεν περιορίζεται στο επίπεδο της εμπειρίας ή της διάθεσης, αλλά εκτείνεται σε βασικές φυσιολογικές διεργασίες, επηρεάζοντας τη λειτουργία πολλαπλών συστημάτων του οργανισμού. Το γέλιο, ως σωματική έκφραση του χιούμορ, συνιστά μια μορφή «ενσωματωμένης» ψυχικής λειτουργίας, όπου η συναισθηματική επεξεργασία μεταφράζεται σε βιολογική ρύθμιση.

Ένας από τους πλέον τεκμηριωμένους μηχανισμούς μέσω των οποίων το χιούμορ επηρεάζει τη σωματική υγεία αφορά τη μείωση του στρες. Το χρόνιο στρες αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για πλήθος παθολογικών καταστάσεων, επηρεάζοντας το νευροενδοκρινικό, το ανοσοποιητικό και το καρδιαγγειακό σύστημα (McEwen, 2007). Η εμπειρία του χιούμορ και του γέλιου έχει συσχετιστεί με μείωση των επιπέδων κορτιζόλης και άλλων ορμονών του στρες, συμβάλλοντας στη ρύθμιση του άξονα υποθαλάμου–υπόφυσης–επινεφριδίων (Bennett & Lengacher, 2009; Berk et al., 2001). Μέσα από αυτή τη διαδικασία, το χιούμορ λειτουργεί ως ένας φυσικός μηχανισμός αποφόρτισης, μειώνοντας τη βιολογική επιβάρυνση που προκαλείται από παρατεταμένη ενεργοποίηση του στρεσογόνου συστήματος.

Παράλληλα, το χιούμορ φαίνεται να επηρεάζει θετικά τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Μελέτες έχουν δείξει ότι το γέλιο συνδέεται με αυξημένη δραστηριότητα φυσικών κυττάρων φονέων (natural killer cells), καθώς και με αύξηση ανοσοσφαιρινών, όπως η IgA, οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού (Berk et al., 2001; Martin, 2007). Η επίδραση αυτή υποδηλώνει ότι οι ψυχολογικές διεργασίες μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την ανοσολογική λειτουργία, ενισχύοντας την αντίσταση του οργανισμού σε λοιμώξεις και ασθένειες.

Η σχέση μεταξύ χιούμορ και φλεγμονής αποτελεί επίσης σημαντικό πεδίο έρευνας. Η χρόνια φλεγμονώδης δραστηριότητα συνδέεται με την ανάπτυξη πολλών χρόνιων νοσημάτων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι νευροεκφυλιστικές διαταραχές. Ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν ότι το χιούμορ και η θετική συναισθηματική κατάσταση σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα φλεγμονωδών δεικτών, γεγονός που υποστηρίζει τον προστατευτικό του ρόλο (Hayashi et al., 2016). Αν και τα ευρήματα δεν είναι πάντα ομοιογενή, η γενική τάση δείχνει ότι η συναισθηματική ρύθμιση μέσω του χιούμορ μπορεί να επηρεάζει τη φλεγμονώδη απόκριση του οργανισμού.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η επίδραση του χιούμορ στο καρδιαγγειακό σύστημα. Το γέλιο έχει συσχετιστεί με βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας, αγγειοδιαστολή και αύξηση της ροής του αίματος, συμβάλλοντας στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου (Miller & Fry, 2009). Επιπλέον, η εμπειρία του χιούμορ φαίνεται να συνδέεται με μείωση της αρτηριακής πίεσης και βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας, ιδιαίτερα σε καταστάσεις χρόνιου στρες. Οι επιδράσεις αυτές αναδεικνύουν ότι το χιούμορ δεν αποτελεί απλώς μια ψυχική διεργασία, αλλά εμπλέκεται ενεργά στη ρύθμιση της καρδιαγγειακής ομοιόστασης.

Στο επίπεδο της νευροβιολογίας, το χιούμορ ενεργοποιεί συστήματα ανταμοιβής στον εγκέφαλο, τα οποία σχετίζονται με την απελευθέρωση ντοπαμίνης και ενδορφινών (Mobbs et al., 2003). Οι ουσίες αυτές συνδέονται με την αίσθηση ευχαρίστησης και ανακούφισης, αλλά και με αναλγητικές ιδιότητες, γεγονός που εξηγεί γιατί το χιούμορ έχει χρησιμοποιηθεί και ως συμπληρωματική παρέμβαση στη διαχείριση του πόνου (Dunbar et al., 2012). Ιδιαίτερα σε χρόνιες καταστάσεις, όπως ο χρόνιος πόνος ή οι νευροεκφυλιστικές νόσοι, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός που μειώνει την υποκειμενική εμπειρία του πόνου και ενισχύει την ανθεκτικότητα.

Στην τρίτη ηλικία, οι επιδράσεις αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς το σώμα βρίσκεται σε μια κατάσταση αυξημένης ευαλωτότητας. Η φυσιολογική γήρανση συνοδεύεται από

μείωση της ανοσολογικής λειτουργίας, αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα και επιβάρυνση του καρδιαγγειακού συστήματος. Σε αυτό το πλαίσιο, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως ένας «ήπιος ρυθμιστής», συμβάλλοντας στη διατήρηση της ομοιόστασης και στην ενίσχυση της συνολικής λειτουργικότητας (Martin, 2007).

Ταυτόχρονα, το χιούμορ επηρεάζει έμμεσα τη σωματική υγεία μέσω συμπεριφορικών μηχανισμών. Άτομα που χρησιμοποιούν προσαρμοστικά στυλ χιούμορ τείνουν να εμφανίζουν καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης, υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και μεγαλύτερη συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα (Celso et al., 2003). Επιπλέον, το χιούμορ ενισχύει τις κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για την υγεία, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία (Stephoe et al., 2013). Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η σχέση μεταξύ χιούμορ και σωματικής υγείας δεν είναι γραμμική ούτε απόλυτη. Τα ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν ετερογένεια, και η επίδραση του χιούμορ φαίνεται να εξαρτάται από το είδος του, το πλαίσιο και τα χαρακτηριστικά του ατόμου. Προσαρμοστικά στυλ χιούμορ, όπως το συνδετικό και το αυτοενισχυτικό, συνδέονται με θετικές εκβάσεις, ενώ μη προσαρμοστικά στυλ, όπως το επιθετικό ή το αυτοϊποτιμητικό, ενδέχεται να έχουν αρνητικές ή ουδέτερες επιδράσεις (Martin et al., 2003).

Υπό αυτό το πρίσμα, το χιούμορ δεν μπορεί να ιδωθεί ως «φάρμακο» με την κλασική έννοια, αλλά ως δυναμικός πόρος που εντάσσεται σε ένα ευρύτερο σύστημα βιοψυχοκοινωνικών διεργασιών. Η επίδρασή του στη σωματική υγεία δεν είναι άμεση και μηχανιστική, αλλά διαμεσολαβείται από τη συναισθηματική ρύθμιση, τη γνωστική επεξεργασία και τη σχέση.

Συνολικά, το χιούμορ αναδεικνύεται ως ένας παράγοντας που γεφυρώνει το ψυχικό και το σωματικό, λειτουργώντας ως σημείο συνάντησης μεταξύ εμπειρίας και βιολογίας. Στην τρίτη ηλικία, όπου η ισορροπία του οργανισμού είναι πιο εύθραυστη, η λειτουργία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς συμβάλλει όχι μόνο στη μείωση της επιβάρυνσης, αλλά και στη

διατήρηση μιας αίσθησης ζωντάνιας και συμμετοχής. Και ίσως, τελικά, το χιούμορ να μην είναι απλώς ένας τρόπος να ελαφρύνει κανείς το βάρος της ζωής, αλλά ένας τρόπος με τον οποίο το σώμα θυμάται ότι μπορεί ακόμη να αντέχει — όχι μόνο να επιβιώνει, αλλά και να ανταποκρίνεται.

5.5 Το Χιούμορ ως Σχεσιακή Διεργασία: Από την Επικοινωνία στην Παραμονή στη Σχέση στην Τρίτη Ηλικία

Το χιούμορ δεν αποτελεί μόνο ατομική ψυχική λειτουργία, αλλά μια κατεξοχήν σχεσιακή διεργασία, η οποία διαμορφώνεται και εκδηλώνεται μέσα στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης με τους άλλους. Πέρα από τη συμβολή του στη ρύθμιση του συναισθήματος και στη διαχείριση του στρες, το χιούμορ λειτουργεί ως μέσο επικοινωνίας, ως τρόπος δημιουργίας νοήματος και ως μηχανισμός σύνδεσης. Στο πλαίσιο αυτό, δεν μπορεί να κατανοηθεί αποκομμένο από τη σχέση, αλλά ως μια μορφή σχετίζεσθαι, μέσω της οποίας το άτομο συναντά τον Άλλον σε ένα κοινό συναισθηματικό και συμβολικό πεδίο (Martin et al., 2003; Kuiper, 2012).

Ιδιαίτερα το συνδετικό χιούμορ (affiliative humor) έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ενίσχυσης των διαπροσωπικών σχέσεων. Μέσα από αυτό, το άτομο δημιουργεί ένα περιβάλλον ασφάλειας και οικειότητας, μειώνει την ένταση και διευκολύνει την επικοινωνία. Το κοινό γέλιο λειτουργεί ως μορφή «συγχρονισμού» μεταξύ των ατόμων, ενισχύοντας την αίσθηση του ανήκειν και της εγγύτητας (Martin et al., 2003; Dunbar et al., 2012). Δεν είναι τυχαίο ότι το γέλιο εμφανίζεται συχνότερα σε κοινωνικά πλαίσια παρά σε ατομικά, γεγονός που υποδηλώνει τον βαθιά κοινωνικό του χαρακτήρα.

Η λειτουργία αυτή του χιούμορ αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην τρίτη ηλικία, όπου οι κοινωνικοί δεσμοί συχνά περιορίζονται λόγω απωλειών, αλλαγών στους ρόλους και μειωμένης κοινωνικής δραστηριότητας. Σε αυτό το πλαίσιο, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως γέφυρα επικοινωνίας, διατηρώντας ζωντανή τη σχέση με τους άλλους, ακόμη και όταν οι εξωτερικές συνθήκες καθιστούν τη σύνδεση πιο δύσκολη (Kuiper & Martin, 1998). Μέσα από

το χιούμορ, το άτομο μπορεί να επαναπροσδιορίσει τη θέση του μέσα στη σχέση, να εκφράσει συναισθήματα και να δημιουργήσει έναν κοινό χώρο εμπειρίας.

Παράλληλα, το χιούμορ συμβάλλει στη ρύθμιση της σχεσιακής έντασης. Σε δύσκολες ή φορτισμένες καταστάσεις, μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο αποσυμπίεσης, επιτρέποντας στα άτομα να διαχειριστούν τη σύγκρουση χωρίς να διαταραχθεί η σχέση (Samson & Gross, 2012).

Το χιούμορ, σε αυτή την περίπτωση, δεν αναιρεί τη δυσκολία, αλλά την καθιστά πιο ανεκτή, δημιουργώντας ένα περιθώριο ψυχικής ευελιξίας.

Ωστόσο, η σχεσιακή λειτουργία του χιούμορ δεν είναι πάντοτε θετική. Το επιθετικό ή ειρωνικό χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει αποστασιοποιητικά, ενισχύοντας την απόσταση και υπονομεύοντας την εμπιστοσύνη (Martin et al., 2003). Η επίδραση του χιούμορ στη σχέση εξαρτάται από το πλαίσιο, την πρόθεση και τη συναισθηματική κατάσταση των εμπλεκομένων.

Το ίδιο εργαλείο που μπορεί να ενισχύσει τη σύνδεση, μπορεί υπό άλλες συνθήκες να οδηγήσει σε αποσύνδεση.

Σε βαθύτερο επίπεδο, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί ως μορφή αναγνώρισης. Το να γελά κανείς με κάποιον —και όχι εις βάρος του— προϋποθέτει μια ελάχιστη κοινότητα εμπειρίας, ένα μοίρασμα νοήματος. Το χιούμορ δημιουργεί έναν χώρο όπου οι άνθρωποι μπορούν να συναντηθούν χωρίς να απαιτείται πλήρης συμφωνία ή ταύτιση. Είναι μια μορφή σχέσης που αντέχει τη διαφορά, χωρίς να καταρρέει.

Στην τρίτη ηλικία, όπου η εμπειρία της μοναξιάς μπορεί να γίνει ιδιαίτερα έντονη, το χιούμορ αποκτά έναν σχεδόν υπαρξιακό χαρακτήρα. Δεν λειτουργεί μόνο ως μέσο επικοινωνίας, αλλά ως τρόπος διατήρησης της σχέσης με τον κόσμο. Το κοινό γέλιο μπορεί να γίνει μια στιγμή παρουσίας, μια μικρή επιβεβαίωση ότι ο άλλος είναι ακόμη εκεί — και ότι το άτομο δεν έχει αποκοπεί πλήρως από το σχεσιακό πεδίο.

Η λειτουργία αυτή συνδέεται στενά με την έννοια της «παραμονής στη σχέση». Το χιούμορ μπορεί να αποτελέσει έναν τρόπο με τον οποίο το άτομο παραμένει συνδεδεμένο, ακόμη και

όταν οι συνθήκες είναι δύσκολες. Δεν αναιρεί την απώλεια, αλλά δημιουργεί έναν χώρο όπου η σχέση μπορεί να συνεχίσει να υπάρχει, έστω και μετασχηματισμένη. Στο πλαίσιο της φροντίδας, αυτή η διάσταση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως μορφή παρουσίας, ως ένας τρόπος να παραμένει κανείς δίπλα στον άλλον χωρίς να κατακλύζεται από τη δυσκολία.

Στο πεδίο της υγείας, το χιούμορ έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας ενίσχυσης της θεραπευτικής σχέσης. Η χρήση κατάλληλου χιούμορ από επαγγελματίες υγείας μπορεί να μειώσει το άγχος των ασθενών, να ενισχύσει την εμπιστοσύνη και να δημιουργήσει ένα πιο ανθρώπινο και λιγότερο απειλητικό περιβάλλον (Bennett, 2003; Dean & Gregory, 2005). Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου η φροντίδα συχνά συνοδεύεται από εξάρτηση και ευαλωτότητα, το χιούμορ μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της αξιοπρέπειας και της αίσθησης ταυτότητας.

Ταυτόχρονα, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει και ως τρόπος διαχείρισης της απόστασης μέσα στη σχέση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, επιτρέπει στο άτομο να εκφράσει δύσκολα συναισθήματα με έμμεσο τρόπο, αποφεύγοντας την άμεση έκθεση. Υπό αυτή την έννοια, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει τόσο ως μέσο σύνδεσης όσο και ως μορφή προστασίας, ρυθμίζοντας την εγγύτητα και την απόσταση.

Η διττή αυτή λειτουργία αναδεικνύει την πολυπλοκότητα του χιούμορ ως σχεσιακού φαινομένου. Δεν είναι ούτε απλώς εργαλείο επικοινωνίας ούτε μόνο μηχανισμός άμυνας, αλλά μια δυναμική διεργασία που διαμορφώνεται μέσα στη σχέση και ταυτόχρονα τη διαμορφώνει. Στο πλαίσιο αυτό, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί ως ένας από τους τρόπους με τους οποίους το άτομο διατηρεί τη σύνδεσή του με τους άλλους και με τον εαυτό του.

Συνολικά, το χιούμορ αναδεικνύεται ως ένας σημαντικός πόρος για τη διατήρηση της σχέσης στην τρίτη ηλικία. Δεν αντικαθιστά την παρουσία του άλλου, αλλά μπορεί να λειτουργήσει ως γέφυρα που επιτρέπει τη συνέχιση της σχέσης, ακόμη και μέσα σε συνθήκες απώλειας ή

περιορισμού. Και ίσως, τελικά, το χιούμορ να μην είναι απλώς ένας τρόπος να μοιράζονται οι άνθρωποι τη χαρά, αλλά ένας τρόπος να παραμένουν μαζί — ακόμη και όταν η ζωή γίνεται πιο σιωπηλή.

5.6 Το Χιούμορ ως Θεραπευτικός Πόρος Φροντίδας: Μια Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση στην Τρίτη Ηλικία

Το χιούμορ, υπό το πρίσμα της σύγχρονης βιοψυχοκοινωνικής θεώρησης, μπορεί να ιδωθεί ως ένας πολυδιάστατος πόρος φροντίδας, ο οποίος διατρέχει ταυτόχρονα το βιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό επίπεδο της ανθρώπινης εμπειρίας. Δεν αποτελεί απλώς μια αυθόρμητη αντίδραση ή μια μορφή ευχαρίστησης, αλλά μια σύνθετη λειτουργία που συμβάλλει ενεργά στη διατήρηση της υγείας, της σχέσης και της ψυχικής συνοχής, ιδιαίτερα σε περιόδους ευαλωτότητας, όπως η τρίτη ηλικία (Martin, 2007; Bennett & Lengacher, 2009). Σε βιολογικό επίπεδο, το χιούμορ συνδέεται με τη ρύθμιση του στρεσογόνου συστήματος και τη μείωση της φυσιολογικής επιβάρυνσης του οργανισμού. Το γέλιο έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα επίπεδα κορτιζόλης και ενισχύει την απελευθέρωση ενδορφινών, συμβάλλοντας στη χαλάρωση και στην ανακούφιση από την ένταση (Berk et al., 2001; Bennett & Lengacher, 2009). Παράλληλα, φαίνεται να επηρεάζει θετικά την ανοσολογική λειτουργία και την καρδιαγγειακή ρύθμιση, ενισχύοντας τη συνολική ομοιόσταση του οργανισμού (Hayashi et al., 2016; Miller & Fry, 2009). Στην τρίτη ηλικία, όπου η βιολογική ανθεκτικότητα είναι μειωμένη, η λειτουργία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς το χιούμορ μπορεί να συμβάλει στη μείωση του «αλλοστατικού φορτίου» και στη διατήρηση της λειτουργικής ισορροπίας (McEwen, 2007).

Σε ψυχολογικό επίπεδο, το χιούμορ λειτουργεί ως μηχανισμός ανθεκτικότητας, επιτρέποντας στο άτομο να επαναπλαισιώνει δύσκολες εμπειρίες και να διαχειρίζεται το άγχος, την απώλεια και την αβεβαιότητα (Samson & Gross, 2012). Η ικανότητα να «δει κανείς αλλιώς» μια κατάσταση δεν αναιρεί την πραγματικότητα, αλλά μεταβάλλει τη σχέση με αυτήν. Υπό αυτή

την έννοια, το χιούμορ αποτελεί μια μορφή δημιουργικής προσαρμογής, η οποία επιτρέπει στο άτομο να διατηρεί την ψυχική του συνοχή ακόμη και υπό συνθήκες πίεσης. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα προσαρμοστικά στυλ χιούμορ, όπως το αυτοεπισχυτικό και το συνδετικό, συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Martin et al., 2003; Celso et al., 2003).

Στο πλαίσιο της τρίτης ηλικίας, όπου το άτομο καλείται να διαχειριστεί πολλαπλές απώλειες και μεταβολές, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως ένας τρόπος διατήρησης της ταυτότητας και της συνέχειας του εαυτού. Δεν πρόκειται για άρνηση της φθοράς, αλλά για μια ιδιαίτερη μορφή αποδοχής, μέσα από την οποία το άτομο διατηρεί μια αίσθηση εσωτερικής ελευθερίας. Όπως ήδη είχε επισημάνει ο Freud (1928), το χιούμορ επιτρέπει στο Εγώ να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα χωρίς να συνθλίβεται από αυτήν, ενώ ο Vaillant (1992) το ενέταξε στους ώριμους μηχανισμούς άμυνας, υπογραμμίζοντας τη λειτουργία του ως μορφή ψυχικής αντοχής.

Σε κοινωνικό επίπεδο, το χιούμορ διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση και διατήρηση των σχέσεων. Το κοινό γέλιο δημιουργεί ένα πεδίο συναισθηματικού συγχρονισμού, ενισχύοντας την αίσθηση του ανήκειν και της εγγύτητας (Dunbar et al., 2012).

Στην τρίτη ηλικία, όπου η μοναξιά αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την υγεία, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως γέφυρα που διατηρεί τη σύνδεση με τους άλλους. Μέσα από αυτό, το άτομο δεν βιώνει μόνο ότι υπάρχει, αλλά ότι υπάρχει σε σχέση.

Η σημασία του χιούμορ καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας. Η χρήση του από επαγγελματίες υγείας μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης που βασίζεται στην εμπιστοσύνη, την ασφάλεια και την ανθρώπινη παρουσία (Bennett, 2003; Dean & Gregory, 2005). Το χιούμορ μπορεί να μειώσει το άγχος των ασθενών, να διευκολύνει την επικοινωνία και να αποφορτίσει δύσκολες καταστάσεις, δημιουργώντας έναν χώρο όπου η εμπειρία της ασθένειας γίνεται πιο ανεκτή.

Παράλληλα, το χιούμορ δεν αφορά μόνο τους ασθενείς, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας. Σε ένα περιβάλλον όπου η φροντίδα συχνά συνοδεύεται από συναισθηματική επιβάρυνση και επαγγελματική εξουθένωση, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός προστασίας και αποφόρτισης (Dean & Gregory, 2005). Μέσα από αυτό, οι επαγγελματίες μπορούν να διατηρούν μια ισορροπία ανάμεσα στην εμπλοκή και την απόσταση, χωρίς να αποκόπτονται από τη σχέση.

Ωστόσο, η χρήση του χιούμορ στη φροντίδα απαιτεί ευαισθησία και επίγνωση. Το χιούμορ που δεν λαμβάνει υπόψη το πλαίσιο, την κατάσταση και την εμπειρία του άλλου μπορεί να λειτουργήσει αποστασιοποιητικά ή ακόμη και τραυματικά. Αντίθετα, το κατάλληλο χιούμορ μπορεί να αποτελέσει μορφή παρουσίας, έναν τρόπο να «μείνει» κανείς δίπλα στον άλλον χωρίς να αποσύρεται από τη δυσκολία.

Υπό αυτό το πρίσμα, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί όχι απλώς ως εργαλείο, αλλά ως πράξη φροντίδας. Δεν είναι μόνο αυτό που λέγεται, αλλά ο τρόπος με τον οποίο λέγεται· δεν είναι μόνο το περιεχόμενο, αλλά η πρόθεση και η σχέση που το συνοδεύει. Το χιούμορ γίνεται έτσι μια μορφή σχεσιακής στάσης, η οποία εκφράζει την πρόθεση του ατόμου να παραμείνει σε επαφή με τον άλλον.

Στην τρίτη ηλικία, όπου η ευαλωτότητα είναι αυξημένη και οι σχέσεις συχνά δοκιμάζονται, η λειτουργία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Το χιούμορ μπορεί να δημιουργήσει μικρές στιγμές ζωντάνιας μέσα στην καθημερινότητα, να επαναφέρει την αίσθηση της ανθρώπινης παρουσίας και να ενισχύσει τη δυνατότητα του ατόμου να βιώνει τον εαυτό του ως μέρος ενός σχεσιακού κόσμου.

Συνολικά, το χιούμορ αναδεικνύεται ως ένας δυναμικός και πολυδιάστατος πόρος φροντίδας, ο οποίος δεν περιορίζεται σε μία μόνο διάσταση, αλλά διαπερνά το σώμα, την ψυχή και τη σχέση. Η λειτουργία του δεν είναι μηχανιστική, αλλά βαθιά ανθρώπινη, συνδεδεμένη με την ικανότητα του ατόμου να μετασχηματίζει την εμπειρία και να παραμένει σε σχέση. Και ίσως,

τελικά, το χιούμορ να μην είναι απλώς ένας τρόπος να αντέχει κανείς τη ζωή, αλλά ένας τρόπος να φροντίζει — τον εαυτό του και τον άλλον — χωρίς να εγκαταλείπει τη σχέση, ακόμη και όταν όλα γύρω μοιάζουν να αποσύρονται.

5.7 Χιούμορ και Ευδόκιμη Γήρανση: Ανθεκτικότητα, Νόημα και Παραμονή στη Ζωή

Η ευδόκιμη γήρανση αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία υπερβαίνει τη στενή κατανόηση της υγείας ως απουσίας νόσου και ενσωματώνει τη λειτουργικότητα, την ψυχική ευεξία, τη συμμετοχή στη ζωή και τη διατήρηση του νοήματος (Rowe & Kahn, 1998; World Health Organization, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, η ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί προσαρμοστικά το χιούμορ αναδεικνύεται ως ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην επιτυχή προσαρμογή στις προκλήσεις της τρίτης ηλικίας.

Το χιούμορ συνδέεται στενά με την ψυχική ευεξία, καθώς επιτρέπει στο άτομο να ρυθμίζει το συναίσθημα, να μειώνει το άγχος και να διατηρεί μια θετική στάση απέναντι στις δυσκολίες (Martin, 2007; Samson & Gross, 2012). Η χρήση προσαρμοστικών μορφών χιούμορ, όπως το αυτοενισχυτικό και το συνδετικό, έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Martin et al., 2003; Celso et al., 2003). Στην τρίτη ηλικία, όπου το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με εμπειρίες απώλειας, φθοράς και μεταβολής, η λειτουργία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως ένας μηχανισμός που προστατεύει την ψυχική συνοχή.

Παράλληλα, το χιούμορ συμβάλλει στη διατήρηση της κοινωνικής συμμετοχής, η οποία αποτελεί βασικό πυλώνα της ευδόκιμης γήρανσης (Rowe & Kahn, 1998). Μέσα από το χιούμορ, το άτομο ενισχύει τις σχέσεις του, δημιουργεί νέες μορφές επικοινωνίας και διατηρεί την αίσθηση του ανήκειν (Kuiper, 2012). Το κοινό γέλιο λειτουργεί ως κοινωνικός δεσμός, ενισχύοντας τη σύνδεση και μειώνοντας την απομόνωση (Dunbar et al., 2012). Σε ένα στάδιο ζωής όπου οι κοινωνικοί ρόλοι συχνά περιορίζονται, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως ένας τρόπος διατήρησης της παρουσίας μέσα στον κοινωνικό κόσμο.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η σχέση του χιούμορ με τη διατήρηση του νοήματος ζωής. Η αίσθηση νοήματος αποτελεί βασική διάσταση της ευδόκιμης γήρανσης και συνδέεται με καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία (Hill & Turiano, 2014). Το χιούμορ επιτρέπει στο άτομο να επανανοηματοδοτεί την εμπειρία του, να εντάσσει ακόμη και τις δύσκολες καταστάσεις σε ένα ευρύτερο αφηγηματικό πλαίσιο και να διατηρεί μια αίσθηση συνέχειας του εαυτού. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, το άτομο δεν βιώνει τη γήρανση ως παθητική παρακμή, αλλά ως μια δυναμική φάση ζωής που εξακολουθεί να εμπεριέχει νόημα.

Η λειτουργία αυτή του χιούμορ συνδέεται με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας (resilience), δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται σε αντιξοότητες και να διατηρεί τη λειτουργικότητά του (Southwick et al., 2014). Το χιούμορ, ως μορφή γνωστικής και συναισθηματικής ευελιξίας, επιτρέπει στο άτομο να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες χωρίς να κατακλύζεται από αυτές. Δεν αναιρεί την πραγματικότητα της απώλειας ή της φθοράς, αλλά δημιουργεί έναν χώρο όπου αυτές μπορούν να «κρατηθούν» χωρίς να διαλύσουν την ψυχική ισορροπία.

Στο επίπεδο της ταυτότητας, το χιούμορ συμβάλλει στη διατήρηση της συνοχής του εαυτού. Στην τρίτη ηλικία, όπου το άτομο καλείται να επαναπροσδιορίσει τον εαυτό του υπό συνθήκες αλλαγής, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως ένας τρόπος αφήγησης της ζωής που διατηρεί τη συνέχεια και την ενότητα της εμπειρίας (Martin, 2007). Μέσα από αυτό, το άτομο μπορεί να δει τον εαυτό του όχι μόνο ως φορέα απωλειών, αλλά και ως υποκείμενο που εξακολουθεί να δημιουργεί νόημα.

Η συμβολή του χιούμορ στην ευδόκιμη γήρανση δεν περιορίζεται στο άτομο, αλλά εκτείνεται και στο πεδίο της σχέσης. Το χιούμορ ενισχύει την επικοινωνία, μειώνει την ένταση και δημιουργεί ένα κοινό συναισθηματικό πεδίο, μέσα στο οποίο οι άνθρωποι μπορούν να συναντηθούν (Kuiper & Martin, 1998). Στην τρίτη ηλικία, όπου η μοναξιά αποτελεί σημαντικό

παράγοντα κινδύνου για την υγεία, η λειτουργία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς το χιούμορ μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της σύνδεσης με τους άλλους.

Υπό το βιοψυχοκοινωνικό πρίσμα, το χιούμορ αναδεικνύεται ως ένας πόρος που γεφυρώνει το σώμα, την ψυχή και τη σχέση. Σε βιολογικό επίπεδο, συμβάλλει στη ρύθμιση του στρες και στην ενίσχυση της ομοιόστασης· σε ψυχολογικό επίπεδο, ενισχύει την ανθεκτικότητα και τη συναισθηματική ισορροπία· και σε κοινωνικό επίπεδο, καλλιεργεί τη σύνδεση και την αίσθηση του ανήκειν (Bennett & Lengacher, 2009; Martin, 2007). Η πολυδιάστατη αυτή λειτουργία καθιστά το χιούμορ έναν από τους πιο σημαντικούς, αλλά συχνά υποτιμημένους, παράγοντες ευδόκιμης γήρανσης.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η επίδραση του χιούμορ δεν είναι αυτόματη ούτε ομοιόμορφη. Η ποιότητα και το είδος του χιούμορ, καθώς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο χρησιμοποιείται, καθορίζουν τη λειτουργία του. Προσαρμοστικά στυλ χιούμορ ενισχύουν την υγεία και την ευημερία, ενώ μη προσαρμοστικά στυλ ενδέχεται να έχουν αντίθετα αποτελέσματα (Martin et al., 2003). Η κατανόηση αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη για μια πιο διαφοροποιημένη και κριτική προσέγγιση του χιούμορ στην έρευνα και στην πράξη.

Συνολικά, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί ως ένας τρόπος ενεργητικής στάσης απέναντι στη ζωή. Δεν αποτελεί απλώς αντίδραση στις συνθήκες, αλλά μορφή επιλογής — έναν τρόπο με τον οποίο το άτομο τοποθετείται απέναντι στην εμπειρία του. Στην τρίτη ηλικία, η στάση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς επιτρέπει στο άτομο να παραμένει ενεργό, ακόμη και όταν οι εξωτερικές δυνατότητες περιορίζονται.

Συμπερασματικά, το χιούμορ στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί πολυτέλεια, αλλά αναγκαιότητα. Είναι ένας τρόπος διατήρησης της ψυχικής συνοχής, ενίσχυσης της ανθεκτικότητας και διατήρησης της σχέσης με τον κόσμο. Μέσα από αυτό, το άτομο μπορεί να αντέχει τις απώλειες, να επανανοηματοδοτεί την εμπειρία και να παραμένει σε σύνδεση με τον εαυτό και τους άλλους. Και ίσως, τελικά, το χιούμορ να είναι εκείνη η λεπτή πράξη αντίστασης, που

επιτρέπει στον άνθρωπο να παραμένει ζωντανός — όχι επειδή δεν αλλάζει τίποτα, αλλά επειδή, ακόμη και μέσα στην αλλαγή, επιλέγει να συνεχίζει να σχετίζεται με τη ζωή.

5.8 Το Χιούμορ ως Σχεσιακός Μηχανισμός Φροντίδας στο Πλαίσιο του HALO

Μέσα από την παρούσα ανάλυση, το χιούμορ δεν αναδεικνύεται απλώς ως ψυχολογικός μηχανισμός ή στρατηγική αντιμετώπισης, αλλά ως μια λεπτή και βαθιά μορφή σχέσης. Μια πράξη μέσω της οποίας το άτομο δεν αποσύρεται από την εμπειρία της ζωής, αλλά παραμένει μέσα σε αυτήν — ακόμη και όταν αυτή πονά, αλλάζει ή φθίνει.

Υπό αυτό το πρίσμα, το χιούμορ συναντά τη θεμελιώδη αρχή της θεωρίας HALO (Humanitarian Amor as Learned Occupational soft skill): την ικανότητα παραμονής στη σχέση.

Το HALO δεν αφορά απλώς τη φροντίδα ως πράξη παροχής, αλλά τη φροντίδα ως παρουσία.

Ως εκείνη τη σιωπηλή, αλλά ουσιαστική δυνατότητα του ανθρώπου να μην αποσύρεται από τον Άλλον — ούτε όταν ο Άλλος πονά, ούτε όταν αλλάζει, ούτε όταν χάνει. Και ίσως, ακόμη πιο δύσκολα, να μην αποσύρεται από τον ίδιο του τον εαυτό (Gouna et al., 2026)..

Σε αυτό το πλαίσιο, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί ως μία από τις πιο ανθρώπινες εκφράσεις αυτής της παραμονής. Δεν αρνείται την πραγματικότητα· τη μετασηματίζει. Δεν απομακρύνει το άτομο από την εμπειρία· το βοηθά να την αντέξει χωρίς να διαλυθεί μέσα σε αυτήν.

Στην τρίτη ηλικία, όπου η μοναξιά, η απώλεια και η φθορά δοκιμάζουν τη συνοχή του εαυτού και τη δυνατότητα σχέσης, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως μια μικρή, αλλά ουσιαστική πράξη αντίστασης: μια στιγμή όπου ο άνθρωπος εξακολουθεί να σχετίζεται — με τον εαυτό του, με τον άλλον, με τη ζωή.

Έτσι, το χιούμορ δεν είναι απλώς εργαλείο φροντίδας. Είναι μορφή σχέσης που ενσαρκώνει το ίδιο το HALO. Γιατί, τελικά, η φροντίδα δεν είναι μόνο να ανακουφίζεις τον πόνο, αλλά να παραμένεις εκεί όπου ο πόνος υπάρχει. Και ίσως, μέσα σε ένα χαμόγελο που μοιράζεται — ακόμη και στην πιο εύθραυστη στιγμή — να κατοικεί η πιο βαθιά μορφή φροντίδας: η παρουσία που δεν αποσύρεται.

Προς ένα Ενοποιημένο Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο της Ευδόκιμης Γήρανσης: Από τη Ρύθμιση στην Παραμονή στη Σχέση

*«Η προσοχή είναι η πιο σπάνια και η πιο καθαρή μορφή γενναιοδωρίας»
Simone Weil*

Η γήρανση, όπως αναδείχθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, δεν αποτελεί ένα μονοδιάστατο βιολογικό γεγονός, αλλά μια σύνθετη και δυναμική διαδικασία, η οποία εκτυλίσσεται στη διασταύρωση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Ο ύπνος, η μοναξιά και το χιούμορ, αν και συχνά μελετώνται στη βιβλιογραφία ως διακριτές θεματικές, αποκαλύφθηκαν εδώ ως αλληλένδετες εκφράσεις ενός κοινού πεδίου: του τρόπου με τον οποίο ο άνθρωπος ρυθμίζει την εμπειρία του, διατηρεί την ψυχική του συνοχή και παραμένει —ή δυσκολεύεται να παραμείνει— σε σχέση με τον εαυτό, τους άλλους και τη ζωή.

Ο ύπνος αναδείχθηκε ως ευαίσθητος δείκτης της ισορροπίας ανάμεσα στο σώμα, την ψυχική λειτουργία και το κοινωνικό πλαίσιο. Η μοναξιά φανερώθηκε όχι μόνο ως κοινωνική στέρηση ή υποκειμενική δυσφορία, αλλά ως τραύμα της σχέσης και, συχνά, ως επιμονή ενός παρελθόντος όπου ο Άλλος δεν υπήρξε ποτέ αρκετά. Το χιούμορ, τέλος, αναγνωρίστηκε ως ώριμος μηχανισμός επεξεργασίας, ως πόρος ανθεκτικότητας και ως πράξη σχεσιακής φροντίδας, ικανή να μετασχηματίζει την οδύνη χωρίς να την αρνείται. Όλες αυτές οι διαστάσεις δείχνουν ότι η ευδόκιμη γήρανση δεν εξαρτάται μόνο από τη λειτουργική διατήρηση του οργανισμού, αλλά από κάτι βαθύτερο: από τη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίζει να νοηματοδοτεί, να αντέχει και να σχετίζεται.

Το παρόν κεφάλαιο επιχειρεί ακριβώς αυτή τη σύνθεση. Δεν αρκείται σε μια παράθεση ευρημάτων, αλλά προτείνει ένα ενοποιημένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο κατανόησης της

ευδόκιμης γήρανσης, στο οποίο οι επιμέρους άξονες της διατριβής συγκροτούν ένα κοινό θεωρητικό σχήμα. Στο επίκεντρο αυτού του μοντέλου δεν βρίσκεται μόνο η ρύθμιση των βιολογικών και ψυχικών λειτουργιών, αλλά η βαθύτερη ικανότητα του ανθρώπου να παραμένει σε σχέση — με το σώμα του, με την ιστορία του, με τον άλλο άνθρωπο και με τις μορφές νοήματος που συνεχίζουν να καθιστούν τη ζωή βιώσιμη.

Υπό αυτό το πρίσμα, η ευδόκιμη γήρανση δεν μπορεί να οριστεί αποκλειστικά ως απουσία νόσου, ούτε μόνο ως καλή λειτουργικότητα ή προσαρμοστικότητα. Αυτές οι διαστάσεις είναι αναγκαίες, αλλά όχι επαρκείς. Το ζητούμενο δεν είναι μόνο να διατηρείται ο οργανισμός, αλλά να διατηρείται η δυνατότητα του προσώπου να κατοικεί τη ζωή του με έναν τρόπο που να εμπεριέχει συνοχή, παρουσία και σχέση. Η γήρανση γίνεται έτσι όχι απλώς βιολογική τροχιά, αλλά δοκιμασία της σχέσης: σχέσης με το σώμα που αλλάζει, με τον χρόνο που βαθαίνει, με τις απώλειες που επιστρέφουν, αλλά και με εκείνες τις μορφές δεσμού που μπορούν ακόμη να συγκρατούν τον άνθρωπο μέσα στον κόσμο.

Σε αυτή τη μετάβαση από τη ρύθμιση στην παραμονή στη σχέση, αναδύεται και η θεωρητική σημασία του HALO ως πρότασης που υπερβαίνει τη στενή τεχνική της φροντίδας και τη μετατοπίζει προς μια ανθρωπολογική και σχεσιακή κατανόηση της υγείας (Gouva et al., 2026). Η φροντίδα δεν νοείται πλέον μόνο ως αποκατάσταση ή υποστήριξη, αλλά ως πράξη παρουσίας. Ως η δυνατότητα να μην αποσύρεται κανείς από τον Άλλον — ούτε όταν ο Άλλος αποδυναμώνεται, ούτε όταν σιωπά, ούτε όταν φέρει μέσα του τη μνήμη μιας σχέσης που δεν υπήρξε ποτέ αρκετά.

Το μοντέλο που προτείνεται στο παρόν κεφάλαιο επιχειρεί, επομένως, να μεταφέρει το βιοψυχοκοινωνικό παράδειγμα ένα βήμα παραπέρα: από την περιγραφή των αλληλεπιδρώντων παραγόντων προς τη διατύπωση μιας ενιαίας θεωρίας της ευδόκιμης γήρανσης ως σχεσιακής δυνατότητας. Μιας δυνατότητας που δεν αναιρεί τη φθορά, την απώλεια ή την ευαλωτότητα,

αλλά επιτρέπει στον άνθρωπο να παραμένει, έστω εύθραυστα, μέσα σε μια εμπειρία ζωής που εξακολουθεί να έχει συνοχή και νόημα.

Και ίσως, τελικά, η ουσία της ευδόκιμης γήρανσης να μην βρίσκεται μόνο στη ρύθμιση των λειτουργιών ή στην επιτυχή προσαρμογή στις αλλαγές, αλλά στο αν ο άνθρωπος εξακολουθεί να μπορεί να κατοικεί έναν κόσμο σχέσεων. Γιατί εκεί όπου η σχέση παραμένει, η ύπαρξη δεν περιορίζεται στο να αντέχει τον χρόνο — συνεχίζει να έχει μορφή, μνήμη και προορισμό. Η πρόκληση της γήρανσης δεν είναι μόνο να παρατείνεται η ζωή, αλλά να μη διαρρηγνύεται η δυνατότητα σχέσης. Και ίσως, τελικά, η ευδόκιμη γήρανση να είναι ακριβώς αυτό: όχι η άρνηση της φθοράς, αλλά η παραμονή του ανθρώπου μέσα σε έναν κόσμο όπου μπορεί ακόμη να αναγνωρίζεται, να νοηματοδοτεί και να αγαπά.

6.1 Από την Πολυδιάσταση στη Σύνθεση: Προς μια Σχεσιακή Ενοποίηση του Βιοψυχοκοινωνικού Μοντέλου

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, όπως διατυπώθηκε αρχικά από τον Engel (1977), αποτέλεσε μια από τις πιο καθοριστικές μετατοπίσεις στην κατανόηση της υγείας και της ασθένειας, αναδεικνύοντας ότι καμία διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας δεν μπορεί να ερμηνευθεί επαρκώς απομονωμένα από τις υπόλοιπες. Το σώμα, η ψυχική λειτουργία και το κοινωνικό πλαίσιο δεν αποτελούν διακριτά επίπεδα, αλλά αλληλοδιεισδυόμενα πεδία, τα οποία συγκροτούν από κοινού την εμπειρία του ανθρώπου. Στην τρίτη ηλικία, η αλληλεπίδραση αυτή καθίσταται ιδιαίτερα εμφανής και, συχνά, πιο εύθραυστη, καθώς οι αλλαγές σε ένα επίπεδο τείνουν να αντηχούν και να αναδιαμορφώνουν τα υπόλοιπα (Baltes & Baltes, 1990; World Health Organization, 2015).

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, τρεις βασικές διαστάσεις —ο ύπνος, η μοναξιά και το χιούμορ— αναδείχθηκαν ως ενδεικτικοί άξονες αυτής της πολυπλοκότητας. Ο ύπνος δεν αποτελεί απλώς μια βιολογική λειτουργία, αλλά έναν ευαίσθητο δείκτη της συνολικής ισορροπίας του οργανισμού, ο οποίος επηρεάζεται από ψυχολογικούς και κοινωνικούς

παράγοντες, όπως το άγχος, η μοναξιά και η ποιότητα ζωής (Mander et al., 2017; Irwin, 2015). Η μοναξιά, από την άλλη πλευρά, δεν περιορίζεται σε μια αντικειμενική έλλειψη κοινωνικών επαφών, αλλά συνιστά μια βαθιά υποκειμενική εμπειρία διατάραξης της σχέσης, η οποία έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική υγεία (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015). Το χιούμορ, τέλος, αναδεικνύεται ως ένας δυναμικός μηχανισμός επαναρρύθμισης, ο οποίος επιτρέπει στο άτομο να επεξεργάζεται την εμπειρία του, να μειώνει τη συναισθηματική ένταση και να διατηρεί τη σχέση με τον εαυτό και τους άλλους (Martin, 2007; Samson & Gross, 2012).

Αν και οι διαστάσεις αυτές συχνά μελετώνται ξεχωριστά στη βιβλιογραφία, τα ευρήματα δείχνουν ότι δεν λειτουργούν ως ανεξάρτητα φαινόμενα, αλλά ως εκφάνσεις ενός ενιαίου συστήματος προσαρμογής. Η διαταραχή του ύπνου μπορεί να ενισχύσει τη συναισθηματική ευαλωτότητα και να επιτείνει την εμπειρία της μοναξιάς· η μοναξιά μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φυσιολογική ρύθμιση και να επιβαρύνει τον ύπνο· το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως ρυθμιστικός παράγοντας, μετριάζοντας τις επιπτώσεις και επαναφέροντας μια μορφή ισορροπίας (Pressman et al., 2017; Ong et al., 2016). Πρόκειται, επομένως, για ένα κυκλικό και δυναμικό σύστημα, στο οποίο οι επιμέρους διεργασίες δεν απλώς συνυπάρχουν, αλλά αλληλοκαθορίζονται.

Η παρατήρηση αυτή οδηγεί σε μια κρίσιμη θεωρητική μετατόπιση: από την κατανόηση της πολυδιάστατης φύσης της γήρανσης προς την ανάγκη σύνθεσης αυτών των διαστάσεων σε ένα ενιαίο ερμηνευτικό πλαίσιο. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, αν και θεμελιώδες, παραμένει συχνά περιγραφικό, καταγράφοντας τις αλληλεπιδράσεις χωρίς να προτείνει έναν κεντρικό άξονα που να ενοποιεί τη λειτουργία τους. Η παρούσα προσέγγιση επιχειρεί να καλύψει αυτό το κενό, προτείνοντας ότι η έννοια που μπορεί να λειτουργήσει ως συνδετικός κρίκος δεν είναι άλλη από τη σχέση.

Η σχέση —με το σώμα, με τον εαυτό, με τον άλλον— δεν αποτελεί απλώς μία από τις διαστάσεις της εμπειρίας, αλλά το πεδίο μέσα στο οποίο όλες οι διαστάσεις αποκτούν νόημα. Ο ύπνος διαταράσσεται όταν το άτομο χάνει την αίσθηση ασφάλειας μέσα στον εαυτό του· η μοναξιά αναδύεται όταν η σχέση με τον άλλον βιώνεται ως απύσχα ή ανεπαρκής· το χιούμορ λειτουργεί όταν το άτομο κατορθώνει να παραμείνει σε μια δημιουργική σχέση με την εμπειρία του. Υπό αυτή την έννοια, οι τρεις άξονες της μελέτης μπορούν να ιδωθούν ως διαφορετικές εκφράσεις της ίδιας θεμελιώδους διεργασίας: της δυνατότητας του ανθρώπου να ρυθμίζει και να διατηρεί τη σχέση του με τον κόσμο.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει όλο και περισσότερο τη σημασία αυτής της σχεσιακής διάστασης. Η κοινωνική σύνδεση έχει αναγνωριστεί ως βασικός προσδιοριστής της υγείας και της μακροβιότητας, συγκρίσιμος σε επίδραση με κλασικούς παράγοντες κινδύνου (Holt-Lunstad et al., 2015). Παράλληλα, η συναισθηματική ρύθμιση και η ικανότητα νοσηματοδότησης της εμπειρίας έχουν συνδεθεί με καλύτερη προσαρμογή στη γήρανση και υψηλότερη ποιότητα ζωής (Gross, 2015; Hill & Turiano, 2014). Το χιούμορ, ως μορφή γνωστικής και συναισθηματικής ευελιξίας, εντάσσεται σε αυτό το πλαίσιο ως ένας από τους μηχανισμούς που υποστηρίζουν τη διατήρηση της σχέσης, ακόμη και υπό συνθήκες πίεσης.

Στο σημείο αυτό, η μετάβαση από την πολυδιάσταση στη σύνθεση δεν αφορά μόνο μια μεθοδολογική επιλογή, αλλά μια βαθύτερη αλλαγή οπτικής. Η γήρανση δεν προσεγγίζεται πλέον ως σύνολο επιμέρους μεταβλητών που πρέπει να ελεγχθούν ή να βελτιστοποιηθούν, αλλά ως δυναμική διεργασία μέσα στην οποία το άτομο καλείται να διατηρήσει μια μορφή συνοχής και συνέχειας. Η έννοια της προσαρμογής, όπως περιγράφηκε από τον Baltes (Baltes & Baltes, 1990), εμπλουτίζεται εδώ με μια σχεσιακή διάσταση: δεν αρκεί το άτομο να προσαρμόζεται στις αλλαγές, αλλά να παραμένει σε σχέση με αυτές χωρίς να αποσυνδέεται από τον εαυτό του.

Υπό αυτό το πρίσμα, η ευδόκιμη γήρανση δεν μπορεί να οριστεί αποκλειστικά με όρους λειτουργικότητας ή απουσίας νόσου. Αντίθετα, συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί μια ενεργή και νοηματοδοτημένη σχέση με την εμπειρία του. Η διατήρηση αυτής της σχέσης προϋποθέτει όχι μόνο βιολογική σταθερότητα και ψυχολογική ανθεκτικότητα, αλλά και την ύπαρξη ενός κοινωνικού και σχεσιακού πλαισίου που να υποστηρίζει την παρουσία του ατόμου στον κόσμο (Rowe & Kahn, 1998; WHO, 2015).

Συνολικά, η μετάβαση από την πολυδιάσταση στη σύνθεση επιτρέπει την ανάδυση ενός πιο ολοκληρωμένου μοντέλου κατανόησης της γήρανσης, στο οποίο οι επιμέρους διεργασίες δεν αντιμετωπίζονται ως αποσπασματικές, αλλά ως αλληλοσυνδεδεμένες όψεις μιας ενιαίας εμπειρίας. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν εγκαταλείπεται, αλλά εμβαθύνεται, αποκτώντας έναν κεντρικό άξονα που το ενοποιεί: τη σχέση. Και ίσως, τελικά, αυτό που διακυβεύεται στην τρίτη ηλικία δεν είναι μόνο η διατήρηση της λειτουργίας ή η επιτυχής προσαρμογή στις αλλαγές, αλλά η δυνατότητα του ανθρώπου να παραμένει —μέσα σε ένα σώμα που αλλάζει, σε έναν χρόνο που βαθαίνει και σε έναν κόσμο που συχνά αποσύρεται— σε σχέση με τη ζωή.

6.2 Ο Ύπνος ως Μηχανισμός Βιοψυχοκοινωνικής Ρύθμισης και Εσωτερικής Επανοργάνωσης

Ο ύπνος αποτελεί έναν από τους πλέον θεμελιώδεις μηχανισμούς ρύθμισης της ανθρώπινης ύπαρξης, καθώς συνιστά ένα πολυεπίπεδο φαινόμενο που διασυνδέει το σώμα, την ψυχική λειτουργία και το κοινωνικό πλαίσιο. Παρά την προφανή βιολογική του βάση, ο ύπνος δεν μπορεί να κατανοηθεί αποκλειστικά ως φυσιολογική ανάγκη ή παθητική κατάσταση ανάπαυσης. Αντίθετα, αποτελεί μια ενεργή διεργασία αποκατάστασης, επεξεργασίας και επαναοργάνωσης, μέσα από την οποία το άτομο διατηρεί τη συνοχή του απέναντι στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής (Irwin, 2015; Walker, 2017).

Σε βιολογικό επίπεδο, ο ύπνος συμβάλλει καθοριστικά στην αποκατάσταση της σωματικής λειτουργίας, ρυθμίζοντας το ανοσοποιητικό σύστημα, τη μεταβολική ισορροπία και τη

νευροενδοκρινική δραστηριότητα (Irwin, 2015; Besedovsky et al., 2012). Η επαρκής και ποιοτική διάρκεια ύπνου έχει συνδεθεί με μείωση της φλεγμονώδους δραστηριότητας, ενίσχυση της ανοσολογικής απόκρισης και καλύτερη συνολική υγεία. Στην τρίτη ηλικία, όπου η φυσιολογική ανθεκτικότητα μειώνεται, η λειτουργία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς ο ύπνος λειτουργεί ως βασικός ρυθμιστής της ομοιόστασης (Mander et al., 2017).

Ωστόσο, η σημασία του ύπνου υπερβαίνει τη βιολογική του διάσταση. Σε ψυχολογικό επίπεδο, ο ύπνος συνιστά έναν χώρο επεξεργασίας της εμπειρίας, όπου το άτομο επαναοργανώνει μνήμες, συναισθήματα και βιώματα. Η σύγχρονη έρευνα δείχνει ότι ο ύπνος, και ιδιαίτερα τα στάδια REM, συνδέεται με την επεξεργασία συναισθηματικών εμπειριών και τη ρύθμιση της συναισθηματικής έντασης (Walker & van der Helm, 2009; Goldstein & Walker, 2014). Μέσα από αυτή τη διαδικασία, το άτομο κατορθώνει να ενσωματώνει τις εμπειρίες του χωρίς να κατακλύζεται από αυτές.

Υπό ψυχοδυναμική οπτική, ο ύπνος μπορεί να ιδωθεί ως ένας ενδιάμεσος χώρος, όπου η συνείδηση χαλαρώνει και επιτρέπει την ανάδυση υλικού που δεν είναι άμεσα προσβάσιμο στην εγρήγορση. Το όνειρο, όπως ήδη περιέγραψε ο Freud (1900/1953), αποτελεί μια μορφή επεξεργασίας του ασυνείδητου, μέσα από την οποία το άτομο μετασχηματίζει επιθυμίες, συγκρούσεις και τραυματικές εμπειρίες σε συμβολικό επίπεδο. Αν και οι σύγχρονες προσεγγίσεις έχουν εμπλουτίσει την κατανόηση αυτή, η βασική ιδέα παραμένει: ο ύπνος δεν είναι απουσία λειτουργίας, αλλά πεδίο ψυχικής εργασίας.

Παράλληλα, ο ύπνος συνδέεται στενά με τη ρύθμιση του συναισθήματος. Η έλλειψη ύπνου έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής και μειωμένη ρύθμιση από τον προμετωπιαίο φλοιό, γεγονός που καθιστά το άτομο πιο ευάλωτο σε αρνητικά συναισθήματα (Yoo et al., 2007). Αντίθετα, ο επαρκής ύπνος ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται το άγχος και να διατηρεί συναισθηματική ισορροπία (Goldstein &

Walker, 2014). Υπό αυτή την έννοια, ο ύπνος λειτουργεί ως ένας μηχανισμός που επιτρέπει στο άτομο να «επαναφέρει» την ψυχική του κατάσταση σε ένα πιο ανεκτό επίπεδο.

Η κοινωνική διάσταση του ύπνου είναι εξίσου σημαντική, αν και συχνά υποτιμημένη. Ο ύπνος δεν λαμβάνει χώρα σε ένα κοινωνικό κενό, αλλά επηρεάζεται από τον ρυθμό ζωής, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον του ατόμου (Troxel, 2010). Η μοναξιά, για παράδειγμα, έχει συσχετιστεί με διαταραχές ύπνου, αυξημένη νυχτερινή εγρήγορση και μειωμένη ποιότητα ύπνου (Hawley et al., 2010; Kurina et al., 2011). Η απουσία ασφαλών και σταθερών σχέσεων φαίνεται να επηρεάζει την αίσθηση ασφάλειας που είναι απαραίτητη για τη βύθιση στον ύπνο. Στην τρίτη ηλικία, οι διαταραχές ύπνου είναι ιδιαίτερα συχνές και συχνά αποδίδονται αποκλειστικά σε βιολογικές αλλαγές, όπως η μεταβολή των κιρκάδιων ρυθμών ή η μείωση της διάρκειας των βαθιών σταδίων ύπνου (Mander et al., 2017). Ωστόσο, μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση δείχνει ότι οι διαταραχές αυτές συχνά αντανακλούν βαθύτερες δυσκολίες προσαρμογής, όπως η ψυχική επιβάρυνση, η απώλεια, η μοναξιά και η κοινωνική αποσύνδεση (Foley et al., 1995; Patel et al., 2018). Ο ύπνος, σε αυτή την περίπτωση, γίνεται ένας «ευαίσθητος δείκτης» της συνολικής κατάστασης του ατόμου.

Η κατανόηση αυτή οδηγεί σε μια σημαντική μετατόπιση: από την αντιμετώπιση του ύπνου ως απομονωμένου συμπτώματος προς την αναγνώρισή του ως ενσωματωμένης έκφρασης της βιοψυχοκοινωνικής κατάστασης του ατόμου. Ο ύπνος δεν «χαλάει» απλώς — αποκαλύπτει. Αποκαλύπτει τη δυσκολία ρύθμισης, τη ρωγμή στη σχέση, την επιβάρυνση της εμπειρίας.

Ταυτόχρονα, ο ύπνος μπορεί να ιδωθεί ως χώρος εσωτερικής φροντίδας. Πρόκειται για μια κατάσταση όπου το άτομο, αποσυρόμενο προσωρινά από τον εξωτερικό κόσμο, στρέφεται προς τον εσωτερικό του χώρο και επεξεργάζεται όσα δεν μπορούν να ολοκληρωθούν στην εγρήγορση. Σε αυτό το επίπεδο, ο ύπνος λειτουργεί ως μια μορφή «σιωπηλής φροντίδας», όπου η ψυχική λειτουργία συνεχίζεται χωρίς την άμεση παρέμβαση της συνείδησης.

Η έννοια αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην τρίτη ηλικία, όπου οι εξωτερικές μορφές φροντίδας μπορεί να περιορίζονται ή να μεταβάλλονται. Ο ύπνος παραμένει ένας από τους λίγους χώρους όπου το άτομο μπορεί ακόμη να «φροντίζει» τον εαυτό του σε βάθος, επαναοργανώνοντας την εμπειρία και διατηρώντας την ψυχική του συνοχή.

Υπό το βιοψυχοκοινωνικό πρίσμα, ο ύπνος αναδεικνύεται ως ένας κόμβος στον οποίο συναντώνται η βιολογία, η ψυχική λειτουργία και η σχέση. Δεν αποτελεί απλώς μια λειτουργία που πρέπει να διατηρηθεί, αλλά μια δυναμική διεργασία που υποστηρίζει τη δυνατότητα του ατόμου να παραμένει σε ισορροπία με τον εαυτό και τον κόσμο. Στην τρίτη ηλικία, η διατήρηση αυτής της λειτουργίας δεν αφορά μόνο την ποιότητα της ζωής, αλλά και τη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίζει να νοηματοδοτεί και να αντέχει την εμπειρία του. Και ίσως, τελικά, ο ύπνος να μην είναι μόνο η στιγμή όπου ο άνθρωπος αποσύρεται από τον κόσμο, αλλά εκείνη η σιωπηλή διεργασία μέσα στην οποία ο κόσμος συνεχίζει να οργανώνεται μέσα του — ώστε, όταν ξυπνήσει, να μπορεί ακόμη να τον αντέξει.

6.3 Η Μοναξιά ως Ρήγμα στη Σχέση και Αποδιοργάνωση του Βιοψυχοκοινωνικού Πεδίου

Σε αντίθεση με τον ύπνο, ο οποίος λειτουργεί ως μηχανισμός ρύθμισης και αποκατάστασης, η μοναξιά αναδύεται ως μια εμπειρία που αποκαλύπτει τη ρήξη στη σχέση. Δεν πρόκειται απλώς για απουσία κοινωνικών επαφών, αλλά για μια βαθύτερη εμπειρία αποσύνδεσης, η οποία διαπερνά το σώμα, την ψυχική λειτουργία και το ίδιο το αίσθημα ύπαρξης. Το άτομο δεν βιώνει μόνο ότι είναι μόνο — βιώνει ότι δεν είναι σε σχέση.

Η σύγχρονη έρευνα έχει αναδείξει με σαφήνεια ότι η μοναξιά αποτελεί υποκειμενική εμπειρία, η οποία δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την αντικειμενική κοινωνική απομόνωση (Perlman & Peplau, 1981). Ένα άτομο μπορεί να περιβάλλεται από ανθρώπους και να αισθάνεται βαθιά μόνο, ενώ ένα άλλο μπορεί να ζει με περιορισμένες κοινωνικές επαφές χωρίς να βιώνει μοναξιά. Αυτό που καθορίζει τη μοναξιά δεν είναι η ποσότητα της σχέσης, αλλά η ποιότητά της — ή, ακριβέστερα, η απουσία της ως βιωμένης σύνδεσης.

Σε βιολογικό επίπεδο, η μοναξιά έχει συσχετιστεί με σημαντικές μορφές απορρύθμισης του οργανισμού. Μελέτες δείχνουν ότι η χρόνια μοναξιά συνδέεται με αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, ενεργοποίηση του στρεσογόνου συστήματος και ενίσχυση της φλεγμονώδους απόκρισης (Cacioppo et al., 2015; Hawkley & Cacioppo, 2010). Η παρατεταμένη αυτή κατάσταση οδηγεί σε αυξημένο αλλοστατικό φορτίο, επηρεάζοντας αρνητικά το καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό και το νευροενδοκρινικό σύστημα (McEwen, 2007). Υπό αυτή την έννοια, η μοναξιά δεν αποτελεί μόνο ψυχολογική εμπειρία, αλλά ενσωματώνεται στο σώμα ως βιολογική επιβάρυνση.

Παράλληλα, η μοναξιά έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας, συγκρίσιμο με άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα ή η παχυσαρκία (Holt-Lunstad et al., 2015). Τα δεδομένα αυτά υπογραμμίζουν ότι η απουσία σχέσης δεν είναι απλώς υπαρξιακή εμπειρία, αλλά και ζήτημα δημόσιας υγείας.

Σε ψυχολογικό επίπεδο, η μοναξιά συνδέεται στενά με την εμπειρία άγχους, κατάθλιψης και απώλειας νοήματος. Το άτομο που βιώνει μοναξιά συχνά αναπτύσσει αρνητικά γνωστικά σχήματα για τον εαυτό και τους άλλους, ενισχύοντας έναν φαύλο κύκλο απομόνωσης (Cacioppo & Hawkley, 2009). Η προσδοκία απόρριψης ή αδιαφορίας οδηγεί σε αποφυγή κοινωνικών επαφών, η οποία με τη σειρά της ενισχύει τη μοναξιά.

Από ψυχοδυναμική σκοπιά, η μοναξιά μπορεί να ιδωθεί ως εμπειρία διατάραξης της εσωτερικευμένης σχέσης με τον Άλλον. Δεν αφορά μόνο την εξωτερική απουσία, αλλά και την εσωτερική αίσθηση ότι ο Άλλος δεν είναι διαθέσιμος ως αντικείμενο σχέσης (Winnicott, 1958/1965). Η μοναξιά, σε αυτό το επίπεδο, δεν είναι απλώς «μόνος», αλλά «χωρίς τον Άλλον μέσα μου». Η απουσία εσωτερικής παρουσίας καθιστά την εμπειρία του εαυτού πιο εύθραυστη και ασυνεχή.

Η διάσταση αυτή γίνεται ιδιαίτερα έντονη στην τρίτη ηλικία, όπου το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με πολλαπλές απώλειες — απώλειες προσώπων, ρόλων, δυνατοτήτων και, ενίοτε,

του ίδιου του σώματος. Οι απώλειες αυτές δεν είναι μόνο εξωτερικές, αλλά επηρεάζουν τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί μια ζωντανή σχέση με τον κόσμο. Η μοναξιά, σε αυτό το πλαίσιο, μπορεί να λειτουργήσει ως εμπειρία αποδιοργάνωσης της σχέσης με τον εαυτό και τον χρόνο.

Επιπλέον, η μοναξιά έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία, συνδεδεμένη με αυξημένο κίνδυνο γνωστικής έκπτωσης και άνοιας (Wilson et al., 2007). Η απουσία κοινωνικής διέγερσης και συναισθηματικής εμπλοκής φαίνεται να επηρεάζει τη νευροπλαστικότητα και τη λειτουργία του εγκεφάλου, ενισχύοντας τη συνολική ευαλωτότητα του ατόμου.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η μοναξιά λειτουργεί ως μηχανισμός περαιτέρω απόσυρσης. Το άτομο που βιώνει μοναξιά τείνει να αποσύρεται από κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, είτε λόγω έλλειψης ενέργειας είτε λόγω φόβου απόρριψης (Hawkley & Cacioppo, 2010). Η απόσυρση αυτή ενισχύει τη μοναξιά, δημιουργώντας έναν αυτοτροφοδοτούμενο κύκλο αποσύνδεσης.

Υπό το βιοψυχοκοινωνικό πρίσμα, η μοναξιά αναδεικνύεται ως ένα σημείο αποσταθεροποίησης του συστήματος, όπου η διατάραξη της σχέσης επηρεάζει ταυτόχρονα το σώμα, την ψυχή και τη λειτουργία του ατόμου στον κόσμο. Δεν πρόκειται για μια μεμονωμένη εμπειρία, αλλά για μια κατάσταση που διαχέεται σε όλα τα επίπεδα της ύπαρξης.

Ωστόσο, η μοναξιά δεν αποτελεί μόνο παθολογία. Μπορεί επίσης να ιδωθεί ως σήμα — ως ένδειξη της ανάγκης για σχέση. Η εμπειρία της μοναξιάς υποδηλώνει ότι η σχέση δεν είναι πολυτέλεια, αλλά βασική προϋπόθεση της ανθρώπινης ύπαρξης. Υπό αυτή την έννοια, η μοναξιά δεν είναι απλώς έλλειψη, αλλά υπενθύμιση.

Στην τρίτη ηλικία, η κατανόηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Η αντιμετώπιση της μοναξιάς δεν μπορεί να περιοριστεί σε ποσοτικές παρεμβάσεις, όπως η αύξηση των κοινωνικών επαφών, αλλά απαιτεί την ενίσχυση της ποιότητας της σχέσης. Αυτό που λείπει δεν είναι απλώς οι άνθρωποι, αλλά η δυνατότητα του ατόμου να βιώνει τον εαυτό του ως «εντός σχέσης».

Σε αυτό το σημείο, η έννοια της «παραμονής στη σχέση» αποκτά κεντρική σημασία. Η απάντηση στη μοναξιά δεν είναι μόνο η παρουσία του άλλου, αλλά η δυνατότητα να παραμείνει κανείς σε σχέση — ακόμη και όταν η σχέση δοκιμάζεται, αλλάζει ή περιορίζεται. Η μοναξιά, επομένως, δεν αντιμετωπίζεται μόνο με την επανασύνδεση, αλλά και με την ενίσχυση της ικανότητας του ατόμου να αντέχει τη σχέση.

Συνολικά, η μοναξιά μπορεί να ιδωθεί ως ρήγμα στο βιοψυχοκοινωνικό πεδίο, το οποίο αποκαλύπτει την κεντρική σημασία της σχέσης για την ανθρώπινη ύπαρξη. Δεν αποτελεί απλώς ένα αρνητικό συναίσθημα, αλλά μια εμπειρία που αγγίζει τον πυρήνα της ταυτότητας και της ύπαρξης. Και ίσως, τελικά, η μοναξιά να μην είναι μόνο αυτό που συμβαίνει όταν λείπει ο Άλλος, αλλά αυτό που απομένει όταν η σχέση παύει να κατοικείται — από τον άλλον, αλλά και από τον ίδιο τον εαυτό.

6.4 Το Χιούμορ ως Μηχανισμός Επανασύνδεσης: Από τη Ρήξη στην Παραμονή στη Σχέση

Το χιούμορ, όπως αναδείχθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, δεν αποτελεί απλώς μια ευχάριστη ή επιφανειακή διάσταση της ανθρώπινης εμπειρίας, αλλά έναν ιδιαίτερο ψυχικό και σχεσιακό μηχανισμό, ο οποίος επιτρέπει στο άτομο να επανασυνδεθεί τόσο με την εσωτερική του εμπειρία όσο και με τους άλλους. Σε ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο, το χιούμορ μπορεί να ιδωθεί ως μια δυναμική διαδικασία επαναρρύθμισης, μέσα από την οποία το άτομο μεταβαίνει από την αποδιοργάνωση προς μια νέα μορφή συνοχής.

Η λειτουργία αυτή καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική στην τρίτη ηλικία, όπου η εμπειρία της απώλειας, της μοναξιάς και της σωματικής φθοράς μπορεί να οδηγήσει σε αποσύνδεση — όχι μόνο από τους άλλους, αλλά και από τον ίδιο τον εαυτό. Σε αυτό το πλαίσιο, το χιούμορ δεν λειτουργεί ως άρνηση της πραγματικότητας, αλλά ως ένας τρόπος να επιστρέψει κανείς σε αυτήν χωρίς να κατακλύζεται από την έντασή της.

Σύμφωνα με τις σύγχρονες θεωρίες ρύθμισης του συναισθήματος, το χιούμορ μπορεί να κατανοηθεί ως μορφή γνωστικής επαναπλαισίωσης (cognitive reappraisal), μέσω της οποίας το άτομο μετασχηματίζει το νόημα μιας εμπειρίας (Samson & Gross, 2012; Gross, 2015). Η επαναπλαισίωση αυτή δεν αναιρεί το γεγονός, αλλά μεταβάλλει τη συναισθηματική του φόρτιση, επιτρέποντας μια πιο ανεκτή και διαχειρίσιμη σχέση με αυτό. Με τον τρόπο αυτό, το χιούμορ λειτουργεί ως γέφυρα ανάμεσα στην εμπειρία και την επεξεργασία της.

Η ικανότητα αυτή συνδέεται στενά με την έννοια της ψυχικής ευελιξίας, η οποία αποτελεί βασικό στοιχείο της ανθεκτικότητας (Bonanno, 2004). Το άτομο που μπορεί να χρησιμοποιήσει το χιούμορ δεν εγκλωβίζεται σε μία μόνο ερμηνεία της πραγματικότητας, αλλά διατηρεί τη δυνατότητα να τη δει από διαφορετικές οπτικές. Αυτή η μετατόπιση δεν είναι απλώς γνωστική, αλλά βαθιά συναισθηματική και σχεσιακή: επιτρέπει στο άτομο να παραμένει σε σχέση με την εμπειρία του χωρίς να αποσύρεται από αυτήν.

Παράλληλα, το χιούμορ συμβάλλει στη μείωση της ψυχικής έντασης, λειτουργώντας ως μηχανισμός αποφόρτισης. Η εμπειρία του γέλιου συνδέεται με τη μείωση των επιπέδων κορτιζόλης και την ενεργοποίηση νευροβιολογικών μηχανισμών που σχετίζονται με την ευχαρίστηση και την ανακούφιση (Bennett & Lengacher, 2009; Mobbs et al., 2003). Η βιολογική αυτή διάσταση υποστηρίζει την ψυχολογική λειτουργία του χιούμορ, ενισχύοντας τη συνολική ικανότητα του οργανισμού να επανέρχεται σε κατάσταση ισορροπίας.

Ωστόσο, η σημασία του χιούμορ δεν περιορίζεται στην εσωτερική ρύθμιση. Το χιούμορ αποτελεί κατεξοχήν σχεσιακό φαινόμενο. Μέσα από αυτό, το άτομο μπορεί να αποκαταστήσει τη σύνδεση με τον Άλλον, δημιουργώντας ένα κοινό πεδίο εμπειρίας. Το κοινό γέλιο λειτουργεί ως μορφή συναισθηματικού συγχρονισμού, ενισχύοντας την εγγύτητα και την αίσθηση του ανήκειν (Dunbar et al., 2012; Martin et al., 2003).

Ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, όπου η μοναξιά μπορεί να λειτουργήσει ως ρήγμα στη σχέση, το χιούμορ αποκτά έναν ιδιαίτερο ρόλο ως μηχανισμός επανασύνδεσης. Δεν πρόκειται απλώς για

επικοινωνιακό εργαλείο, αλλά για μια μορφή παρουσίας. Το να μοιράζεται κανείς ένα χαμόγελο ή ένα αστείο δεν σημαίνει μόνο ότι επικοινωνεί, αλλά ότι αναγνωρίζει και αναγνωρίζεται μέσα στη σχέση.

Η λειτουργία αυτή μπορεί να ιδωθεί και μέσα από ψυχοδυναμική οπτική, ως μορφή «μετασχηματιστικής διεργασίας». Το χιούμορ επιτρέπει στο άτομο να κρατήσει την εμπειρία χωρίς να καταρρεύσει κάτω από το βάρος της (Vaillant, 2000). Σε αντίθεση με την άρνηση ή την αποφυγή, το χιούμορ προϋποθέτει επίγνωση της πραγματικότητας, ενώ ταυτόχρονα δημιουργεί έναν χώρο όπου αυτή μπορεί να επεξεργαστεί με μεγαλύτερη ελευθερία.

Σε υπαρξιακό επίπεδο, το χιούμορ μπορεί να θεωρηθεί ως μορφή εσωτερικής ελευθερίας. Όπως υποστήριξε ο Frankl (1963), το χιούμορ επιτρέπει στο άτομο να δημιουργεί μια απόσταση από την οδύνη, χωρίς να αποσυνδέεται από αυτήν. Αυτή η λεπτή ισορροπία — ανάμεσα στη συμμετοχή και την απόσταση— αποτελεί τον πυρήνα της λειτουργίας του χιούμορ ως μηχανισμού επανασύνδεσης.

Επιπλέον, το χιούμορ συμβάλλει στη διατήρηση της ταυτότητας. Στην τρίτη ηλικία, όπου οι αλλαγές μπορεί να απειλήσουν τη συνοχή του εαυτού, το χιούμορ επιτρέπει στο άτομο να επανανοηματοδοτεί την εμπειρία του και να διατηρεί μια αίσθηση συνέχειας (Martin, 2007). Μέσα από αυτό, το άτομο δεν βιώνει τον εαυτό του μόνο ως παθητικό αποδέκτη των αλλαγών, αλλά ως ενεργό υποκείμενο που εξακολουθεί να δημιουργεί νόημα.

Στο πλαίσιο της φροντίδας, η λειτουργία αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Το χιούμορ μπορεί να αποτελέσει ένα από τα πιο λεπτά και ουσιαστικά μέσα ενίσχυσης της θεραπευτικής σχέσης. Η κατάλληλη χρήση του μπορεί να μειώσει το άγχος, να ενισχύσει την εμπιστοσύνη και να δημιουργήσει έναν χώρο όπου ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί ασφαλής και αναγνωρισμένος (Dean & Gregory, 2005; Bennett, 2003). Το χιούμορ, σε αυτή την περίπτωση, δεν είναι τεχνική, αλλά στάση — μια μορφή παρουσίας που επιτρέπει τη σχέση να παραμένει ζωντανή.

Υπό το βιοψυχοκοινωνικό πρίσμα, το χιούμορ μπορεί επομένως να ιδωθεί ως μηχανισμός που γεφυρώνει τα διαφορετικά επίπεδα της ανθρώπινης εμπειρίας. Σε βιολογικό επίπεδο, συμβάλλει στη ρύθμιση του οργανισμού· σε ψυχολογικό επίπεδο, στη μετασχηματιστική επεξεργασία της εμπειρίας· και σε κοινωνικό επίπεδο, στην αποκατάσταση της σχέσης. Η λειτουργία αυτή το καθιστά έναν από τους πιο ολοκληρωμένους μηχανισμούς επανασύνδεσης. Ωστόσο, η επανασύνδεση που προσφέρει το χιούμορ δεν είναι πλήρης ή οριστική. Είναι στιγμιαία, εύθραυστη, αλλά ουσιαστική. Είναι εκείνη η μικρή μετατόπιση που επιτρέπει στο άτομο να επιστρέψει — έστω και για λίγο — στη σχέση με τον εαυτό, με τον άλλον και με τη ζωή. Και ίσως, τελικά, το χιούμορ να μην είναι απλώς ένας τρόπος να ελαφρύνει κανείς το βάρος της ύπαρξης, αλλά ένας τρόπος να μην την εγκαταλείπει. Μια λεπτή πράξη επιστροφής — εκεί όπου η σχέση είχε ραγίσει, αλλά δεν έχει ακόμη χαθεί.

6.5 Προς ένα Ενοποιημένο Μοντέλο «Παραμονής στη Σχέση»: Θεμέλια της Ευδόκιμης Γήρανσης

Η σύνθεση των ευρημάτων και των θεωρητικών προσεγγίσεων που παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια οδηγεί στην ανάγκη διατύπωσης ενός ενοποιημένου πλαισίου κατανόησης της ευδόκιμης γήρανσης. Η μέχρι σήμερα βιβλιογραφία έχει συμβάλει σημαντικά στην ανάδειξη επιμέρους παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία και την ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία, όπως η σωματική λειτουργικότητα, η ψυχική ευεξία και η κοινωνική συμμετοχή (Rowe & Kahn, 1998; World Health Organization, 2015). Ωστόσο, οι προσεγγίσεις αυτές συχνά παραμένουν κατακερματισμένες, αντιμετωπίζοντας τις διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας ως διακριτά πεδία.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Engel, 1977) αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση της σύνθεσης, αναδεικνύοντας την αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Παρά τη συμβολή του, η εφαρμογή του συχνά περιορίζεται σε μια παράθεση επιπέδων, χωρίς να αποδίδεται επαρκώς η δυναμική τους

ενότητα. Η παρούσα προσέγγιση επιχειρεί να προχωρήσει ένα βήμα παραπέρα, προτείνοντας ότι η κεντρική αρχή που ενοποιεί αυτές τις διαστάσεις δεν είναι απλώς η αλληλεπίδραση, αλλά η σχέση.

Υπό αυτό το πρίσμα, προτείνεται ότι η ευδόκιμη γήρανση δεν εξαρτάται μόνο από τη διατήρηση των λειτουργιών ή την απουσία νόσου, αλλά από την ικανότητα του ατόμου να παραμένει σε σχέση — με το σώμα του, με τον εαυτό του και με τους άλλους. Η έννοια της «παραμονής στη σχέση» αναδύεται έτσι ως θεμελιώδης άξονας κατανόησης της ανθρώπινης προσαρμογής στην τρίτη ηλικία.

Η «παραμονή στη σχέση» μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα του ατόμου να διατηρεί ή να επαναδιαμορφώνει τη σύνδεσή του με τον εαυτό, το σώμα και τον Άλλον, ακόμη και υπό συνθήκες απώλειας, φθοράς ή αλλαγής. Δεν πρόκειται για στατική κατάσταση, αλλά για μια δυναμική διεργασία, η οποία απαιτεί συνεχή επαναδιαπραγμάτευση της εμπειρίας.

Στο πλαίσιο αυτό, τα φαινόμενα που εξετάστηκαν —ο ύπνος, η μοναξιά και το χιούμορ— μπορούν να ιδωθούν όχι ως ανεξάρτητες μεταβλητές, αλλά ως εκφάνσεις ενός ενιαίου συστήματος ρύθμισης και σχέσης. Ο ύπνος λειτουργεί ως μηχανισμός εσωτερικής ρύθμισης, μέσα από τον οποίο το άτομο αποκαθιστά τη σωματική και ψυχική του ισορροπία (Mander et al., 2017). Η μοναξιά αναδεικνύεται ως ένδειξη διαταραχής της σχέσης, αποκαλύπτοντας την αποσύνδεση σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο (Cacioppo et al., 2015). Το χιούμορ, τέλος, λειτουργεί ως μέσο αποκατάστασης της σύνδεσης, επιτρέποντας στο άτομο να επαναπλαισιώνει την εμπειρία και να επιστρέφει στη σχέση (Martin, 2007; Samson & Gross, 2012).

Η κατανόηση αυτή υποδηλώνει ότι η ευδόκιμη γήρανση δεν είναι αποτέλεσμα μεμονωμένων παραγόντων, αλλά έκφραση της ικανότητας του ατόμου να ρυθμίζει, να αντέχει και να αποκαθιστά τη σχέση του με την εμπειρία. Το σώμα, η ψυχή και η κοινωνική ύπαρξη δεν

λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά συγκροτούν ένα ενιαίο πεδίο, στο οποίο η σχέση αποτελεί τον κεντρικό άξονα οργάνωσης.

Σε βιολογικό επίπεδο, η «παραμονή στη σχέση» εκφράζεται ως ικανότητα διατήρησης της ομοιόστασης, παρά τις αλλαγές που επιφέρει η γήρανση. Ο ύπνος, η ρύθμιση του στρες και η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος αποτελούν εκφάνσεις αυτής της διαδικασίας (McEwen, 2007; Irwin, 2015). Σε ψυχολογικό επίπεδο, εκδηλώνεται ως ικανότητα επεξεργασίας της εμπειρίας, διατήρησης της ταυτότητας και ανθεκτικότητας απέναντι στις απώλειες (Bonanno, 2004; Vaillant, 2000). Σε κοινωνικό επίπεδο, αφορά τη δυνατότητα διατήρησης και επαναδιαμόρφωσης των σχέσεων, παρά τους περιορισμούς που ενδέχεται να επιφέρει η τρίτη ηλικία (Holt-Lunstad et al., 2015).

Η έννοια της «παραμονής» δεν υποδηλώνει παθητική αντοχή, αλλά ενεργητική στάση. Το άτομο δεν παραμένει επειδή δεν μπορεί να αποσυρθεί, αλλά επειδή επιλέγει — συνειδητά ή ασυνείδητα — να διατηρήσει τη σύνδεσή του με τη ζωή. Η στάση αυτή συνδέεται με την έννοια του νοήματος, η οποία έχει αναδειχθεί ως βασικός παράγοντας ευημερίας στην τρίτη ηλικία (Hill & Turiano, 2014; Frankl, 1963). Το άτομο που διατηρεί μια αίσθηση νοήματος είναι περισσότερο ικανό να παραμένει σε σχέση, ακόμη και υπό συνθήκες δυσκολίας.

Παράλληλα, η «παραμονή στη σχέση» μπορεί να ιδωθεί ως διαδικασία που δεν αφορά μόνο το άτομο, αλλά και το περιβάλλον του. Οι συνθήκες φροντίδας, οι κοινωνικές δομές και οι πολιτισμικές αντιλήψεις διαμορφώνουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο η σχέση μπορεί να διατηρηθεί ή να διαταραχθεί. Στο πλαίσιο αυτό, η φροντίδα δεν αφορά μόνο την κάλυψη αναγκών, αλλά τη δημιουργία συνθηκών που επιτρέπουν τη σχέση να παραμένει ζωντανή (Kitwood, 1997).

Η προτεινόμενη θεωρητική σύνθεση συνδέεται άμεσα με τη λογική της θεωρίας HALO (Humanitarian Amor as Learned Occupational soft skill), η οποία αναδεικνύει τη φροντίδα ως πράξη παραμονής στη σχέση. Το HALO δεν ορίζεται μόνο ως δεξιότητα, αλλά ως στάση

ύπαρξης, που επιτρέπει στον άνθρωπο να παραμένει παρών απέναντι στον Άλλον, ακόμη και όταν η εμπειρία είναι δύσκολη (Gouna et al., 2026). Η έννοια αυτή επεκτείνεται εδώ, προτείνοντας ότι η παραμονή στη σχέση αποτελεί όχι μόνο επαγγελματική δεξιότητα, αλλά και βασικό μηχανισμό ανθρώπινης προσαρμογής.

Στην τρίτη ηλικία, όπου η εμπειρία της απώλειας και της μεταβολής είναι αναπόφευκτη, η δυνατότητα αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Το άτομο καλείται να επαναδιαπραγματευτεί τη σχέση με το σώμα του, με τον χρόνο και με τους άλλους. Η ευδόκιμη γήρανση, υπό αυτό το πρίσμα, δεν σημαίνει απουσία δυσκολιών, αλλά ικανότητα να παραμένει κανείς σε σχέση με αυτές — χωρίς να αποσύρεται.

Η «παραμονή στη σχέση» δεν είναι συνεχής ούτε αδιάλειπτη. Είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνει ρήξεις και επανασυνδέσεις, στιγμές απομάκρυνσης και επιστροφής. Σε αυτό το πλαίσιο, το χιούμορ μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός επανασύνδεσης, ο ύπνος ως χώρος ρύθμισης και η μοναξιά ως ένδειξη της ανάγκης για σχέση. Η κατανόηση αυτής της δυναμικής επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση της γήρανσης.

Συνολικά, προτείνεται ότι η ευδόκιμη γήρανση δεν αποτελεί απλώς ένα σύνολο δεικτών υγείας, αλλά μια διαδικασία διατήρησης της σχέσης σε πολλαπλά επίπεδα. Η έννοια αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από το «τι διατηρείται» στο «πώς διατηρείται» — από τη λειτουργία στη σχέση.

Και ίσως, τελικά, η ευδόκιμη γήρανση να μην είναι η τέχνη του να αποφεύγει κανείς τη φθορά, αλλά η ικανότητα να παραμένει — μέσα στη φθορά — σε σχέση με τη ζωή. Όχι επειδή όλα παραμένουν όπως πριν, αλλά επειδή, ακόμη και όταν αλλάζουν, το άτομο δεν εγκαταλείπει τη δυνατότητα να σχετίζεται.

6.6 Η Θεωρία HALO ως Πλαίσιο «Παραμονής στη Σχέση»: Μια Υπαρξιακή και Βιοψυχοκοινωνική Σύνθεση

Η έννοια της «παραμονής στη σχέση», όπως αναπτύχθηκε στην παρούσα εργασία, δεν αποτελεί απλώς μια περιγραφική κατηγορία της ανθρώπινης εμπειρίας, αλλά συνδέεται άμεσα με ένα ευρύτερο θεωρητικό και αξιακό πλαίσιο κατανόησης της φροντίδας. Στο σημείο αυτό, η θεωρία HALO (Humanitarian Amor as Learned Occupational Soft Skill) των Gouva et al. (2026) προσφέρει το απαραίτητο ενοποιητικό υπόβαθρο, επιτρέποντας τη μετάβαση από τη λειτουργική κατανόηση της φροντίδας σε μια βαθύτερη, υπαρξιακή της θεώρηση.

Η HALO αναδεικνύει τη φροντίδα όχι ως τεχνική ή σύνολο δεξιοτήτων, αλλά ως ενεργητική πράξη αγάπης και παρουσίας. Δεν αφορά μόνο το «τι κάνει» ο επαγγελματίας ή το άτομο, αλλά το «πώς υπάρχει» μέσα στη σχέση. Η φροντίδα, υπό αυτό το πρίσμα, δεν είναι απλώς παροχή, αλλά παραμονή — μια συνειδητή ή ασυνείδητη επιλογή να μην αποσύρεται κανείς από τον Άλλον, ακόμη και όταν η εμπειρία γίνεται δύσκολη, αβέβαιη ή επώδυνη (Gouva et al., 2026).

Η προσέγγιση αυτή συντονίζεται με βασικές αρχές της ψυχοδυναμικής και υπαρξιακής σκέψης. Ο Winnicott (1960) περιέγραψε τη σημασία της «αρκετά καλής παρουσίας» (good enough holding), υπογραμμίζοντας ότι η ψυχική ανάπτυξη θεμελιώνεται στην εμπειρία ενός Άλλου που παραμένει διαθέσιμος. Αντίστοιχα, ο Bion (1962) ανέδειξε τη λειτουργία της «περιέχουσας σχέσης» (container-contained), όπου ο Άλλος μπορεί να «κρατήσει» την εμπειρία χωρίς να την απορρίψει ή να την παραμορφώσει. Η HALO φαίνεται να ενσωματώνει αυτές τις έννοιες, μεταφέροντάς τες στο πεδίο της φροντίδας και της καθημερινής σχέσης.

Στην τρίτη ηλικία, η σημασία αυτής της παραμονής καθίσταται ιδιαίτερα έντονη. Η γήρανση συνοδεύεται από εμπειρίες απώλειας, σωματικής φθοράς, περιορισμού και υπαρξιακής αναδιαπραγμάτευσης. Σε αυτό το πλαίσιο, η φροντίδα δεν μπορεί να περιοριστεί σε λειτουργικές παρεμβάσεις ή σε διαχείριση συμπτωμάτων. Αυτό που τίθεται σε δοκιμασία είναι

η ίδια η δυνατότητα του ατόμου να παραμένει σε σχέση — με τον εαυτό του, με το σώμα του και με τους άλλους.

Η HALO (Gouna et al., 2026) προτείνει ότι η φροντίδα σε αυτό το στάδιο ζωής δεν είναι απλώς υποστήριξη, αλλά μορφή συνύπαρξης. Το «παραμένω παρών» δεν σημαίνει μόνο φυσική παρουσία, αλλά ψυχική διαθεσιμότητα. Το «αντέχω τη δυσκολία» δεν αφορά μόνο την ανοχή, αλλά τη δυνατότητα να διατηρείται η σχέση χωρίς να καταρρέει υπό το βάρος της εμπειρίας. Το «δεν αποσύρομαι από τη σχέση» συνιστά ίσως την πιο ουσιαστική διάσταση της φροντίδας: την επιμονή της παρουσίας, ακόμη και όταν η συνθήκη δεν επιτρέπει εύκολες λύσεις.

Η έννοια αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν συνδεθεί με τα φαινόμενα που αναλύθηκαν στο παρόν έργο. Ο ύπνος μπορεί να ιδωθεί ως μορφή εσωτερικής φροντίδας, όπου το άτομο «παραμένει» με την εμπειρία του σε ένα επίπεδο επεξεργασίας που υπερβαίνει τη συνειδητή σκέψη (Walker, 2017; Mander et al., 2017). Η μοναξιά, αντίθετα, αποκαλύπτει τη ρήξη αυτής της παραμονής, υποδηλώνοντας την απουσία σχέσης τόσο σε εξωτερικό όσο και σε εσωτερικό επίπεδο (Cacioppo et al., 2015). Το χιούμορ λειτουργεί ως μηχανισμός επανασύνδεσης, επιτρέποντας στο άτομο να επιστρέφει στη σχέση με την εμπειρία και με τους άλλους, ακόμη και όταν αυτή έχει διαταραχθεί (Martin, 2007; Samson & Gross, 2012).

Υπό αυτό το πρίσμα, η «παραμονή στη σχέση» δεν αποτελεί αφηρημένη έννοια, αλλά δυναμική διεργασία που εκδηλώνεται μέσα από συγκεκριμένες λειτουργίες του ανθρώπινου συστήματος. Η HALO προσφέρει το θεωρητικό πλαίσιο που επιτρέπει τη σύνθεση αυτών των λειτουργιών, αναδεικνύοντας τη φροντίδα ως τον κοινό τους παρονομαστή.

Σε βιολογικό επίπεδο, η παραμονή εκφράζεται ως ικανότητα του οργανισμού να διατηρεί την ομοιόστασή του, ακόμη και υπό συνθήκες στρες ή φθοράς (McEwen, 2007). Σε ψυχολογικό επίπεδο, εκδηλώνεται ως δυνατότητα επεξεργασίας της εμπειρίας χωρίς κατακλυσμό, μέσω μηχανισμών όπως το χιούμορ ή η γνωστική επαναπλαισίωση (Gross, 2015; Vaillant, 2000). Σε

κοινωνικό επίπεδο, αφορά τη διατήρηση της σύνδεσης με τους άλλους, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα υγείας και ευημερίας (Holt-Lunstad et al., 2015).

Η HALO, επομένως, δεν λειτουργεί απλώς ως θεωρία φροντίδας, αλλά ως αρχή οργάνωσης του βιοψυχοκοινωνικού πεδίου. Ενοποιεί τις επιμέρους διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας μέσα από την έννοια της σχέσης, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον από τη λειτουργικότητα στην παρουσία. Η μετατόπιση αυτή έχει σημαντικές θεωρητικές και πρακτικές προεκτάσεις. Σε επίπεδο θεωρίας, προτείνει μια νέα κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης, όπου το επίκεντρο δεν είναι η αποφυγή της φθοράς, αλλά η διατήρηση της σχέσης μέσα σε αυτήν. Σε επίπεδο πράξης, υπογραμμίζει την ανάγκη για μορφές φροντίδας που δεν περιορίζονται στην τεχνική επάρκεια, αλλά ενσωματώνουν την ανθρώπινη παρουσία ως βασικό στοιχείο.

Η προσέγγιση αυτή συνδέεται και με σύγχρονες τάσεις στην επιστήμη της φροντίδας, όπως η προσωποκεντρική προσέγγιση (Kitwood, 1997) και η έμφαση στη σχεσιακή διάσταση της υγείας (Beach et al., 2006). Ωστόσο, η HALO προσθέτει ένα επιπλέον στοιχείο: την έννοια της «παραμονής» ως ενεργητικής, σχεδόν ηθικής στάσης απέναντι στον Άλλον.

Στην τρίτη ηλικία, η στάση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η εμπειρία της εξάρτησης και της ευαλωτότητας μπορεί να απειλήσει την αίσθηση ταυτότητας και αξιοπρέπειας. Η φροντίδα που βασίζεται στην παραμονή δεν αντιμετωπίζει το άτομο ως αντικείμενο παρέμβασης, αλλά ως υποκείμενο σχέσης. Δεν στοχεύει μόνο στη διατήρηση της λειτουργικότητας, αλλά στη διατήρηση της ανθρώπινης παρουσίας.

Η ευδόκιμη γήρανση, υπό αυτό το πρίσμα, μπορεί να ιδωθεί ως έκφραση της δυνατότητας του ανθρώπου να παραμένει σε φροντίδα — τόσο ως αποδέκτης όσο και ως φορέας της. Το άτομο δεν είναι μόνο εκείνο που φροντίζεται, αλλά και εκείνο που εξακολουθεί να σχετίζεται, να νοηματοδοτεί και να ανταποκρίνεται.

Συμπερασματικά, η σύνθεση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων οδηγεί σε μια νέα κατανόηση της γήρανσης, όπου το επίκεντρο μετατοπίζεται από τη

λειτουργικότητα στη σχέση. Η ευδόκιμη γήρανση δεν είναι η απουσία φθοράς, αλλά η ικανότητα να συνεχίζει κανείς να σχετίζεται, να νοηματοδοτεί και να φροντίζει — ακόμη και μέσα στην αλλαγή. Και ίσως, τελικά, η γήρανση να μην είναι μια πορεία προς την απομάκρυνση, αλλά μια δοκιμασία παραμονής. Όχι μια σταδιακή απώλεια του κόσμου, αλλά μια πιο απαιτητική μορφή σχέσης μαζί του. Εκεί όπου η παρουσία δεν είναι δεδομένη, αλλά επιλέγεται — ξανά και ξανά — ως πράξη φροντίδας.

Ειδικό μέρος

Διερεύνηση της σχέσης των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων με την Ευδόκιμη Γήρανση και την αυτοφροντίδα τους: Σχεδιασμός του Ερευνητικού Έργου

*«Ο χρόνος δεν είναι αυτό που μετράμε,
αλλά αυτό μέσα στο οποίο υπάρχουμε»
Martin Heidegger*

Η γήρανση δεν αποτελεί απλώς μια βιολογική πορεία φθοράς, αλλά μια σύνθετη, πολυεπίπεδη διεργασία που εκτυλίσσεται μέσα στον χρόνο ως εμπειρία ζωής, σχέσης και νοήματος. Στο σύγχρονο επιστημονικό και κοινωνικό πλαίσιο, η μετάβαση από την αντίληψη της «επιβίωσης» προς την έννοια της Ευδόκιμης Γήρανσης (Eudokime Aging) σηματοδοτεί μια βαθύτερη αλλαγή παραδείγματος: από το «να ζεις περισσότερο» στο «να ζεις ουσιαστικά».

Η ευδόκιμη γήρανση δεν περιορίζεται σε δείκτες υγείας ή λειτουργικότητας, αλλά περιλαμβάνει τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί σχέση με τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο, να νοηματοδοτεί την εμπειρία του και να συνεχίζει να συμμετέχει ενεργά στην ύπαρξη. Σε αυτό το πλαίσιο, η έννοια της αυτοφροντίδας αναδεικνύεται ως κεντρικός ρυθμιστικός μηχανισμός, που δεν αφορά μόνο συμπεριφορές υγείας, αλλά και μια εσωτερικευμένη ικανότητα φροντίδας, συχνά ριζωμένη σε πρώιμες σχεσιακές εμπειρίες.

Η παρούσα έρευνα, στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής, εντάσσεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο ήδη από τον George Engel ανέδειξε την ανάγκη κατανόησης της υγείας ως δυναμικής αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στο πλαίσιο της γήρανσης, η προσέγγιση αυτή αποκτά ιδιαίτερη

σημασία, καθώς οι μεταβλητές αυτές δεν λειτουργούν γραμμικά, αλλά διαπλέκονται δημιουργώντας μοναδικές πορείες ζωής.

7.1 Θεωρητική Αφετηρία και Επιστημολογική Θέση

Όπως παρουσιάστηκε στο γενικό μέρος και στα προηγούμενα κεφάλαια, η παρούσα μελέτη εδράζεται σε μια διπλή παραδοχή:

- *Η γήρανση είναι εμπειρία και όχι μόνο κατάσταση. Δεν ορίζεται αποκλειστικά από το σώμα, αλλά από το βίωμα του χρόνου, της απώλειας, της συνέχειας και της σχέσης.*
- *Η αυτοφροντίδα αποτελεί ψυχοδυναμική λειτουργία. Δεν είναι απλώς μια δεξιότητα, αλλά μια εσωτερική οργάνωση που αναδύεται από τη σχέση με τους σημαντικούς άλλους και μετασηματίζεται σε ικανότητα φροντίδας του εαυτού.*

Σε αυτή τη βάση, η ευδόκιμη γήρανση προσεγγίζεται όχι ως αποτέλεσμα «επιτυχίας», αλλά ως διαδικασία προσαρμογής, νοηματοδότησης και διατήρησης της ψυχικής συνέχειας.

7.2 Αναγκαιότητα της Έρευνας

Οι δημογραφικές μεταβολές των τελευταίων δεκαετιών έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του πληθυσμού των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας, αναδεικνύοντας τη γήρανση ως ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο που απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση (Μέντης & Δραγιώτη, 2025). Επίσης, η βιβλιογραφία έχει αναδείξει την πολυπαραγοντική φύση της γήρανσης, επισημαίνοντας την επίδραση κοινωνικών και εκπαιδευτικών παραγόντων στην πορεία της (Τσιλώνη και συν., 2025). Πιο συγκεκριμένα:

- *την επίδραση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης στην υγεία,*
- *τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στην πορεία της νόσου,*
- *τον ρόλο των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην προσαρμογή στη γήρανση.*

Παρόλα αυτά, παραμένει ένα σημαντικό κενό. Το κενό αυτό αφορά στην απουσία μιας ολοκληρωμένης, ολιστικής διερεύνησης της σχέσης μεταξύ βιοψυχοκοινωνικών

χαρακτηριστικών, αυτοφροντίδας και ευδόκιμης γήρανσης ως ενιαίου, δυναμικού συστήματος. Το παρόν ερευνητικό έργο, στα πλαίσια της διδακτορικής έρευνας, επιχειρεί να καλύψει αυτό το κενό, προσεγγίζοντας τον άνθρωπο όχι ως σύνολο μεταβλητών, αλλά ως φορέα εμπειρίας μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων και συνθηκών.

7.3 Σκοπός του Ερευνητικού Έργου

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας, να εξετάσει τον ρόλο της αυτοφροντίδας ως ρυθμιστικού μηχανισμού, και να αναδείξει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ευδόκιμη γήρανση. Η μελέτη στοχεύει να προσφέρει μια συνθετική κατανόηση της γήρανσης, όπου η υγεία, η ψυχική λειτουργία και η κοινωνική εμπειρία συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν.

7.4 Ερευνητικά Ερωτήματα

Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο, διαμορφώνονται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- *Ποια είναι η σχέση μεταξύ των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών και της ευδόκιμης γήρανσης;*
- *Σε ποιο βαθμό η αυτοφροντίδα σχετίζεται με δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας;*
- *Πώς επηρεάζουν οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες την αυτοφροντίδα;*
- *Λειτουργεί η αυτοφροντίδα ως μεσολαβητικός μηχανισμός μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και ευδόκιμης γήρανσης;*

7.5 Σχεδιασμός της Έρευνας

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε ως ποσοτική, διατομεακή (cross-sectional) έρευνα, με στόχο την συστηματική καταγραφή και την πολυπαραγοντική ανάλυση των σχέσεων μεταξύ των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας, της αυτοφροντίδας και της ευδόκιμης γήρανσης.

Ο διατομεακός σχεδιασμός επιλέχθηκε ως η πλέον κατάλληλη μεθοδολογική προσέγγιση για την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης σε έναν πληθυσμό, επιτρέποντας τη διερεύνηση πολλαπλών μεταβλητών ταυτόχρονα και την ανάδειξη των μεταξύ τους συσχετίσεων σε πραγματικό χρόνο. Στο πλαίσιο της γήρανσης, όπου οι βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διεργασίες συνυφαίνονται, η επιλογή αυτή δεν αποτελεί απλώς τεχνική απόφαση, αλλά επιστημολογική θέση: η κατανόηση του ανθρώπου ως ενιαίου, δυναμικού συστήματος. Η επιλογή του συγκεκριμένου σχεδιασμού βασίστηκε σε τρεις βασικούς άξονες:

- Ταυτόχρονη διερεύνηση πολλαπλών παραγόντων: Η γήρανση δεν είναι μονοδιάστατη διαδικασία. Περιλαμβάνει σωματικές μεταβολές, ψυχικές διεργασίες και κοινωνικές αναδιατάξεις. Ο διατομεακός σχεδιασμός επιτρέπει τη σύγχρονη εξέταση αυτών των παραμέτρων, καθιστώντας εφικτή την κατανόηση των σύνθετων σχέσεων που διαμορφώνουν την εμπειρία της γήρανσης.
- Αποτύπωση της πολυπλοκότητας της γήρανσης: Η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης υπερβαίνει τους παραδοσιακούς δείκτες υγείας και λειτουργικότητας. Περιλαμβάνει στοιχεία όπως η ψυχική ανθεκτικότητα, η ποιότητα ζωής, η κοινωνική συμμετοχή και η ικανότητα αυτοφροντίδας. Ο επιλεγμένος σχεδιασμός επιτρέπει την ταυτόχρονη ενσωμάτωση αυτών των διαστάσεων, αναδεικνύοντας τη γήρανση ως πολυπαραγοντικό και πολυεπίπεδο φαινόμενο.
- Δημιουργία βάσης για μελλοντικές διαχρονικές μελέτες: Παρότι ο διατομεακός σχεδιασμός δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων, παρέχει πολύτιμες ενδείξεις για πιθανές σχέσεις μεταξύ μεταβλητών. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να λειτουργήσουν ως θεμέλιο για μελλοντικές διαχρονικές (longitudinal) έρευνες, οι οποίες θα διερευνήσουν τις αιτιακές διαδρομές και τη δυναμική εξέλιξη των φαινομένων.

Επιπλέον, ο σχεδιασμός της έρευνας ενσωματώνει την αρχή της μεθοδολογικής συνέπειας με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του George Engel, επιχειρώντας να συλλάβει όχι μόνο τις επιμέρους μεταβλητές, αλλά και το πλέγμα των αλληλεπιδράσεών τους.

Τέλος, αναγνωρίζονται οι περιορισμοί του διατομεακού σχεδιασμού, κυρίως ως προς την αδυναμία τεκμηρίωσης αιτιότητας. Ωστόσο, η αξία του έγκειται στην ικανότητά του να αποτυπώνει το «παρόν» της εμπειρίας—εκεί όπου οι ζωές των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας διαμορφώνονται από τη συνάντηση σώματος, ψυχής και σχέσης.

7.6 Δομή των Επόμενων Κεφαλαίων

Το παρόν κεφάλαιο λειτουργεί ως εννοιολογικό και μεθοδολογικό θεμέλιο για την ανάπτυξη των επόμενων κεφαλαίων, τα οποία οργανώνονται με στόχο τη σταδιακή εμβάθυνση στην ερευνητική διερεύνηση της γήρανσης. Η διάρθρωση της μελέτης ακολουθεί μια σαφή και επιστημονικά τεκμηριωμένη πορεία από τη σύνθεση της υπάρχουσας γνώσης προς την παραγωγή νέων ερευνητικών δεδομένων. Συγκεκριμένα, η πρώτη ερευνητική ενότητα αφορά σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση με τίτλο: Μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και μοναχική διαβίωση: Συστηματική ανασκόπηση, μετα-ανάλυση και μετα-παλινδρόμηση των κινδύνων θνησιμότητας σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Η ενότητα αυτή επιχειρεί τη χαρτογράφηση και τη σύνθεση της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναδεικνύοντας τις επιδράσεις κρίσιμων κοινωνικών παραγόντων στην υγεία και τη θνησιμότητα. Λειτουργεί ως επιστημονικό υπόβαθρο, πάνω στο οποίο εδράζεται η εμπειρική διερεύνηση που ακολουθεί.

Στη συνέχεια, οι επόμενες ενότητες επικεντρώνονται στην πρωτογενή ποσοτική έρευνα, η οποία σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Μέσα από αυτήν, εξετάζονται εμπειρικά οι σχέσεις μεταξύ των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών, της αυτοφροντίδας και της ευδόκιμης γήρανσης, δίνοντας έμφαση τόσο στη στατιστική ανάλυση όσο και στην ερμηνεία των ευρημάτων. Ειδικότερα, παρουσιάζονται οι επιμέρους ερευνητικές

ενότητες, με σαφή διάκριση μεταξύ δευτερογενών και πρωτογενών δεδομένων, αναλύονται οι μεταβλητές και τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν, και αναδεικνύονται τα ευρήματα της έρευνας, με στόχο την κατανόηση των μηχανισμών που διέπουν τη γήρανση ως βίωμα και ως διαδικασία.

Όπως αναδεικνύεται στη συνέχεια, η πρωτογενής έρευνα επεκτείνεται σε επιμέρους θεματικές υψηλής σημασίας, όπως ο ύπνος, η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η θνησιμότητα. Οι έννοιες αυτές δεν εξετάζονται αποσπασματικά, αλλά ως διασταυρούμενα πεδία που συγκροτούν την καθημερινότητα των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας.

Η δομή των κεφαλαίων ακολουθεί μια λογική σταδιακής εμβάθυνσης: από τη θεωρητική κατανόηση, στη μεθοδολογική αποτύπωση, και από εκεί στην εμπειρική διερεύνηση και την ερμηνεία. Και ίσως εδώ χρειάζεται να ειπωθεί κάτι απλό, σχεδόν παλαιό, αλλά πάντα αληθινό: Κάθε ηλικία κουβαλά τον δικό της χρόνο. Και ο χρόνος, όταν δεν μετριέται μόνο με χρόνια αλλά με σχέσεις, γίνεται χώρος. Σε αυτόν τον χώρο κινείται η παρούσα έρευνα, εκεί όπου ο άνθρωπος δεν γερνά απλώς, αλλά συνεχίζει να υπάρχει, να σχετίζεται, να φροντίζει και να φροντίζεται.

Η θεωρητική και μεθοδολογική θεμελίωση που προηγήθηκε δεν αποτελεί ένα κλειστό σύστημα γνώσης, αλλά ένα ανοιχτό πεδίο ερωτημάτων που ζητούν εμπειρική διερεύνηση. Η κατανόηση της ευδόκιμης γήρανσης και της αυτοφροντίδας, ως δυναμικών και πολυεπίπεδων διεργασιών, προϋποθέτει τη σύνδεση της θεωρίας με τα δεδομένα της πραγματικής ζωής.

Σε αυτό το σημείο, η παρούσα εργασία μεταβαίνει από τη συγκρότηση του ερευνητικού πλαισίου στη συστηματική διερεύνηση των επιμέρους διαστάσεων της γήρανσης, ξεκινώντας από την ανάλυση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η πρώτη ερευνητική ενότητα εστιάζει σε κρίσιμες κοινωνικές εμπειρίες —τη μοναξιά, την κοινωνική απομόνωση και τη μοναχική διαβίωση— οι οποίες δεν αποτελούν απλώς περιγραφικούς δείκτες, αλλά βαθιά υπαρξιακές συνθήκες που διαμορφώνουν την υγεία και την πορεία της ζωής.

Για την πληρέστερη και μεθοδολογικά συνεπή διερεύνηση των παραπάνω ζητημάτων, η παρούσα εργασία οργανώνεται σε τρεις διακριτές ερευνητικές ενότητες. Ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι τυπικός, αλλά ουσιαστικός:

- αφενός, επιτρέπει τη σαφή διάκριση μεταξύ της σύνθεσης της ήδη υπάρχουσας γνώσης (μέσω της συστηματικής ανασκόπησης) και της παραγωγής νέων εμπειρικών δεδομένων (μέσω της πρωτογενούς έρευνας),
- αφετέρου, διευκολύνει την αναλυτική εστίαση σε διαφορετικά αλλά αλληλένδετα επίπεδα της γήρανσης,
- και τέλος, ενισχύει τη μεθοδολογική διαφάνεια και τη θεωρητική συνοχή της μελέτης.

Με τον τρόπο αυτό, κάθε ερευνητική ενότητα λειτουργεί ως αυτόνομο αλλά και συμπληρωματικό πεδίο κατανόησης, συμβάλλοντας στη συγκρότηση μιας συνολικής εικόνας της γήρανσης ως εμπειρίας, διαδικασίας και σχέσης.

1η Ερευνητική ενότητα

Μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και μοναχική διαβίωση

Συστηματική ανασκόπηση, μετα-ανάλυση και μετα-παλινδρόμηση των κινδύνων θνησιμότητας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας

*«Η μοναξιά είναι η πιο βαθιά και αναπόφευκτη συνθήκη της ανθρώπινης ύπαρξης»
Irvin D. Yalom*

Η μετάβαση από τη θεωρητική συγκρότηση του ερευνητικού πλαισίου στην εμπειρική διερεύνηση δεν αποτελεί απλώς μια αλλαγή επιπέδου ανάλυσης, αλλά μια αναγκαία συνάντηση της σκέψης με τα δεδομένα της πραγματικότητας. Στο πλαίσιο αυτό, η πρώτη ερευνητική ενότητα στρέφεται στη διερεύνηση των κοινωνικών διαστάσεων της γήρανσης, οι οποίες συχνά παραμένουν σιωπηλές, αλλά ασκούν καθοριστική επίδραση στην υγεία και την πορεία της ζωής.

Η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η μοναχική διαβίωση δεν αποτελούν απλώς καταστάσεις ή δημογραφικούς δείκτες. Αποτελούν διαφορετικές εκφάνσεις μιας βαθύτερης εμπειρίας αποσύνδεσης — μιας ρήξης στη συνέχεια της σχέσης με τον άλλον και, τελικά, με τον ίδιο τον εαυτό. Στην ηλικία όπου ο χρόνος πυκνώνει και οι απώλειες συσσωρεύονται, οι εμπειρίες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, επηρεάζοντας όχι μόνο την ψυχική ευημερία, αλλά και τη σωματική υγεία και την επιβίωση.

Η διεθνής βιβλιογραφία των τελευταίων δεκαετιών έχει αναδείξει τη σημαντική συσχέτιση των παραπάνω παραγόντων με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ωστόσο, παρά τον αυξανόμενο όγκο των ερευνητικών δεδομένων, οι έννοιες της μοναξιάς, της κοινωνικής

απομόνωσης και της μοναχικής διαβίωσης συχνά συγχέονται ή εξετάζονται αποσπασματικά, χωρίς να αποδίδεται η εννοιολογική τους αυτονομία και η μεταξύ τους διαφοροποίηση.

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση επιχειρεί να καλύψει αυτό το κενό, εξετάζοντας ταυτόχρονα και συγκριτικά τις τρεις αυτές διαστάσεις, με στόχο την αποσαφήνιση των επιμέρους και συνδυαστικών τους επιδράσεων στη θνησιμότητα ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας. Με τον τρόπο αυτό, η έρευνα δεν περιορίζεται στην καταγραφή συσχετίσεων, αλλά επιχειρεί να συμβάλει σε μια βαθύτερη κατανόηση των κοινωνικών μηχανισμών που διαμεσολαβούν τη γήρανση.

Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που εκπονήθηκε με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής απομόνωσης, μοναχικής διαβίωσης και θνησιμότητας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας πληθυσμούς βασίστηκε στο ότι η μοναξιά ορίζεται ως μια υποκειμενική και δυσάρεστη εμπειρία κοινωνικής αποσύνδεσης, ακόμη και όταν το άτομο δεν είναι αντικειμενικά μόνο. Πρόκειται για μια εμπειρία που διαμορφώνεται από τις προσδοκίες του ατόμου και την αντιλαμβανόμενη ανεπάρκεια των κοινωνικών του σχέσεων.

Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση αποτελεί μια αντικειμενική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ουσιαστικών κοινωνικών σχέσεων ή συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Η μοναχική διαβίωση αποτελεί έναν δημογραφικό δείκτη που αναφέρεται στην κατοίκηση χωρίς άλλους, χωρίς να ταυτίζεται απαραίτητα με τη μοναξιά ή την κοινωνική απομόνωση.

Παρότι οι έννοιες αυτές είναι διακριτές, συχνά αλληλεπικαλύπτονται στην καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να ζει μόνο αλλά να διατηρεί ενεργό κοινωνικό δίκτυο, ενώ ένα άλλο μπορεί να ζει με άλλους και να βιώνει έντονη μοναξιά.

8.1 Θεωρητικό Πλαίσιο

Στο παρόν Καθώς η παγκόσμια δημογραφική τάση οδηγεί σε γήρανση του πληθυσμού (Valtorta and Hanratty, 2012), το διαδεδομένο ζήτημα των κοινωνικών δυναμικών, όπως η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων, έχει συγκεντρώσει αυξανόμενη

προσοχή λόγω της πιθανής επίδρασής τους στα αποτελέσματα υγείας (Freedman and Nicolle, 2020, Leigh-Hunt et al., 2017, Ernst et al., 2022, Valtorta and Hanratty, 2012). Η μοναξιά αναφέρεται στην υποκειμενική, οδυνηρή εμπειρία του να αισθάνεται κανείς κοινωνικά απομονωμένος ή αποκομμένος ακόμη και όταν δεν είναι φυσικά μόνος (Valtorta and Hanratty). Αυτή η εμπειρία είναι εγγενώς υποκειμενική, διαμορφωμένη από τις προσδοκίες του ατόμου και την αντιληπτή ανεπάρκεια στις κοινωνικές του σχέσεις (Donovan and Blazer, 2020). Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση είναι μια αντικειμενική κατάσταση που ορίζεται από την έλλειψη ουσιαστικών κοινωνικών δεσμών ή συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες (Valtorta and Hanratty, 2012). Τέλος, η μοναχική διαβίωση αποτελεί ένα απλό δημογραφικό μέτρο των συνθηκών μοναχικής διαβίωσης (Zhao et al., 2022, Valtorta and Hanratty, 2012), το οποίο συχνά διασταυρώνεται με την κοινωνική απομόνωση και τη μοναξιά, αλλά παραμένει ένα ξεχωριστό συστατικό (Holt-Lunstad et al., 2015, Santini et al., 2015). Αυτές οι τρεις διαστάσεις, αν και αλληλένδετες (Lapane et al., 2022, Long et al., 2023, Malhotra et al., 2021, Holt-Lunstad et al., 2017), αντιπροσωπεύουν μοναδικές πτυχές της κοινωνικής ευημερίας (Ernst et al., 2022), καθεμία με δυνητικά διαφορετικές επιπτώσεις στα αποτελέσματα υγείας (Shankar et al., 2017, Ward et al., 2021).

Παρά τους διακριτούς ορισμούς τους, αυτές οι έννοιες συχνά αλληλοκαλύπτονται στη ζωή των ηλικιωμένων, ιδίως μεταξύ εκείνων που ζουν μόνοι. Η μοναχική διαβίωση, η οποία γίνεται όλο και πιο συχνή στους γηράσκοντες πληθυσμούς λόγω κοινωνικοδημογραφικών αλλαγών όπως η μείωση των ποσοστών γάμων, η αύξηση των διαζυγίων divorce (Zhao et al., 2022, Valtorta and Hanratty, 2012) και το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής (Lapane et al., 2022, Long et al., 2023, Malhotra et al., 2021, Holt-Lunstad et al., 2017), αποτελεί έναν από δείκτη πιθανής κοινωνικής απομόνωσης (Holt-Lunstad et al., 2015, Santini et al., 2015). Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η μοναχική διαβίωση δεν ισοδυναμεί εγγενώς με μοναξιά ή κοινωνική απομόνωση (Ernst et al., 2022). Για παράδειγμα, ένας ηλικιωμένος που ζει μόνος

μπορεί να διατηρεί μια ενεργή κοινωνική ζωή, ενώ ένας άλλος που ζει με άλλους μπορεί να αισθάνεται βαθιά μοναξιά. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση δεν οδηγεί πάντα σε μοναξιά, καθώς ορισμένα άτομα μπορεί να μην αντιλαμβάνονται τις περιορισμένες κοινωνικές τους σχέσεις ως προβληματικές. Αυτοί οι λεπτοί συσχετισμοί υπογραμμίζουν την ανάγκη να γίνει διαφοροποίηση μεταξύ αυτών των εννοιών και των μεθόδων μέτρησής τους, προκειμένου να κατανοηθούν πλήρως οι αντίστοιχες επιπτώσεις τους στα αποτελέσματα υγείας των ηλικιωμένων. Τέτοιες διακρίσεις είναι κρίσιμες όχι μόνο εννοιολογικά αλλά και μεθοδολογικά. Η μοναξιά αξιολογείται κυρίως μέσω αυτοαναφερόμενων μετρήσεων, όπως η UCLA Loneliness Scale, οι οποίες καταγράφουν υποκειμενικές εμπειρίες και αντιλήψεις κοινωνικής απομόνωσης. Η κοινωνική απομόνωση, αν και μερικές φορές αξιολογείται υποκειμενικά, συχνά μετράται χρησιμοποιώντας αντικειμενικούς δείκτες, όπως το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου ή τη συχνότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Αντίθετα, η μοναχική διαβίωση καταγράφεται συνήθως μέσω αντικειμενικών δημογραφικών δεδομένων, όπως τα αρχεία απογραφής ή οι αυτοαναφορές σχετικά με τη σύνθεση της οικογένειας, παρέχοντας μια δομική προοπτική στις συνθήκες μοναχικής διαβίωσης.

Οι επιπτώσεις αυτών των κοινωνικών συστατικών εκτείνονται πολύ πέρα από τη συναισθηματική ευεξία, επηρεάζοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία (Hawkley and Cacioppo, 2010, Leigh-Hunt et al., 2017, Solmi et al., 2020). Τα στοιχεία έδειξαν ότι η μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και η μοναχική διαβίωση έχουν συσχετιστεί μελλοντικά με τη μείωση της ταχύτητας βάδισης (Shankar et al., 2017), με αυξημένη θνησιμότητα (Holt-Lunstad et al., 2015, Schutter et al., 2022, Long et al., 2023, Zhou et al., 2023, Pantell et al., 2013, Ward et al., 2021), με την επίπτωση στεφανιαίας νόσου (Thurston and Kubzansky, 2009, Barth et al., 2010, Gan et al., 2023), με καταστάσεις που μειώνουν την απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος (Mushtaq et al., 2014, Leigh-Hunt et al., 2017, Pressman et al., 2005) και με λειτουργική μείωση (Perissinotto et al., 2012, Wei et al., 2022, Shankar et al., 2017) στους

ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αυξημένα επίπεδα μοναξιάς, αλλά όχι απαραίτητα η κοινωνική απομόνωση, έχουν συνδεθεί με αυξημένη πιθανότητα σωματικής ευθαστρότητας (Jarach et al., 2021, Gale et al., 2018). Επιπλέον, η μοναχική διαβίωση και η μοναξιά συνδέονται ανεξάρτητα με υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας (Tabue Teguo et al., 2016). Η κοινωνική απομόνωση, εν τω μεταξύ, έχει αναγνωριστεί ως προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας και για τα δύο φύλα, συγκρίσιμα επιδραστικός με το κάπνισμα και την υψηλή αρτηριακή πίεση (Pantell et al., 2013). Η μοναχική διαβίωση συνδέεται ιδιαίτερα με αυξημένη θνησιμότητα σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών, αλλά αυτή η συσχέτιση δεν ισχύει για άτομα άνω των 75 ετών (Zhao et al., 2022). Επιπλέον, αυτές οι κοινωνικές δυναμικές συνδέονται με άγχος, ψύχωση, κατάχρηση ουσιών (Mushtaq et al., 2014, Leigh-Hunt et al., 2017) αλκοολισμό (Åkerlind and Hörnquist, 1992), κατάθλιψη (Domènech-Abella et al., 2017, van den Brink et al., 2018, Cacioppo et al., 2006), γνωστική δυσλειτουργία (Ren et al., 2023, Wei et al., 2022, Mushtaq et al., 2014), μειωμένη υποκειμενική ευημερία (Leigh-Hunt et al., 2017), διαταραχές ύπνου (Mushtaq et al., 2014), μειωμένη ποιότητα ζωής (Gerino et al., 2017) και αυτοκτονικές τάσεις (McClelland et al., 2020).

Ωστόσο, ενώ ορισμένες μετα-αναλύσεις έχουν υπογραμμίσει τις αρνητικές επιπτώσεις των κοινωνικών δυναμικών στα αποτελέσματα υγείας των ενηλίκων [(Long et al., 2023, Gan et al., 2023, Holt-Lunstad et al., 2015, Schutter et al., 2022, Wang et al., 2023, Zhao et al., 2022, Zhou et al., 2023, Rico-Uribe et al., 2018, Naito et al., 2023), η ακριβής σχέση μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής απομόνωσης, μοναχικής διαβίωσης και θνησιμότητας παραμένει ένα πεδίο συνεχιζόμενης έρευνας και συζήτησης στους επιστημονικούς κύκλους (Leigh-Hunt et al., 2017). Πρώτον, καμία μελέτη μέχρι σήμερα δεν έχει διερευνήσει ταυτόχρονα και τους τρεις παράγοντες — τη μοναξιά, την κοινωνική απομόνωση και τη μοναχική διαβίωση — στο γενικό πλαίσιο των ηλικιωμένων. Οι υπάρχουσες έρευνες έχουν εξετάσει κυρίως αυτές τις έννοιες ξεχωριστά (Zhou et al., 2023, Zhao et al., 2022, Rico-Uribe et al., 2018, Naito et al., 2023) ή

σε περιορισμένο συνδυασμό (Schutter et al., 2022, Holt-Lunstad et al., 2015, Wang et al., 2023). Μόνο μία πρόσφατη μετα-ανάλυση έχει εξετάσει τη σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων και του κινδύνου θνησιμότητας, ωστόσο το πεδίο της περιοριζόταν σε άτομα με προϋπάρχουσες καρδιαγγειακές παθήσεις (Long et al., 2023). Δεύτερον, ένας σημαντικός αριθμός αυτών των ανασκοπήσεων δεν έχει αφιερωθεί ειδικά στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Holt-Lunstad et al., 2015, Rico-Uribe et al., 2018, Zhao et al., 2022, Gan et al., 2023, Wang et al., 2023, Long et al., 2023, Naito et al., 2023), με αποτέλεσμα να υπάρχει αισθητή υποεκπροσώπηση των ηλικιωμένων στα ευρήματά τους, ιδίως όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ των φύλων (Zhou et al., 2023, Zhao et al., 2022). Η αυξανόμενη επικράτηση αυτών των φαινομένων στη σύγχρονη κοινωνία (Chawla et al., 2021), σε συνδυασμό με τις πιθανές επιπτώσεις τους στην υγεία, υπογραμμίζει την ανάγκη για μια επικαιροποιημένη, εστιασμένη ανάλυση προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι επιμέρους συνεισφορές της μοναξιάς, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναχικής διαβίωσης στον κίνδυνο θνησιμότητας σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό, όπως τονίζεται περαιτέρω από την εργασία των Schutter et al. (Schutter et al., 2022).

Με βάση αυτά τα δεδομένα, στόχος μας ήταν να εξετάσουμε και να ποσοτικοποιήσουμε τη σχέση μεταξύ αυτών των κοινωνικών δυναμικών και των κινδύνων θνησιμότητας (από όλες τις αιτίες και για συγκεκριμένες ασθένειες) στους . Αν και η παρούσα μελέτη δεν διερεύνησε τις συνδυαστικές ή αλληλεπιδραστικές επιπτώσεις τους, θέτει τις βάσεις για μελλοντική έρευνα που θα εξετάσει πως αυτοί οι παράγοντες μπορεί να αλληλεπιδρούν ώστε να επηρεάσουν τα αποτελέσματα στην υγεία. Η επείγουσα ανάγκη για μια διεξοδική μετα-ανάλυση καθίσταται σαφής υπό το πρίσμα των ποικίλων χαρακτηριστικών των μελετών που είχαν συμπεριληφθεί προηγουμένως σε τέτοιες αναλύσεις – που κυμαίνονται από τη γεωγραφική προέλευση των δεδομένων, τις μεθόδους μέτρησης, τη διάρκεια της παρακολούθησης, έως κρίσιμες συνμεταβλητές όπως η κατάσταση της υγείας και τα επίπεδα

ψυχικής υγείας (Long et al., 2023, Zhou et al., 2023. Μια τέτοια προσέγγιση είναι καθοριστική για την επίτευξη μιας πιο λεπτομερούς και αναλυτικής κατανόησης αυτών των πολύπλοκων συσχετίσεων στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

8.2 Σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης και Ερευνητικά Ερωτήματα

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση είχε ως στόχο να ποσοτικοποιήσει τις συσχετίσεις τους με τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και από συγκεκριμένες αιτίες στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, διευρύνοντας τις προηγούμενες έρευνες συμπεριλαμβάνοντας περισσότερους κοινωνικούς παράγοντες

8.3 Μέθοδος

Η συστηματική αυτή ανασκόπηση με μετα-ανάλυση διεξήχθη σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές που ορίζονται από το πρότυπο «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses» (PRISMA) του 2020 (Page et al., 2021), καθώς και με τα πρωτόκολλα που περιγράφονται στο πρότυπο «Reporting of Meta-Analyses of Observational Studies» (MOOSE) (Stroup et al., 2000). Το προκαθορισμένο πρωτόκολλο κατατέθηκε στο Open Science Framework και είναι άμεσα προσβάσιμο στον ακόλουθο σύνδεσμο: <https://osf.io/3qbd8>.

8.3.1 Πηγές δεδομένων και αναζητήσεις

Η παρούσα μελέτη περιελάμβανε μια ολοκληρωμένη έρευνα που διεξήχθη σε τρεις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, APA PsycINFO και CINAHL [μέσω EBSCOhost]) με σκοπό τον εντοπισμό άρθρων που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής απομόνωσης, μοναχικής διαβίωσης και θνησιμότητας, από την έναρξη λειτουργίας των εν λόγω βάσεων δεδομένων έως τις 31 Δεκεμβρίου 2023. Χρησιμοποιήσαμε έναν συνδυασμό λέξεων-κλειδιών, συνώνυμων και όρων MeSH που σχετίζονται με έννοιες όπως η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση, η μοναχική διαβίωση, η θνησιμότητα και οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Χρησιμοποιήσαμε τους λογικούς τελεστές «AND» και «OR» στη στρατηγική

αναζήτησής μας. Οι πλήρεις στρατηγικές αναζήτησης περιγράφονται λεπτομερώς στο Συμπληρωματικό Υλικό (βλ. την ενότητα «Στρατηγική αναζήτησης»). Δεν επιβάλαμε περιορισμούς όσον αφορά τη γλώσσα, τη χώρα προέλευσης, το έτος δημοσίευσης ή συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως το περιβάλλον διαμονής, η φυσική κατάσταση ή η ηλικία των ηλικιωμένων. Ωστόσο, εφαρμόσαμε περιορισμούς σχετικά με το σχεδιασμό της μελέτης και τους περιορισμούς που αφορούν τους ανθρώπινους συμμετέχοντες. Εξετάσαμε επίσης τις αναφορές των άρθρων που ανακτήθηκαν, προκειμένου να εντοπίσουμε τυχόν σχετικές μελέτες που ενδέχεται να έχουν παραλειφθεί κατά την αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων.

8.3.2 Επιλογή μελετών

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο «Πληθυσμός (Ρ: ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας)», «Έκθεση (Ε: μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και μοναχική διαβίωση)», «Αποτέλεσμα (Ο: θνησιμότητα από όλες τις αιτίες ή από συγκεκριμένες αιτίες)», η έρευνά μας επέλεξε προσεκτικά τις μελέτες που θα συμπεριληφθούν. Συμπεριλάβαμε αποκλειστικά μελέτες που: (α) αποτελούσαν προοπτικές κοόρτης ή διαχρονικές έρευνες· (β) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής απομόνωσης και μοναχικής διαβίωσης και θνησιμότητας (είτε από όλες τις αιτίες είτε από συγκεκριμένες αιτίες)· (γ) περιλάμβαναν συμμετέχοντες ηλικίας 65 ετών και άνω, που διέμεναν σε οικιακά περιβάλλοντα, ιδρύματα φροντίδας ή νοσοκομεία· και (δ) είχαν δημοσιευτεί σε επιστημονικά περιοδικά με κριτική επιτροπή. Τα κριτήρια συμπερίληψης επεκτάθηκαν επίσης σε μελέτες που αφορούσαν άτομα ηλικίας μεταξύ 50 και 65 ετών, υπό την προϋπόθεση ότι τουλάχιστον το 75% των συμμετεχόντων ήταν άνω των 65 ετών. Έρευνες που διερευνούσαν διαστάσεις πέραν της μοναξιάς ή της αντιληπτής κοινωνικής απομόνωσης, όπως το μέγεθος του δικτύου, οι συνθήκες διαβίωσης κ.λπ., συμπεριλήφθηκαν επίσης (όπως περιγράφεται παρακάτω στις διαφορές μεταξύ πρωτοκόλλου και ανασκόπησης). Το κύριο αποτέλεσμα ενδιαφέροντος ήταν η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, ενώ η θνησιμότητα από

συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ. θνησιμότητα από καρκίνο) θεωρήθηκε δευτερεύον αποτέλεσμα. Μελέτες που αξιολόγησαν τη σχέση μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής απομόνωσης, μοναχικής διαβίωσης και θανάτων από αυτοκτονία, τραυματισμό ή ατυχήματα εξετάστηκαν ομοίως. Αποκλείστηκαν οι μελέτες που δεν ακολουθούσαν προοπτικό σχεδιασμό κούρτης ή διαχρονικό σχεδιασμό, καθώς και εκείνες στις οποίες η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν κάτω από τη μέση ηλικία των 65 ετών. Αποκλείστηκαν επίσης τα άρθρα που δεν διερευνούσαν ρητά τη σχέση μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής απομόνωσης, μοναχικής διαβίωσης και θνησιμότητας. Πρόκειται, για παράδειγμα, για μελέτες που εξέταζαν μεταβλητές όπως η κοινωνική υποστήριξη, αντί της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης (Long et al., 2023). Ομοίως, παραλείφθηκαν έρευνες που δεν τοποθετούσαν τη μοναξιά, την κοινωνική απομόνωση και τη μοναχική διαβίωση ως ανεξάρτητες μεταβλητές, ή τη θνησιμότητα ως εξαρτημένη μεταβλητή. Αυτό περιλάμβανε, για παράδειγμα, επικυρώσεις ερωτηματολογίων ή μελέτες που διερευνούσαν συσχετίσεις μέσω ανάλυσης μετριάσμου. Εξαιρέθηκαν επίσης μελέτες που δεν ανέφεραν δείκτες μέτρησης της επίδρασης της συσχέτισης, όπως οι λόγοι κινδύνου (HR) ή ο σχετικός κίνδυνος (RR) ή παρόμοιες εκτιμήσεις που εξαρτώνται από το χρόνο, ή που δεν παρείχαν επαρκή δεδομένα για τον υπολογισμό τέτοιων δεικτών. Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι δεν επιβλήθηκαν γλωσσικοί περιορισμοί στην αναζήτησή μας, μελέτες σε γλώσσες άλλες από τα αγγλικά, δυστυχώς, παραμερίστηκαν λόγω περιορισμών στους πόρους ακριβούς μετάφρασης.

Τα αποτελέσματα της αναζήτησης μεταφέρθηκαν στο λογισμικό διαχείρισης βιβλιογραφικών αναφορών Mendeley (1.9.8), όπου αφαιρέθηκαν οι διπλές καταχωρήσεις. Αυτά τα αποτελέσματα μεταφέρθηκαν στη συνέχεια σε ένα φύλλο υπολογισμού Excel, έτοιμα για ενδελεχή εξέταση. Η πρώτη φάση της αξιολόγησης, η οποία διεξήχθη από δύο ανεξάρτητους αξιολογητές (AN και ED), περιελάμβανε ενδελεχή έλεγχο των τίτλων και των περιλήψεων. Στη συνέχεια, τα πλήρη κείμενα που ανακτήθηκαν εξετάστηκαν ανεξάρτητα από το ίδιο ζεύγος

αξιολογητών, χρησιμοποιώντας τα προκαθορισμένα κριτήρια συμπερίληψης. Σε περίπτωση διαφωνίας, ζητήθηκε η γνώμη ενός τρίτου αμερόληπτου αξιολογητή (MG).

8.3.3 Εξαγωγή δεδομένων

Τρεις ανεξάρτητοι αξιολογητές (AN, ED και NB) εξήγαγαν τις σχετικές πληροφορίες από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν σε ένα προ- σχεδιασμένο φύλλο Excel. Καταγράψαμε διάφορα δεδομένα, όπως τον Αριθμό Ταυτοποίησης Ψηφιακού Αντικειμένου (DOI) και τον Αριθμό Ταυτοποίησης PubMed (PMID) της μελέτης, τον πρώτο συγγραφέα, το έτος δημοσίευσης, τη χώρα, τον σχεδιασμό της μελέτης, το μέγεθος του δείγματος, τη μέση ηλικία ή το ηλικιακό εύρος, καθώς και το περιβάλλον διεξαγωγής (π.χ. στο σπίτι κ.λπ., εφόσον ήταν δυνατό). Επιπροσθέτως, καταγράψαμε τυχόν αναφερόμενες υποκείμενες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές, μεταβλητές που ελέγχθηκαν, εκθέσεις (όπως μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και μοναχική διαβίωση) και τα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, συλλέξαμε πληροφορίες σχετικά με τον τύπο θνησιμότητας (θνησιμότητα από όλες τις αιτίες ή από συγκεκριμένες αιτίες) και δείκτες αποτελεσματικότητας συσχέτισης (π.χ. HR κ.λπ.), μαζί με τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (95% CI). Σε περιπτώσεις όπου δεν αναφερόταν το 95% CI, εξάγαμε την τιμή p για να το εκτιμήσουμε. Οι εκτιμήσεις εξήχθησαν, με κύρια έμφαση στις μέγιστα προσαρμοσμένες εκτιμήσεις, όποτε ήταν διαθέσιμες. Τα τελικά δεδομένα υποβλήθηκαν σε ανεξάρτητο έλεγχο και αξιολόγηση από έναν άλλο συγγραφέα (MG).

8.3.4 Αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών

Για την εκτίμηση του κινδύνου μεροληψίας και της ποιότητας των μελετών που συμπεριλήφθηκαν χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Newcastle- Ottawa (NOS). Η κλίμακα αυτή είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για την αξιολόγηση της ποιότητας μελετών κοόρτης και μελετών περίπτωσης- ελέγχου (Wells et al., 2000). Η NOS χρησιμοποιεί ένα σύστημα αστεριών, με μέγιστο αριθμό 9 αστεριών, για την αξιολόγηση των μελετών σε τρεις τομείς: επιλογή, συγκρισιμότητα και αποτελέσματα. Γενικά, μια υψηλότερη βαθμολογία (περισσότερα

αστέρια) υποδηλώνει καλύτερη ποιότητα και χαμηλότερο κίνδυνο μεροληψίας (Wells et al., 2000).

8.3.5 Στατιστική Ανάλυση

Η σύνθεση Τα δεδομένα αναλύθηκαν ανά τύπο έκθεσης (μοναξιά, κοινωνική απομόνωση, μοναχική διαβίωση) και ανά τύπο έκβασης (θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και από συγκεκριμένες αιτίες). Συγκεντρώσαμε τα OR, RR, HR ως συνοπτικούς HR, αναγνωρίζοντας ότι για ορισμένες μελέτες με χαμηλότερα απόλυτα ποσοστά θνησιμότητας, αυτοί οι δείκτες προσεγγίζουν την ίδια συσχέτιση. Αν και η θνησιμότητα δεν είναι σπάνια σε όλες τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, η μεθοδολογική συνέπεια μεταξύ των σχεδιασμών και η ομοιότητα των εκτιμήσεων σχετικής επίδρασης στις περισσότερες περιπτώσεις δικαιολογούν αυτή την προσέγγιση. Οι τιμές HR άνω του 1 υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, ενώ οι τιμές HR κάτω του 1 υποδηλώνουν μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας. Σε περιπτώσεις όπου μια μεμονωμένη μελέτη ανέφερε πολλαπλά αποτελέσματα για διαφορετικές υποομάδες (π.χ. στρωματοποιημένες κατά φύλο ή ηλικία), τα αποτελέσματα αυτά δεν συγκεντρώθηκαν σε ένα ενιαίο μέγεθος επίδρασης. Αντ' αυτού, διεξήχθησαν αναλύσεις υποομάδων όπου ήταν εφικτό, προκειμένου να ληφθεί υπόψη η μεταβλητότητα εντός της μελέτης, διατηρώντας παράλληλα την ακεραιότητα των αναφερόμενων αποτελεσμάτων. Για την εκτίμηση των συνοπτικών HR, χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα τυχαίων επιδράσεων.

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Restricted Maximum Likelihood (REML), καθώς αναμενόταν ετερογένεια μεταξύ των μελετών (Higgins et al., 2003). Η μέθοδος REML είναι μια προηγμένη τεχνική που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των συνιστωσών της διακύμανσης σε τέτοια μοντέλα, ειδικά όταν πρόκειται για μελέτες διαφορετικού μεγέθους και αριθμού (Gosling et al., 2022). Η ετερογένεια μεταξύ των μελετών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τα στατιστικά I^2 και τ^2 , μαζί με τα διαστήματα πρόβλεψης (PIs) 95%, για να εκτιμηθεί το εύρος στο οποίο είναι πιθανό να εμπίπτουν τα μεγέθη επίδρασης μελλοντικών μελετών (Riley et al., 2011). Σε

αντίθεση με τα 95% CI, τα οποία εκτιμούν πού βρίσκεται το πραγματικό μέγεθος του αποτελέσματος με ένα ορισμένο βαθμό εμπιστοσύνης, τα PI λαμβάνουν υπόψη τη μεταβλητότητα μεταξύ των μελετών και προσφέρουν μια πιο πρακτική εικόνα των πραγματικών επιπτώσεων των αποτελεσμάτων (Dragioti et al., 2023). Για αναλύσεις που αφορούσαν 10 ή περισσότερες μελέτες, χρησιμοποιήθηκαν funnel plots (γραφήματα χοάνης) και η δοκιμή Egger για την αξιολόγηση της ύπαρξης μεροληψίας δημοσίευσης (Sterne et al., 2011, Egger et al., 1997). Επίσης, πραγματοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις ευαισθησίας τύπου «cumulative» και «leave-one-out» για την εκτίμηση της ανθεκτικότητας των αποτελεσμάτων, όπου ήταν δυνατόν (Wallace et al., 2009).

Διενεργήσαμε αναλύσεις υποομάδων με βάση διάφορες διαστάσεις και μεταβλητές, προκειμένου να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα της ετερογένειας. Αυτές περιλάμβαναν τη διάσταση της μοναξιάς (δηλ. αυτό ίσχυε μόνο για την έκθεση στη μοναξιά: συναισθηματική μοναξιά και κοινωνική μοναξιά), το φύλο (και τα δύο φύλα, άνδρες και γυναίκες), τις ηλικιακές ομάδες ($\geq 50-64$, ≥ 65 , ≥ 75 ετών) και τον πληθυσμό (γενικός, άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD), σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2DM) κ.λπ.). Διαφοροποιήσαμε επίσης με βάση το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της μοναξιάς, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναχικής διαβίωσης (επικυρωμένες κλίμακες και άλλες κλίμακες ενός στοιχείου), τη γεωγραφική θέση (Ευρώπη, Βόρεια Αμερική και άλλες περιοχές), τη διάρκεια παρακολούθησης (< 5 έτη, ≥ 5 έτη) και τη βαθμολογία NOS (≥ 7 ως υψηλή ποιότητα, ≤ 6 ως χαμηλότερη ποιότητα). Επιπλέον, η ανάλυσή μας εξέτασε κατά πόσον οι μελέτες είχαν προσαρμοστεί για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα, τα ψυχικά συμπτώματα, τα σωματικά συμπτώματα και η γνωστική λειτουργία. Η προσαρμογή των σωματικών συμπτωμάτων είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αυτά μπορεί να λειτουργήσουν ως συγχυτικοί παράγοντες ή μεσολαβητές στη σχέση μεταξύ κοινωνικών συστατικών και θνησιμότητας. Για παράδειγμα, τα σωματικά συμπτώματα μπορεί τόσο να επιδεινώσουν την

κοινωνική απομόνωση όσο και να αυξήσουν άμεσα τον κίνδυνο θνησιμότητας, καθιστώντας κρίσιμο να διαχωριστούν οι επιδράσεις τους, ώστε να κατανοηθεί καλύτερα η ανεξάρτητη συμβολή της μοναξιάς, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναχικής διαβίωσης στα αποτελέσματα θνησιμότητας.

Τέλος, διεξήχθησαν meta-regression αναλύσεις τυχαίων αποτελεσμάτων για να διερευνηθούν οι πιθανές μετριαστικές επιδράσεις της μέσης ηλικίας των συμμετεχόντων, του φύλου (γυναίκες), της γεωγραφικής περιοχής, των βαθμολογιών αξιολόγησης NOS, της διάρκειας παρακολούθησης, της χρήσης επικυρωμένων εργαλείων, του τύπου πληθυσμού και των προσαρμοσμένων εκτιμήσεων των παρατηρούμενων συσχετίσεων για το πρωτεύον αποτέλεσμα (Thompson and Higgins, 2002). Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό STATA 17.0 (StataCorp, College Station, Texas 77845 USA).

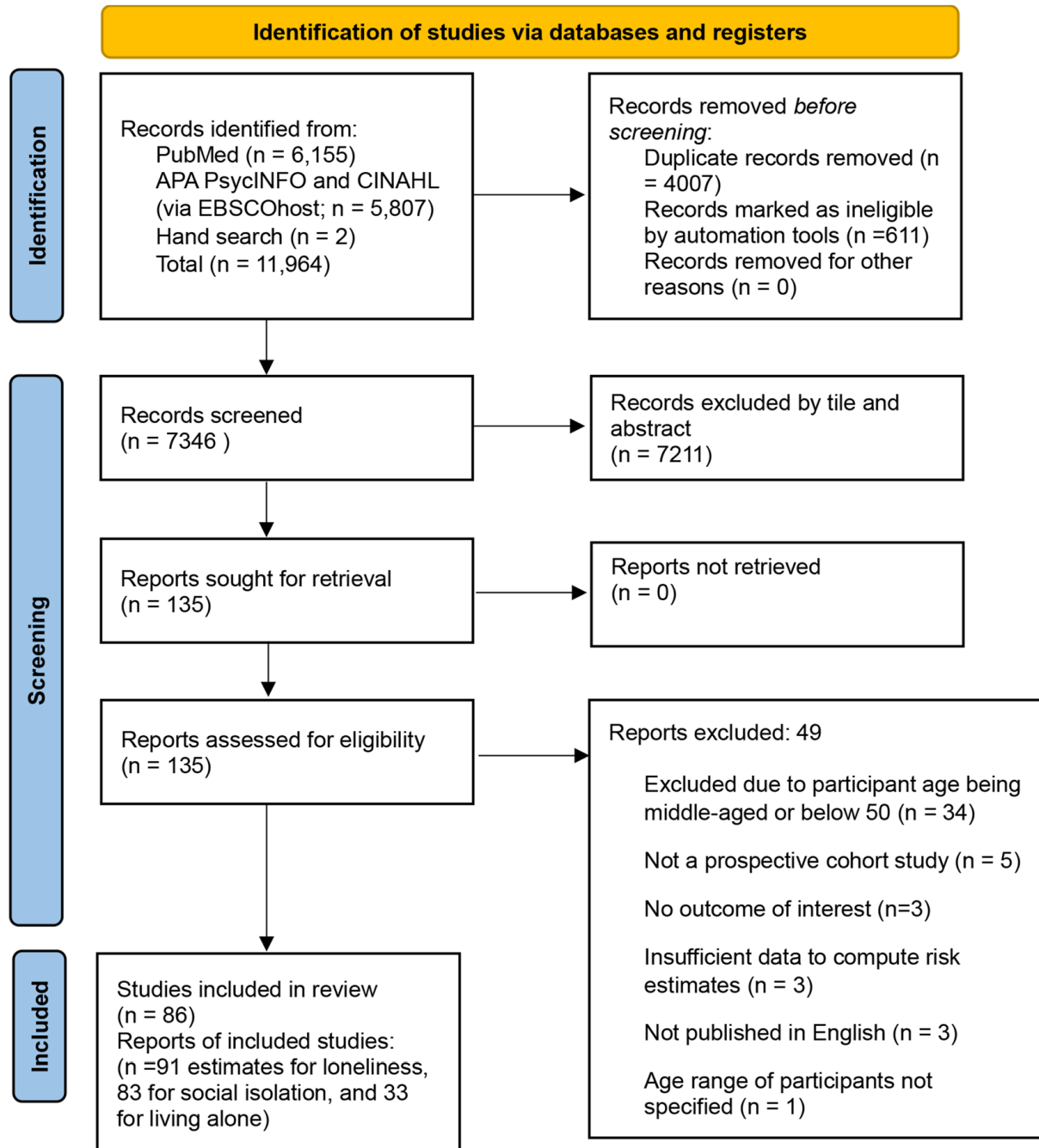
8.4 Διαφορές μεταξύ του πρωτοκόλλου και της ανασκόπησης

Στην ανασκόπησή μας, επεκτείναμε το πεδίο εφαρμογής ώστε να συμπεριλάβουμε την κοινωνική απομόνωση και τη μοναχική διαβίωση παράλληλα με τη μοναξιά, με σκοπό να κατανοήσουμε πληρέστερα τον τρόπο με τον οποίο διαφορετικές, αλλά αλληλένδετες, πτυχές της κοινωνικής εμπειρίας επηρεάζουν τη θνησιμότητα (Long et al., 2023). Επίσης, επεκτείναμε την αναζήτηση στη βάση δεδομένων μας έως τον Δεκέμβριο του 2023, προκειμένου να εντοπίσουμε τα πιο πρόσφατα στοιχεία. Η ανασκόπηση και το πρωτόκολλο περιελάμβαναν τόσο αναλύσεις υποομάδων όσο και meta-regression, με σκοπό την εξέταση πιθανών μετριαστικών επιδράσεων. Ωστόσο, οι λεπτομέρειες της ανάλυσης της ανασκόπησης διέφεραν ελαφρώς ανάλογα με τα αναφερόμενα δεδομένα, με έμφαση στο πρωτεύον αποτέλεσμα. Επιπλέον, δεν εντοπίστηκαν μελέτες που να εξετάζουν θανάτους από αυτοκτονία, τραυματισμό ή ατυχήματα.

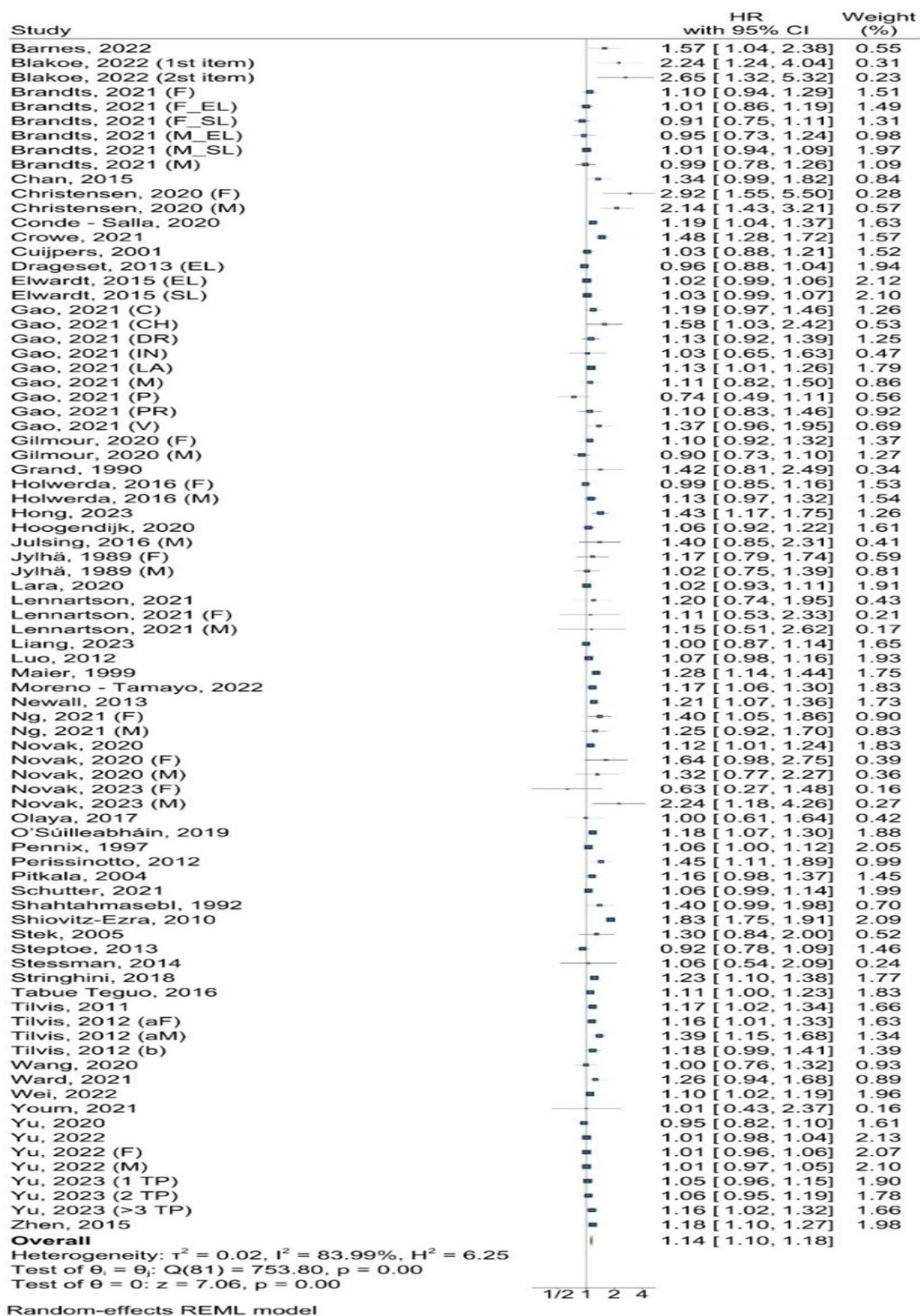
8.5 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της συστηματικής ανασκόπησης

Το Σχήμα 1 απεικονίζει τη διαδικασία επιλογής των μελετών. Αρχικά, η αναζήτηση απέδωσε 11.964 μελέτες. Μετά την αφαίρεση 4.618 διπλών εγγραφών, 7.346 μελέτες υποβλήθηκαν σε διαλογή. Από αυτές, 135 πλήρη κείμενα αξιολογήθηκαν διεξοδικά, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό 49. Οι λόγοι για αυτόν τον αποκλεισμό αναφέρονται λεπτομερώς στο Σχ. 1, ενώ ένας εξαντλητικός κατάλογος των μελετών που αποκλείστηκαν και των αντίστοιχων λόγων παρέχεται στο συμπληρωματικό υλικό (Πίνακας S1). Τελικά συμπεριλήφθηκαν συνολικά 86 προοπτικές κοόρτης ή διαχρονικές μελέτες (Abell and Steptoe, 2021, Avlund et al., 1998, Barnes et al., 2022, Blakoe et al., 2022, Brandts et al., 2021, Chan et al., 2015, Christensen et al., 2020, Conde-Sala et al., 2020, Crowe et al., 2021, Cuijpers, 2001, Dahl et al., 2021, Drageset et al., 2013, Ellwardt et al., 2015, Gao et al., 2021, Gilmour and Ramage-Morin, 2020, Gopinath et al., 2013, Grand et al., 1990, Holwerda et al., 2012, Holwerda et al., 2016, Hong et al., 2023, Hoogendijk et al., 2020, Jenkinson et al., 1993, Jensen et al., 2019, Jeong et al., 2022, Jiang et al., 2023, Julsing et al., 2016, Jylhä and Aro, 1989, Keller et al., 2003, Khalatbari-Soltani et al., 2020, Koivunen et al., 2020, Kornej et al., 2022, Kotozaki et al., 2022, Kreibig et al., 2014, Kroenke et al., 2017, Kroenke et al., 2020, Lara et al., 2020, Lennartsson et al., 2022, Liang et al., 2023, Lund et al., 2000, Luo et al., 2012, Maier and Smith, 1999, Manemann et al., 2018, Moreno-Tamayo et al., 2022, Murberg, 2004, Newall et al., 2013, Ng et al., 2021, Ng et al., 2015, Novak et al., 2020, Novak et al., 2023, Olaya et al., 2017, Olsen et al., 1991, O'Súilleabháin et al., 2019, Penninx et al., 1997, Perissinotto et al., 2012, Pimouguet et al., 2016, Pitkala et al., 2004, Renwick et al., 2020, Rutledge et al., 2004, Saito et al., 2021, Saito et al., 2012, Sakurai et al., 2019, Scafato et al., 2008, Schutter et al., 2021, Seeman et al., 1993, Shahtahmasebi et al., 1992, Shiovitz-Ezra and Ayalon, 2010, Smith et al., 2018, Stek et al., 2005, Steptoe et al., 2013, Stessman et al., 2014, Stringhini et al., 2018, Tabue Tegu et al., 2016, Takeuchi et al., 2018, Tilvis et al., 2012a, Tilvis et al., 2011, Tilvis et al.,

2012b, Wang et al., 2020, Wang et al., 2022, Ward et al., 2021, Wei et al., 2022, Yang et al., 2013, Youm et al., 2021, Yu et al., 2020, Yu et al., 2022, Yu et al., 2023, Zhen et al., 2013).



Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής για τη διαδικασία επιλογής των μελετών



Εικόνα 2 Διάγραμμα forest plotγια τη συσχέτιση μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας από όλες τις αιτίες Σημειώσεις: F = γυναίκα, M = άνδρας.

Χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν

Σημαντικό Τα χαρακτηριστικά των μελετών συνοψίζονται στους Πίνακες S2, S3 και S4 στο συμπληρωματικό υλικό. Οι επιλέξιμες μελέτες δημοσιεύθηκαν μεταξύ του 1989 (Jylhä and Aro, 1989) και του 2023 [(Hong et al., 2023, Jiang et al., 2023, Liang et al., 2023, Novak et al., 2023, Yu et al., 2023)]. Η πλειονότητα των μελετών (n = 73; 84,9%) αφορούσε τον γενικό ηλικιωμένο πληθυσμό. Μεταξύ αυτών, 13 μελέτες επικεντρώθηκαν ειδικά σε άτομα με διάγνωση καρδιαγγειακής νόσου (Blakoe et al., 2022, Christensen et al., 2020, Jenkinson et al., 1993, Kreibig et al., 2014, Manemann et al., 2018, Murberg, 2004, Rutledge et al., 2004, Yu et al., 2020), ενώ άλλες εστίασαν σε πληθυσμούς με καρκίνο (Kroenke et al., 2017, Kroenke et al., 2020, Drageset et al., 2013), T2Δ (Liang et al., 2023) και κατάγμα ισχίου (Dahl et al., 2021). Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 50 έως 103 έτη (Maier and Smith, 1999) και πολλές μελέτες είχαν ξεχωριστές καταχωρήσεις για διαφορετικές ομάδες (π.χ. για ομάδες γυναικών και ανδρών ή για κοόρτες ή μετρήσεις, ή για ηλικιακές ομάδες) (Brandts et al., 2021, Blakoe et al., 2022, Christensen et al., 2020, Ellwardt et al., 2015, Gao et al., 2021, Gilmour and Ramage-Morin, 2020, Holwerda et al., 2016, Jylhä and Aro, 1989, Lennartsson et al., 2022, Ng et al., 2021, Ng et al., 2015, Novak et al., 2020, Novak et al., 2023, Yu et al., 2022, Yu et al., 2023, Holwerda et al., 2012, Jeong et al., 2022, Kotozaki et al., 2022, Kroenke et al., 2017, Kroenke et al., 2020, Lund et al., 2000, Saito et al., 2021, Saito et al., 2012, Seeman et al., 1993, Wang et al., 2022, Avlund et al., 1998, Koivunen et al., 2020, Renwick et al., 2020, Takeuchi et al., 2018). Οι περισσότερες μελέτες (n = 82; 95,3%) ελέγχθηκαν για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, με εξαίρεση τέσσερις μελέτες (Maier and Smith, 1999, Novak et al., 2020, O'Súilleabháin et al., 2019, Schutter et al., 2021). Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχε σημαντική ποικιλία ως προς το εύρος και τη φύση των μεταβλητών που θεωρήθηκαν συγχυτικοί παράγοντες σε αυτές τις μελέτες. Πενήντα τέσσερις μελέτες παρείχαν δεδομένα

σχετικά με τη μοναξιά, 37 σχετικά με τον κοινωνικό αποκλεισμό και 17 σχετικά με τη μοναχική διαβίωση.

8.5.1 Αξιολόγηση ποιότητας

Συνολικά 69 μελέτες, που αποτελούν το 80,2% του δείγματος, ταξινομήθηκαν ως υψηλής ποιότητας, ενώ 17 μελέτες, που αποτελούν το 19,8% του συνόλου, ταξινομήθηκαν ως μέτριας ποιότητας (Πίνακας S5 στο συμπληρωματικό υλικό).

8.6 Μετα-ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας

Η σχέση μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας εξετάστηκε σε 54 μεμονωμένες μελέτες, οι οποίες παρείχαν 91 εκτιμήσεις και περιλάμβαναν συνολικά 310.095 συμμετέχοντες. Οι μελέτες κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες με βάση τα αποτελέσματα που αποτέλεσαν αντικείμενο ενδιαφέροντος: θνησιμότητα από όλες τις αιτίες (Barnes et al., 2022, Blakoe et al., 2022, Brandts et al., 2021, Chan et al., 2015, Christensen et al., 2020, Conde-Sala et al., 2020, Crowe et al., 2021, Cuijpers, 2001, Drageset et al., 2013, Ellwardt et al., 2015, Gao et al., 2021, Gilmour and Ramage-Morin, 2020, Grand et al., 1990, Holwerda et al., 2016, Hong et al., 2023, Hoogendijk et al., 2020, Julsing et al., 2016, Jylhä and Aro, 1989, Lara et al., 2020, Lennartsson et al., 2022, Liang et al., 2023, Luo et al., 2012, Maier and Smith, 1999, Moreno-Tamayo et al., 2022, Newall et al., 2013, Ng et al., 2021, Novak et al., 2020, Novak et al., 2023, Olaya et al., 2017, O'Súilleabháin et al., 2019, Penninx et al., 1997, Perissinotto et al., 2012, Pitkala et al., 2004, Schutter et al., 2021, Shahtahmasebi et al., 1992, Shiovitz-Ezra and Ayalon, 2010, Stek et al., 2005, Steptoe et al., 2013, Stessman et al., 2014, Stringhini et al., 2018, Tabue Tegu et al., 2016, Tilvis et al., 2012a, Tilvis et al., 2011, Tilvis et al., 2012b, Wang et al., 2020, Ward et al., 2021, Wei et al., 2022, Youm et al., 2021, Yu et al., 2020, Yu et al., 2022, Yu et al., 2023, Zhen et al., 2013) (52 μελέτες, 82 εκτιμήσεις, n = 308.948), θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) (Julsing et al., 2016, Liang et al., 2023, Novak et al., 2020,

Olsen et al., 1991, Stringhini et al., 2018, Ward et al., 2021) (6 μελέτες, 8 εκτιμήσεις, $n = 37104$) και θνησιμότητα από καρκίνο (Ward et al., 2021) (1 μελέτη, 1 εκτίμηση, $n = 6915$).

8.6.1 Πρωταρχικό αποτέλεσμα

Θνησιμότητα από όλες τις αιτίες: Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της μοναξιάς και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες, ο συνδυασμένος HR ήταν 1,14 (95% CI: 1,10–1,18, $P = 0,00$), υποδηλώνοντας σημαντική αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (Εικ. 2). Οι HR των επιμέρους μελετών κυμαίνονταν από 0,62 (Novak et al., 2023) έως 2,92 (Christensen et al., 2020), και στις δύο περιπτώσεις σε γυναίκες, υποδηλώνοντας υποδηλώνοντας μεταβλητότητα στα μεγέθη των αποτελεσμάτων. Η ετερογένεια ήταν σημαντική ($I^2 = 84,0\%$, $\tau^2 = 0,02$, $P < 0,001$). Το 95% PI κυμάνθηκε από 0,89 έως 1,46, αντανακλώντας τη διακύμανση στα παρατηρούμενα αποτελέσματα, ενώ η δοκιμή Egger υποδήλωνε υψηλή πιθανότητα μεροληψίας δημοσίευσης ($P = 0,00$, συμπληρωματικό σχήμα S1).

Η αθροιστική μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι HR σε όλες τις μελέτες ήταν αρκετά συνεπείς, κυμαινόμενοι γενικά μεταξύ 1,10 και 1,20 (συμπληρωματικό σχήμα S2), με μόνο τις πρώιμες μελέτες (π.χ., το 1989–1997) να παρουσιάζουν μη σημαντικά αποτελέσματα ($P > 0,05$). Ομοίως, η μετα-ανάλυση ευαισθησίας «leave-one-out» παράγαγε επίσης HR που κυμαίνονταν σε στενό εύρος ($P < 0,001$), αντανακλώντας την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της μετα-ανάλυσης (συμπληρωματικό σχήμα S3).

8.6.2 Δευτερεύοντα αποτελέσματα

Θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις: Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις (συμπληρωματικό σχήμα S4), ο συνδυασμένος HR ήταν 1,30 (95% CI: 1,09–1,54, $P = 0,00$). Οι μελέτες παρουσίασε μέτρια ετερογένεια ($I^2 = 44,4\%$, $\tau^2 = 0,02$, $P = 0,08$). Αξίζει να σημειωθεί ότι η μελέτη των Novak et al. (Novak et al., 2020) ανέφερε τον υψηλότερο HR στα 2,25 στις

γυναίκες, ενώ ο χαμηλότερος HR 1,03 παρατηρήθηκε στη μελέτη των Liang et al. (Liang et al., 2023). Το 95% PI κυμάνθηκε μεταξύ 0,85 και 1,97, υποδηλώνοντας μεταβλητότητα στα μεγέθη επίδρασης που θα μπορούσε να αναμένεται σε μελλοντικές μελέτες. Λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μελετών (δηλ. λιγότερες από δέκα), μια επίσημη αξιολόγηση για μεροληψία δημοσίευσης κρίθηκε μη εφαρμόσιμη. Η αθροιστική μετα-ανάλυση έδειξε μια ελαφρά αύξηση των HR με την πάροδο του χρόνου, με πιο πρόσφατες μελέτες να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (συμπληρωματικό σχήμα S5). Επιπλέον, η ανάλυση ευαισθησίας «leave-one-out» αποκάλυψε ότι ο αποκλεισμός οποιασδήποτε μεμονωμένης μελέτης δεν αλλοίωσε ουσιαστικά το συνολικό μέγεθος του αποτελέσματος ή τη στατιστική του σημασία (συμπληρωματικό σχήμα S6).

Θνησιμότητα από καρκίνο: Μόνο μία μελέτη (Ward et al., 2021) συμπεριλήφθηκε για τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας από καρκίνο (Συμπληρωματικό σχήμα S4), η οποία ανέφερε λόγο κινδύνου (HR) 1,02 (95% CI: 0,68– 1,53, P = 0,92). Λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μελετών, δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή μέτρων ετερογένειας, διαστημάτων πρόβλεψης,

8.7 Μετα-ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και θνησιμότητας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας

Η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και θνησιμότητας εξετάστηκε σε 37 μεμονωμένες μελέτες, οι οποίες παρείχαν 83 εκτιμήσεις και περιλάμβαναν συνολικά 357.457 συμμετέχοντες. Οι μελέτες κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες με βάση τα αποτελέσματα που παρουσιάζουν ενδιαφέρον: θνησιμότητα από όλες τις αιτίες (Barnes et al., 2022, Chan et al., 2015, Drageset et al., 2013, Ellwardt et al., 2015, Gilmour and Ramage-Morin, 2020, Holwerda et al., 2012, Hong et al., 2023, Hoogendijk et al., 2020, Jenkinson et al., 1993, Jeong et al., 2022, Jylhä and Aro, 1989, Keller et al., 2003, Kornej et al., 2022, Kotozaki et al., 2022, Kreibig et al., 2014, Kroenke et al., 2017, Kroenke et al., 2020, Liang et

al., 2023, Lennartsson et al., 2022, Lund et al., 2000, Manemann et al., 2018, Moreno-Tamayo et al., 2022, Murberg, 2004, Rutledge et al., 2004, Saito et al., 2021, Saito et al., 2012, Sakurai et al., 2019, Seeman et al., 1993, Smith et al., 2018, Tilvis et al., 2012b, Ward et al., 2021, Yang et al., 2013, Youm et al., 2021, Yu et al., 2020, Yu et al., 2022) (37 μελέτες, 61 εκτιμήσεις, $n=233.279$), θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις (Jiang et al., 2023, Wang et al., 2022, Ward et al., 2021, Yang et al., 2013) (4 μελέτες, 8 εκτιμήσεις, $n = 63.434$), θνησιμότητα από καρκίνο (Kroenke et al., 2017, Kroenke et al., 2020, Wang et al., 2022, Ward et al., 2021, Yang et al., 2013) (5 μελέτες, 10 εκτιμήσεις, $n = 54.759$) και άλλη θνησιμότητα (Wang et al., 2022) (1 μελέτη, 4 εκτιμήσεις, $n = 30.430$). μεροληψίας δημοσίευσης, καθώς και μετα-αναλύσεων τύπου «cumulative» και «leave-one-out».

8.7.1 Πρωταρχικό αποτέλεσμα

Θνησιμότητα από όλες τις αιτίες: Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και θνησιμότητας από όλες τις αιτίες, ο συνδυασμένος HR ήταν 1,35 (95% CI: 1,27–1,43, $P = 0,00$), υποδηλώνοντας σημαντική αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (Εικ. 3). Οι HR των επιμέρους μελετών διέφεραν σημαντικά μεταξύ των μελετών, με τους Lennartson et al. (Lennartsson et al., 2022) να αναφέρουν υψηλό δείκτη 2,77 στις γυναίκες και τους Lund et al. (Lund et al., 2000) να αναφέρουν χαμηλό δείκτη 0,69 σε άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω. Η ετερογένεια ήταν σημαντική ($I^2 = 89,8\%$, $\tau^2 = 0,03$, $P < 0,001$).

Το 95% PI κυμάνθηκε από 0,94 έως 1,94, αντανakλώντας τη διακύμανση στα παρατηρούμενα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα της δοκιμής Egger υποδήλωσαν την ύπαρξη μεροληψίας δημοσίευσης ($P = 0,00$, συμπληρωματικό σχήμα S7). Οι HR σε πιο πρόσφατες μελέτες (δεκαετία του 2020) φάνηκαν να είναι ελαφρώς υψηλότερες από ό,τι σε παλαιότερες μελέτες στη σωρευτική μετα-ανάλυση (συμπληρωματικό σχήμα S8), ενώ η μετα-ανάλυση ευαισθησίας «leave-one-out» έδειξε ότι οι HR παρέμειναν σταθερά πάνω από 1,30 ($P < 0,001$) σε όλα τα σενάρια (συμπληρωματικό σχήμα S9).

8.7.2 Δευτερεύοντα αποτελέσματα

Θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις: Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις, ο συνολικός λόγος κινδύνου (HR) ήταν 1,37 (95% CI: 1,19– 1,56, $P = 0,00$, όπως φαίνεται στο συμπληρωματικό σχήμα S10), υποδηλώνοντας μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Παρατηρήθηκε μέτρια ετερογένεια ($I^2 = 65,2\%$, $\tau^2 = 0,02$, $P = 0,001$). Οι HR στη μελέτη των Wang et al. (Wang et al., 2022) κυμαίνονταν από 1,05 έως 1,61. Το 95% PI ήταν μεταξύ 0,91 και 2,03, υποδηλώνοντας κάποια μεταβλητότητα σε πιθανές μελλοντικές μελέτες. Λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μελετών (δηλ. λιγότερες από δέκα), μια επίσημη αξιολόγηση για μεροληψία δημοσίευσης κρίθηκε μη εφαρμόσιμη. Οι HR τείνουν να αυξάνονται ελαφρώς με την πάροδο των ετών (συμπληρωματικό σχήμα S11) και η συνέπεια των HR σε διαφορετικά σενάρια ευαισθησίας «leave-one-out» ενισχύει περαιτέρω τα στοιχεία για μια σταθερή συσχέτιση (συμπληρωματικό σχήμα S12).

Θνησιμότητα από καρκίνο: Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και θνησιμότητας από καρκίνο (συμπληρωματικό σχήμα S10),

Λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μελετών (δηλαδή, λιγότερες από δέκα), η επίσημη αξιολόγηση για τη μεροληψία δημοσίευσης κρίθηκε μη εφαρμόσιμη. Η τάση κατά τη διάρκεια των ετών δεν έδειξε σαφή αύξηση ή μείωση των HR, υποδηλώνοντας μια σταθερή αλλά όχι έντονα εκφρασμένη επίδραση με την πάροδο του χρόνου (συμπληρωματικό σχήμα S13). Η ανάλυση ευαισθησίας «Leave-one-out» αποκάλυψε ότι οι συνολικοί HR παρουσίασαν ελαφρές διακυμάνσεις αλλά γενικά παρέμειναν εντός παρόμοιου εύρους (συμπληρωματικό σχήμα S14).

Άλλοι τύποι θνησιμότητας: Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και άλλων τύπων θνησιμότητας (συμπληρωματικό σχήμα S10), ο συνδυασμένος HR ήταν 1,24 (95% CI: 1,03–1,49, $P = 0,03$), με μέτρια ετερογένεια ($I^2 = 69,2\%$, $\tau^2 = 0,02$, $P = 0,01$). Το

95% PI κυμάνθηκε από 0,57 έως 2,67, υποδηλώνοντας σημαντική μεταβλητότητα σε μελλοντικές μελέτες. Λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μελετών, της μεροληψίας δημοσίευσης, οι σωρευτικές και οι μετα-αναλύσεις «leave- one-out» δεν ήταν εφαρμόσιμες.

8.8 Μετα-ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας

Στη συγκεκριμένη μετα-ανάλυση συμπεριλήφθηκαν συνολικά 17 μεμονωμένες μελέτες με 33 εκτιμήσεις και συνολικά 93.011 συμμετέχοντες, με σκοπό την αξιολόγηση της επίδρασης της μοναχικής διαβίωσης στη θνησιμότητα. Η ανάλυση περιελάμβανε 17 μελέτες σχετικά με τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες (Abell and Steptoe, 2021, Avlund et al., 1998, Chan et al., 2015, Dahl et al., 2021, Gopinath et al., 2013, Jensen et al., 2019, Jiang et al., 2023, Jylhä and Aro, 1989, Khalatbari-Soltani et al., 2020, Koivunen et al., 2020, Ng et al., 2015, Novak et al., 2023, Pimouguet et al., 2016, Renwick et al., 2020, Scafato et al., 2008, Takeuchi et al., 2018, Wei et al., 2022) (29 εκτιμήσεις, $n = 86.553$), δύο μελέτες επικεντρώθηκαν στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις (Jensen et al., 2019, Khalatbari-Soltani et al., 2020) (2 εκτιμήσεις, $n = 4.868$), μία στη θνησιμότητα από καρκίνο (Khalatbari-Soltani et al., 2020) (1 εκτίμηση, $n = 1.522$) και μία στη θνησιμότητα από αιτίες εκτός καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου (Khalatbari-Soltani et al., 2020) (1 εκτίμηση, $n = 1.522$).

8.8.1 Πρωταρχικό αποτέλεσμα

Θνησιμότητα από όλες τις αιτίες: Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (Εικ. 4), ο συνολικός λόγος κινδύνου (HR) ήταν 1,21 (95% CI: 1,13–1,30, $P < 0,001$), υποδηλώνοντας σημαντικά αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από όλες τις αιτίες. Οι μελέτες παρουσίασαν ένα ευρύ φάσμα τιμών HR. Συγκεκριμένα, οι Novak et al. (Novak et al., 2023) ανέφεραν τον υψηλότερο HR, 2,56, στους άνδρες, ενώ οι Takeuchi et al. (Takeuchi et al., 2018) ανέφεραν επίσης τον χαμηλότερο HR, 0,65, στους άνδρες. Η ανάλυση αποκάλυψε μέτρια ετερογένεια μεταξύ των μελετών ($I^2 = 69,1\%$, $\tau^2 =$

0,02, $P < 0,001$). Το 95% PI για το συνδυασμένο HR κυμάνθηκε μεταξύ 0,92 και 1,59, γεγονός που υποδηλώνει ότι μελλοντικές μελέτες είναι πιθανό να αναφέρουν μεγέθη επίδρασης εντός αυτού του εύρους. Δεν διαπιστώθηκαν ενδείξεις μεροληψίας δημοσίευσης ($P = 0,43$, συμπληρωματικό σχήμα S15). Οι HR στις πιο πρόσφατες μελέτες (2021–2023) ήταν αρκετά σταθεροί, ενώ στις παλαιότερες μελέτες (1989–2008) ήταν γενικά πιο κοντά στο 1,00 και δεν ήταν σημαντικοί (συμπληρωματικό σχήμα S16). Η ανάλυση ευαισθησίας «leave-one-out» έδειξε ότι η παράλειψη οποιασδήποτε μεμονωμένης μελέτης δεν οδήγησε σε σημαντική αλλαγή στον συνολικό HR (συμπληρωματικό σχήμα S17).

8.8.2 Δευτερεύοντα αποτελέσματα

Θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις: Συμπεριλήφθηκαν δύο μελέτες (Jensen et al., 2019, Khalatbari-Soltani et al., 2020) για τη σχέση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα (συμπληρωματικό σχήμα S18), οι οποίες ανέφεραν λόγο κινδύνου (HR) 1,37 (95% CI: 1,17–1,61, $P < 0,001$), χωρίς ενδείξεις ετερογένειας μεταξύ των μελετών ($I^2 = 0,00\%$, $\tau^2 = 0,00$, $P = 0,86$). Λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μελετών, των διαστημάτων πρόβλεψης, της μεροληψίας δημοσίευσης, δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή μετα-αναλύσεων τύπου cumulative και leave-one-out.

Θνησιμότητα από καρκίνο: Μόνο μία μελέτη (Khalatbari-Soltani et al., 2020) συμπεριλήφθηκε για τη συσχέτιση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από καρκίνο (συμπληρωματικό σχήμα S18), αναφέροντας HR 1,36 (95% CI: 0,98–1,89, $P = 0,07$). Λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μελετών, δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή μέτρων ετερογένειας, διαστημάτων πρόβλεψης, μεροληψίας δημοσίευσης, καθώς και συσσωρευτικών και leave-one-out μετα-αναλύσεων.

Άλλοι τύποι θνησιμότητας: Μόνο μία μελέτη (Khalatbari-Soltani et al., 2020) συμπεριλήφθηκε επίσης για τη συσχέτιση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της

θνησιμότητας από αιτίες άλλες από καρδιαγγειακές παθήσεις και καρκίνο (συμπληρωματικό σχήμα S18), αναφέροντας HR 1,76 (95% CI: 1,29–2,40, P < 0,001).

Λόγω του ανεπαρκούς αριθμού μελετών, δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή δεικτών ετερογένειας, διαστημάτων πρόβλεψης, μέτρησης της μεροληψίας δημοσίευσης, καθώς και μετα-αναλύσεων τύπου «cumulative» και «leave-one-out».

8.9 Ανάλυση υποομάδων

Οι πίνακες 1, 2 και 3 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα διαφόρων αναλύσεων υποομάδων. Στην ανάλυση της μοναξιάς και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (Πίνακας 1), τα άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις παρουσίασαν τον υψηλότερο HR, 1,91 (95% CI: 1,22–3,01). Μελέτες που χρησιμοποίησαν επικυρωμένες κλίμακες μοναξιάς αποκάλυψαν χαμηλότερο HR 1,10 (95% CI: 1,06–1,15) σε αντίθεση με εκείνες που χρησιμοποίησαν μετρήσεις ενός στοιχείου. Υψηλότερο HR 1,22 (95% CI: 1,13–1,32) συσχετίστηκε με περιόδους παρακολούθησης μικρότερες των 5 ετών σε σύγκριση με μακρύτερες περιόδους παρακολούθησης. Μελέτες που έλαβαν υπόψη τη γνωστική λειτουργία ανέφεραν χαμηλότερο HR 1,08 (95% CI: 1,04–1,12) σε σύγκριση με εκείνες που δεν έκαναν προσαρμογή.

Κατά την εξέταση της κοινωνικής απομόνωσης και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (Πίνακας 2), η μελέτη διαπίστωσε υψηλότερο λόγο κινδύνου (HR) στα άτομα με καρκίνο, ύψους 1,38 (95% CI: 1,09–1,75), σε σύγκριση με άλλους πληθυσμούς. Επιπλέον, οι μελέτες με χαμηλότερη βαθμολογία NOS (≤ 6) έδειξαν έναν αξιοσημείωτα υψηλό HR 1,81 (95% CI: 1,34–2,46)

Σε αντίθεση με εκείνες με υψηλότερες βαθμολογίες NOS. Γεωγραφικά, η Βόρεια Αμερική παρουσίασε σημαντικό HR 1,51 (95% CI: 1,37–1,67) σε σύγκριση με άλλες περιοχές.

Στη σχέση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (Πίνακας 3), οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερο HR 1,49 (95% CI: 1,21–1,84) σε σύγκριση με τις γυναίκες. Για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, ο HR ήταν 1,29 (95% CI: 1,18–1,42), ο οποίος

ήταν σημαντικά υψηλότερος από ό,τι στις ηλικιακές ομάδες ≥ 50 ή ≥ 75 ετών. Από γεωγραφική άποψη, η κατηγορία «Άλλες Περιοχές» παρουσίασε τον υψηλότερο λόγο κινδύνου (HR) με τιμή 1,29 (95% CI: 1,09–1,52) σε σύγκριση με την Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική.

Πίνακας 1. Συνοπτικοί δείκτες κινδύνου (HRs) σε διάφορες αναλύσεις υποομάδων για τη συσχέτιση μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας από κάθε αιτία

Κατηγορία	Subgroup	Νούμερο Μελετών	Μέγεθος Δείγματος	HR (95 % CI) random effects	I ² (%)	P	Group Differences (Cochran's Q test P)
Είδη Μοναξιάς	Συναισθηματική Μοναξιά	4	5248	1.00 (0.96-1.05)	13.9	0.85	0.52
	Κοινωνική Μοναξιά	3	5021	1.02 (0.99-1.06)	0.0	0.21	
Φύλο	Σύνολο	55	266048	1.15 (1.10-1.20)	86.0	0.00	0.22
	Άνδρας	14	42562	1.14 (1.02-1.28)	80.0	0.02	
	Γυναίκα	13	36660	1.07 (1.00-1.14)	31.8	0.04	
Ηλικία	Ηλικία ≥50-65	23	141393	1.15 (1.07-1.24)	92.5	0.00	0.43
	Ηλικία ≥65	59	135822	1.12 (1.08-1.26)	64.0	0.00	
	Ηλικία ≥75	11	47188	1.10 (1.02-1.18)	81.9	0.01	
Πληθυσμός	Γενικός	75	266877	1.13 (1.09-1.17)	82.9	0.00	0.00
	CVD	5	21879	1.91 (1.22-3.01)	81.8	0.01	
	T2DM	1	19360	1.00 (0.87-1.15)	NA	0.88	
	Καρκίνος: Παρόν vs. Απόν	1	227	0.96 (0.89-1.05)	NA	0.33	
Εργαλεία	Validated Κλίμακα Μοναξιάς	38	169820	1.10 (1.06-1.15)	74.9	0.00	0.08
	Other (single items)	44	138523	1.18 (1.11-1.25)	86.9	0.00	
Χώρα	Ευρώπη	48	130138	1.10 (1.07-1.14)	58.9	0.00	0.13
	Βόρεια Αμερική	12	57892	1.24 (1.10-1.40)	91.8	0.00	
	Άλλη*	22	112331	1.09 (1.04-1.14)	63.9	0.00	
Follow-up	<5 χρόνια	31	188735	1.22 (1.13- 1.32)	92.8	0.00	0.01
	≥5 χρόνια	51	119608	1.10 (1.06-1.13)	63.0	0.00	
NOS scale score	≥7	61	249209	1.12 (1.07-1.16)	86.2	0.00	0.06
	≤6	21	59134	1.21 (1.13-1.30)	62.0	0.00	

Προσαρμοσμένο για εισόδημα	Ναι	18	110430	1.14 (1.10-1.18)	60.5	0.00	0.91
	Όχι	64	197913	1.13 (1.09-1.18)	86.4	0.00	
Προσαρμοσμένο για ψυχολογικά συμπτώματα	Ναι	46	220869	1.13 (1.07-1.19)	89.4	0.00	0.61
	Όχι	36	87474	1.15 (1.10-1.19)	59.8	0.00	
Προσαρμοσμένο για σωματικά συμπτώματα	Ναι	44	235866	1.16 (1.09-1.23)	92.1	0.00	0.41
	Όχι	38	72477	1.12 (1.09-1.16)	48.8	0.00	
Προσαρμοσμένο για γνωστική λειτουργία	Ναι	27	117857	1.08 (1.04-1.12)	42.5	0.00	0.02
	Όχι	55	190486	1.16 (1.11-1.22)	87.4	0.00	
<p>* Η κατηγορία «Άλλες» περιοχές περιλαμβάνει χώρες εκτός Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής, όπως η Κίνα, το Ισραήλ, η Κορέα, το Μεξικό και η Σιγκαπούρη. Σημειώσεις: CVD = καρδιαγγειακή νόσος, HR = λόγος κινδύνου (Hazzard ratio), I2 = ετερογένεια, NA = μη εφαρμόσιμο, NOS = κλίμακα Newcastle Ottawa, P = τιμή p, T2DM = σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας το τεστ Q του Cochran για διαφορές υποομάδων.</p>							

Πίνακας 2. Συνοπτικοί δείκτες κινδύνου (HRs) σε διάφορες αναλύσεις υποομάδων για τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και θνησιμότητας από κάθε αιτία

Κατηγορία	Subgroup	Νούμερο Μελετών	Μέγεθος Δείγματος	HR (95 % CI) random effects	I ² (%)	P	Group Differences (Cochran's Q test P)
Φύλο	Σύνολο	30	160429	1.34 (1.23-1.47)	92.9	0.00	0.87
	Άνδρας	14	44031	1.34 (1.27-1.43)	82.2	0.00	
	Γυναίκα	17	65234	1.39 (1.26-1.52)	68.6	0.00	
Ηλικία	Ηλικία ≥50-65	23	101303	1.34 (1.24-1.46)	68.7	0.00	0.32
	Ηλικία ≥65	37	130600	1.37 (1.25-1.50)	94.1	0.00	
	Ηλικία ≥75	8	42366	1.18 (1.08-1.28)	87.1	0.00	
Πληθυσμός	Γενικός	50	197042	1.36 (1.27-1.46)	90.9	0.00	0.00
	CVD	6	5965	1.36 (1.12-1.64)	48.4	0.00	
	T2DM	3	10685	1.38 (1.09-1.75)	69.4	0.01	
	Καρκίνος: Παρόν vs. Απών	1	19360	1.33 (1.20-1.48)	NA	0.00	
Εργαλεία	Επικυρωμένοι δείκτες κοινωνικών δικτύων	30	122050	1.44 (1.30-1.60)	89.2	0.00	0.06
	Other (single items)	31	111229	1.28 (1.21-1.36)	82.2	0.00	
Χώρα	Ευρώπη	20	31589	1.25 (1.12-1.39)	87.7	0.00	0.00
	Βόρεια Αμερική	21	81049	1.51 (1.37-1.67)	61.8	0.00	
	Άλλη*	20	120641	1.24 (1.20-1.29)	38.1	0.00	
Follow-up	<5 χρόνια	18	89115	1.46 (1.24-1.71)	96.8	0.00	0.01
	≥5 χρόνια	43	144164	1.31 (1.24-1.39)	79.7	0.00	

NOS scale score	≥7	53	191800	1.31 (1.24-1.38)	87.7	0.00	0.04
	≤6	8	41479	1.81 (1.34-2.46)	83.3	0.00	
Προσαρμοσμένο για εισόδημα	Ναι	14	56245	1.44 (1.27-1.63)	78.4	0.00	0.21
	Όχι	47	177034	1.32 (1.23-1.40)	89.9	0.00	
Προσαρμοσμένο για ψυχολογικά συμπτώματα	Ναι	31	141676	1.35 (1.24-1.47)	94.3	0.00	0.97
	Όχι	30	91603	1.35 (1.25-1.47)	69.2	0.00	
Προσαρμοσμένο για σωματικά συμπτώματα	Ναι	49	184012	1.37 (1.28-1.47)	91.6	0.00	0.13
	Όχι	12	49267	1.24 (1.11-1.39)	57.2	0.00	
Προσαρμοσμένο για γνωστική λειτουργία	Ναι	6	25868	1.28 (1.06-1.54)	87.9	0.00	0.55
	Όχι	55	207411	1.36 (1.28-1.45)	87.8	0.00	
<p>* Η κατηγορία «Άλλες» περιοχές περιλαμβάνει χώρες εκτός Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής, όπως η Κίνα, το Ισραήλ, η Κορέα, το Μεξικό και η Σιγκαπούρη. Σημειώσεις: CVD = καρδιαγγειακή νόσος, HR = λόγος κινδύνου (Hazzard ratio), I2 = ετερογένεια, NA = μη εφαρμόσιμο, NOS = κλίμακα Newcastle Ottawa, P = τιμή p, T2DM = σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας το τεστ Q του Cochran για διαφορές υποομάδων.</p>							

Πίνακας 3. Συνοπτικοί παράγοντες κινδύνου (HRs) σε διάφορες αναλύσεις υποομάδων για τη συσχέτιση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από κάθε αιτία

Κατηγορία	Subgroup	Νούμερο Μελετών	Μέγεθος Δείγματος	HR (95% CI) random effects	I ² (%)	P	Group Differences (Cochran's Q test P)
Φύλο	Σύνολο	13	43341	1.18 (1.11-1.26)	59.9	0.00	0.04
	Άνδρας	8	18015	1.49 (1.21-1.84)	52.8	0.00	
	Γυναίκα	8	28309	1.07 (0.91-1.26)	45.2	0.40	
Ηλικία	Ηλικία ≥50-65	9	28658	1.10 (1.02-1.19)	30.0	0.02	0.01
	Ηλικία ≥65	20	76795	1.29 (1.18-1.42)	71.2	0.00	
	Ηλικία ≥75	3	1078	1.41 (0.74-2.68)	0.00	0.30	
Πληθυσμός	Γενικός	27	51716	1.18 (1.11-1.26)	52.9	0.00	0.24
	Κάταγμα ισχίου	2	34837	1.39 (1.07-1.78)	92.7	0.01	
Εργαλεία	Επικυρωμένες Κλίμακες	0	NA	NA	NA	NA	NA
	Άλλο	29	86553	1.21 (1.13-1.30)	69.1	0.00	
Χώρα	Ευρώπη	15	53850	1.23 (1.11-1.37)	72.1	0.00	0.03
	Βόρεια Αμερική	4	18942	1.08 (1.03-1.14)	0.00	0.00	
	Άλλη*	10	13761	1.29 (1.09-1.52)	56.1	0.00	
Follow-up	<5 χρόνια	7	6716	1.05 (0.89-1.24)	26.9	0.58	0.06
	≥5 χρόνια	22	79837	1.24 (1.16-1.34)	68.6	0.00	
NOS scale score	≥7	28	83399	1.22 (1.13-1.31)	71.1	0.00	0.53
	≤6	1	3154	1.14 (0.95-1.37)	NA	0.17	
Προσαρμοσμένο για εισόδημα	Ναι	9	27671	1.11 (1.07-1.15)	0.01	0.00	0.03
	Όχι	20	58882	1.26 (1.13-1.41)	68.2	0.00	

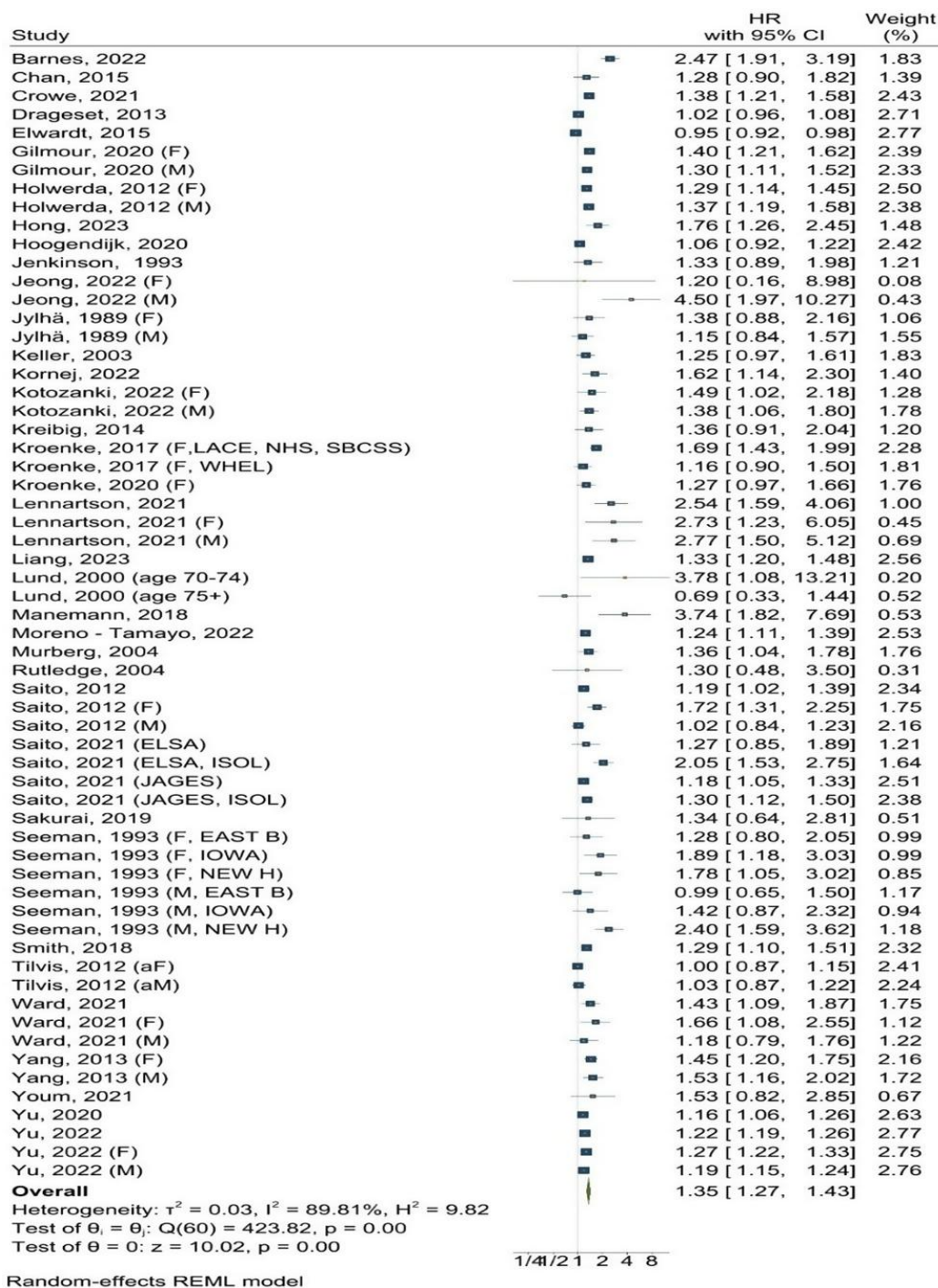
Προσαρμοσμένο για ψυχολογικά συμπτώματα	Ναι	8	21122	1.23 (1.12-1.35)	16.9	0.00	0.83
	Όχι	21	65431	1.21 (1.11-1.32)	77.2	0.00	
Προσαρμοσμένο για σωματικά συμπτώματα	Ναι	17	32185	1.21 (1.13-1.29)	23.5	0.00	0.82
	Όχι	12	54368	1.19 (1.05-1.35)	85.4	0.01	
Προσαρμοσμένο για γνωστική λειτουργία	Ναι	5	13399	1.18 (1.03-1.36)	59.3	0.02	0.69
	Όχι	24	73154	1.22 (1.12-1.33)	71.3	0.00	
<p>* Η κατηγορία «Άλλες» περιοχές περιλαμβάνει χώρες εκτός Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής, όπως η Κίνα, το Ισραήλ, η Κορέα, το Μεξικό και η Σιγκαπούρη. Σημειώσεις: CVD = καρδιαγγειακή νόσος, HR = λόγος κινδύνου (Hazard ratio), I2 = ετερογένεια, NA = μη εφαρμόσιμο, NOS = κλίμακα Newcastle Ottawa, P = τιμή p, T2DM = σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας το τεστ Q του Cochran για διαφορές υποομάδων.</p>							

8.10 Meta-regression

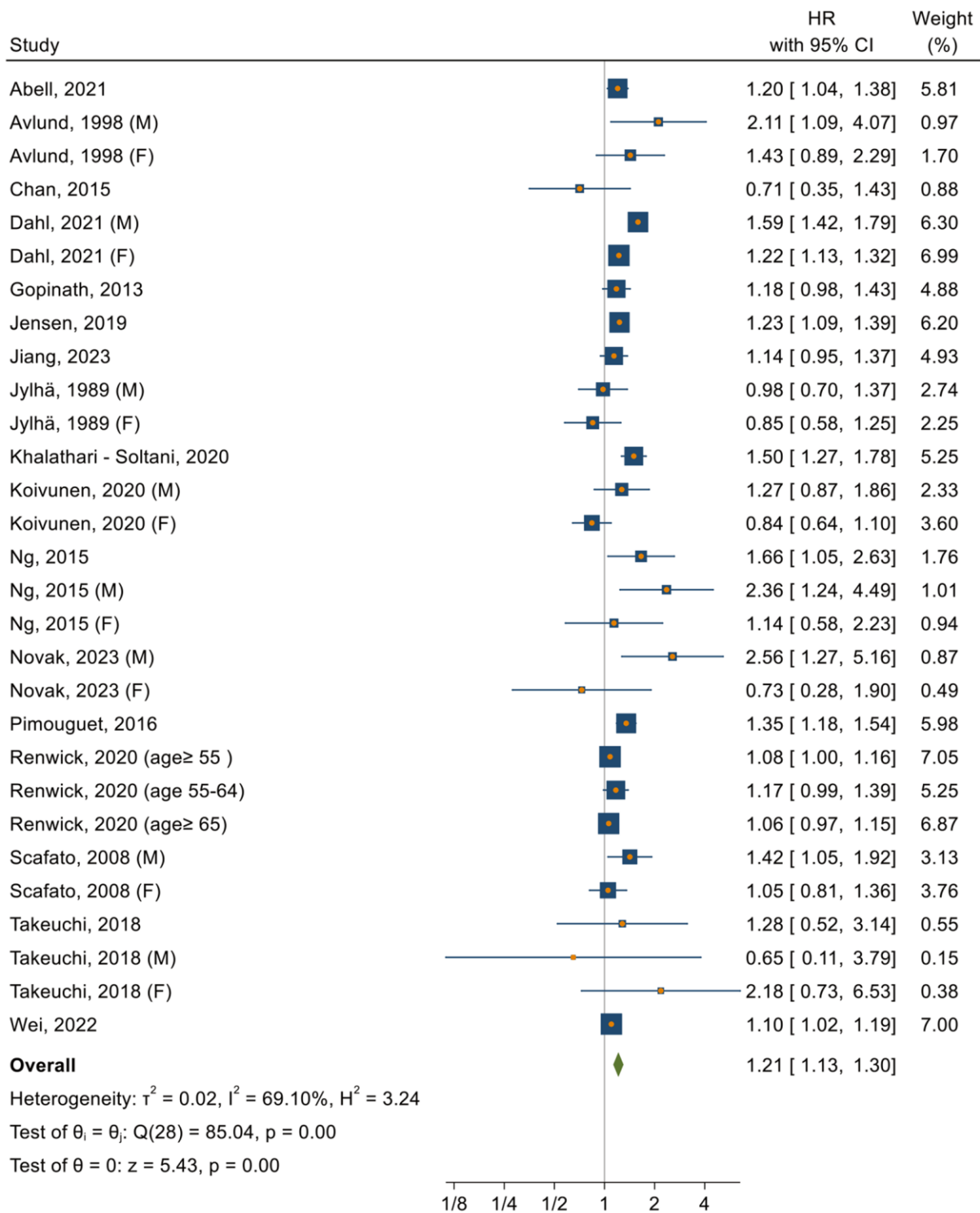
Οι πίνακες 1, 2 και 3 παρουσιάζουν Η ανάλυση meta-regression για τη συσχέτιση μεταξύ της μοναξιάς και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες διαπίστωσε ότι μόνο οι μακρύτερες περιόδους παρακολούθησης (> 5 έτη) συσχετιζόνταν με μικρότερα μεγέθη επίδρασης ($p = 0,02$; συμπληρωματικό σχήμα S19). Ωστόσο, το μοντέλο δεν εξηγούσε ένα σημαντικό μέρος της ετερογένειας που παρατηρήθηκε στα μεγέθη επίδρασης ($R^2 = 0,01\%$).

Η ανάλυση meta-regression για τη σχέση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και θνησιμότητας από όλες τις αιτίες διαπίστωσε ότι οι επικυρωμένοι δείκτες κοινωνικού δικτύου συσχετιζόνταν με μεγαλύτερα μεγέθη επίδρασης ($p = 0,02$), ενώ οι μελέτες υψηλότερης ποιότητας ($NOS \geq 7$) είχαν ως αποτέλεσμα μικρότερα μεγέθη επίδρασης ($p = 0,01$). Το μοντέλο εξήγησε ένα μέτριο ποσοστό της μεταβλητότητας στα μεγέθη επίδρασης ($R^2 = 17,0\%$).

Η ανάλυση meta-regression για τη σχέση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες έδειξε ότι οι γυναίκες συμμετέχουσες ($p = 0,00$) και οι μελέτες στις οποίες είχε γίνει προσαρμογή για το εισόδημα ($p = 0,03$) ανέφεραν μικρότερα μεγέθη επίδρασης, ενώ οι μακρύτερες περιόδους παρακολούθησης (> 5 έτη, $p = 0,05$) συσχετίστηκαν με μεγαλύτερα μεγέθη επίδρασης (συμπληρωματικό σχήμα S21). Το μοντέλο εξήγησε ένα σημαντικό μέρος της μεταβλητότητας στα μεγέθη επίδρασης ($R^2 = 61,4\%$).



Εικόνα 3 Διάγραμμα forest plotγια τη σχέση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και θνησιμότητας από όλες τις αιτίες Σημειώσεις: F = γυναίκα, M = άνδρας. Ο άξονας x αντιπροσωπεύει τους λόγους κινδύνου (HR), όπου τιμές άνω του 1 υποδηλώνουν αυξημένη πιθανότητα θνησιμότητας, ενώ τιμές κάτω του 1 υποδηλώνουν μειωμένη πιθανότητα θνησιμότητας. Ο συνδυασμένος HR ήταν 1,13 (95% CI: 0,98–1,29, P = 0,09) με μέτρια ετερογένεια ($I^2 = 67,2\%$, $\tau^2 = 0,03$, $P < 0,001$). Το 95% PI κυμάνθηκε από 0,75 έως 1,71, υποδηλώνοντας κάποια μεταβλητότητα στα μεγέθη των αποτελεσμάτων σε μελλοντικές μελέτες.



Random-effects REML model

Εικόνα 4. Διάγραμμα forest plot για τη συσχέτιση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες Σημειώσεις: F = γυναίκα, M = άνδρας. Ο άξονας x αντιπροσωπεύει τους λόγους κινδύνου (HR), όπου τιμές άνω του 1 υποδηλώνουν αυξημένη πιθανότητα θνησιμότητας, ενώ τιμές κάτω του 1 υποδηλώνουν μειωμένη πιθανότητα θνησιμότητας

8.11 Συζήτηση

Κύρια ευρήματα

Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση, συμπεριλάβαμε συνολικά 86 προοπτικές κοόρτης ή διαχρονικές μελέτες, εστιάζοντας στον γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων καθώς και σε συγκεκριμένες υποομάδες, όπως τα άτομα με διάγνωση καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου, διαβήτη τύπου 2 και καταγμάτων ισχίου. Οι μετα-αναλυτικές μας διαδικασίες διαπίστωσαν ότι η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η μοναχική διαβίωση συνδέονται σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Οι λόγοι κινδύνου (HR) για αυτές τις συσχετίσεις ποικίλλουν (από 1,35 έως 1,14), με την κοινωνική απομόνωση να παρουσιάζει την ισχυρότερη συσχέτιση, ακολουθούμενη από τη μοναχική διαβίωση και τη μοναξιά. Επιπλέον, η ανάλυσή μας έδειξε μια αξιοσημείωτη συσχέτιση μεταξύ καθενός από αυτούς τους κοινωνικούς παράγοντες — μοναξιά, η μοναχική διαβίωση και η κοινωνική απομόνωση — καθώς και αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις, υπογραμμίζοντας την επίδραση αυτών των κοινωνικών παραγόντων στην καρδιαγγειακή υγεία. Αντίθετα, δεν βρέθηκαν ουσιαστικά στοιχεία που να συνδέουν τη μοναξιά, την κοινωνική απομόνωση και τη μοναχική διαβίωση με τη θνησιμότητα από καρκίνο. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την πολυπλοκότητα των συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικών παραγόντων και συγκεκριμένων αποτελεσμάτων θνησιμότητας, γεγονός που δικαιολογεί περαιτέρω σε βάθος διερεύνηση. Ωστόσο, παρατηρήθηκε σημαντική ετερογένεια σε αυτές τις συσχετίσεις, με διακυμάνσεις που βασίζονταν σε παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η γεωγραφική περιοχή, οι χρόνιες παθήσεις και η ποιότητα της μελέτης. Η ανάλυση μετα-παλινδρόμησης προσδιόρισε παράγοντες όπως οι μακρύτερες περίοδοι παρακολούθησης, το γυναικείο φύλο, οι επικυρωμένοι δείκτες κοινωνικού δικτύου, οι προσαρμογές για τη γνωστική λειτουργία και η ποιότητα της μελέτης ως σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες των κινδύνων θνησιμότητας. Συνοψίζοντας, τα

ευρήματά μας συνάδουν με ένα σημαντικό σώμα στοιχείων που υπογραμμίζει τις επιζήμιες επιπτώσεις της μοναξιάς, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναχικής διαβίωσης στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και από καρδιαγγειακές παθήσεις (Zhou et al., 2023, Zhao et al., 2022, Wang et al., 2023, Schutter et al., 2022, Holt-Lunstad et al., 2015, Gan et al., 2023). Συνεπώς, η μελέτη μας υπογραμμίζει την κρίσιμη ανάγκη για στρατηγικές δημόσιας υγείας που να αντιμετωπίζουν αυτή την τριάδα κοινωνικών παραγόντων, προκειμένου να βελτιωθούν τα αποτελέσματα υγείας στον γηράσκοντα πληθυσμό (Hoang et al., 2022), αν και απαιτείται περαιτέρω έρευνα λόγω της μεταβλητότητας και της ετερογένειας που παρατηρήθηκαν σε αυτές τις μελέτες (Zhou et al., 2023, Leigh-Hunt et al., 2017, Zhou et al., 2024).

Σύγκριση με προηγούμενη εργασία

Συγκεκριμένα, τα ευρήματά μας δείχνουν ότι η κοινωνική απομόνωση συσχετίστηκε με 35% αυξημένη πιθανότητα θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, ακολουθούμενη από τη μοναχική διαβίωση με 21% αύξηση και τη μοναξιά με 14% αύξηση. Αυτά τα στοιχεία συνάδουν στενά με άλλα ευρήματα μετα-αναλύσεων. Για παράδειγμα, οι Holt- Lunstad et al. (Holt-Lunstad et al., 2015) διαπίστωσαν ότι η κοινωνική απομόνωση συνδέθηκε με μέση αύξηση της πιθανότητας θνησιμότητας κατά περίπου 26%. Ομοίως, δύο άλλες μετα-αναλύσεις ανέφεραν συνολικά μεγέθη επίδρασης για την κοινωνική απομόνωση, υποδεικνύοντας αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 32% (Wang et al., 2023) και 33% (Naito et al., 2023) αντίστοιχα, κάτι που συνάδει με τα ευρήματα της μελέτης μας. Επιπλέον, η μελέτη μας κατέδειξε επίσης αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις που συνδέεται με την κοινωνική απομόνωση, μια τάση που συνάδει με τα ευρήματα της τελευταίας μελέτης (Wang et al., 2023). Ωστόσο, σε αντίθεση με τα αποτελέσματά τους (Wang et al., 2023), δεν επιβεβαιώσαμε σημαντική αύξηση της πιθανότητας θνησιμότητας από καρκίνο που συνδέεται με την κοινωνική απομόνωση. Αυτές οι διαφορές μπορεί να οφείλονται σε διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των

διαφορών στην ηλικιακή σύνθεση των πληθυσμών της μελέτης, καθώς και των διαφορών στον ορισμό και τη μέτρηση της κοινωνικής απομόνωσης και συγκεκριμένων τύπων θνησιμότητας μεταξύ των μελετών, οι οποίες θα μπορούσαν επίσης να εξηγήσουν τις διαφορές στα αποτελέσματα. Όσον αφορά τη μοναχική διαβίωση, προηγούμενες εργασίες έχουν επίσης αναφέρει παρόμοια ποσοστά, που κυμαίνονται από 15 έως 32% αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Holt-Lunstad et al., 2015, Zhao et al., 2022, Gan et al., 2023). Όσον αφορά τη μοναξιά, οι Zhou et al. (Zhou et al., 2023), οι Schutter et al. (Schutter et al., 2022) και οι Rico-Uribe et al. (Rico-Uribe et al., 2018) διαπίστωσαν αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 9%, 10% και 22% που συνδέεται με τη μοναξιά στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, αντίστοιχα. Τα ποσοστά αυτά είναι ελαφρώς χαμηλότερα από αυτά της δικής μας μελέτης. Επιπλέον, οι Wang et al. (Wang et al., 2023) διαπίστωσαν ότι η μοναξιά συνδέεται σημαντικά με 14% υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας από όλες τις αιτίες και 9% αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο μεταξύ των ενηλίκων. Οι Holt-Lunstad et al. (Holt-Lunstad et al., 2015) ανέφεραν 26% αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας λόγω μοναξιάς· ωστόσο, καμία από αυτές τις δύο τελευταίες μελέτες (Holt-Lunstad et al., 2015, Wang et al., 2020) δεν επικεντρώθηκε αποκλειστικά στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Συνολικά, αυτά τα αποτελέσματα παρέχουν συνεπή στοιχεία για τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας που συνδέεται με τη μοναξιά, τον κοινωνική απομόνωση και τη μοναχική διαβίωση, αν και ενδέχεται να υπάρχουν μικρές διακυμάνσεις στα αναφερόμενα μεγέθη επίδρασης. Επιπλέον, η ισχυρότερη συσχέτιση με την αυξημένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, σε σύγκριση με τις επιπτώσεις της μοναχικής διαβίωσης ή της μοναξιάς, μπορεί ενδεχομένως να εξηγηθεί από τις πολύπλευρες επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού σε ψυχολογικό, σωματικό, γνωστικό και θέματα που σχετίζονται με την υγεία (Donovan and Blazer, 2020, Long et al., 2023, Naito et al., 2021, Zhou et al., 2024). Αν και η μοναχική διαβίωση και η μοναξιά αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, δεν συνεπάγονται

απαραίτητα πλήρη απουσία κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή υποστήριξης. Κάποιος μπορεί να ζει μόνος του, αλλά να διατηρεί παράλληλα μια ενεργή κοινωνική ζωή και να διαθέτει ισχυρά δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης (Müller and Ellwardt, 2022). Ομοίως, η μοναξιά είναι ένα υποκειμενικό συναίσθημα και μπορεί να μην σχετίζεται πάντα με το πραγματικό επίπεδο κοινωνικής αλληλεπίδρασης και υποστήριξης (Holt-Lunstad et al., 2015, Long et al., 2023, Hawkey and Cacioppo, 2010). Είναι επίσης πιθανό οι κοινωνικές σχέσεις να ενθαρρύνουν πιο υγιείς συμπεριφορές μέσω συμβουλών και υποστήριξης, ενώ η κοινωνική απομόνωση θα μπορούσε να οδηγήσει σε έλλειψη κινήτρου για τη διατήρηση της υγείας, με πιθανό αποτέλεσμα την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών (Naito et al., 2021). Ωστόσο, οι παρατηρούμενες συσχετίσεις με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, τη θνησιμότητα από καρκίνο και άλλους τύπους θνησιμότητας απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση με έμφαση στην κατανόηση των υποκείμενων μηχανισμών (Fakoya et al., 2020).

Οι αναλύσεις υποομάδων που πραγματοποιήσαμε αποκάλυψαν ορισμένα σημαντικά ευρήματα. Τα άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις παρουσίασαν διπλάσιο κίνδυνο θνησιμότητας λόγω μοναξιάς, ενώ η επιλογή της μεθόδου μέτρησης της μοναξιάς και η διάρκεια της παρακολούθησης επηρέασαν τις εκτιμήσεις κινδύνου. Η προσαρμογή για τη γνωστική λειτουργία μετριάζει τη συσχέτιση, υποδηλώνοντας τον ρόλο της ως παράγοντα σύγχυσης στη σχέση μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας (Cohn-Schwartz et al., 2023, Cardona and Andrés, 2023). Ομοίως, οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετώπιζαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας, γεγονός που αντανακλά τους πιθανούς κινδύνους της κοινωνικής απομόνωσης σε αυτή την ομάδα (Wang et al., 2023). Οι διακυμάνσεις στην ποιότητα των μελετών υπογράμμισαν τη σημασία της μεθοδολογικής αυστηρότητας. Οι γεωγραφικές διαφορές ήταν αξιοσημείωτες, με τη Βόρεια Αμερική να παρουσιάζει μια ξεχωριστή επίδραση της κοινωνικής απομόνωσης στη θνησιμότητα. Αυτές οι περιφερειακές διαφορές, ιδίως στη Βόρεια Αμερική, έχουν τεκμηριωθεί με συνέπεια στη βιβλιογραφία (Naito et al., 2021, Zhou

et al., 2023). Πολιτισμικοί παράγοντες όπως οι κοινωνικές νόρμες, οι οικογενειακές δομές και οι κοινοτικές πρακτικές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του τρόπου με τον οποίο ορίζονται και βιώνονται η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση παγκοσμίως. Για παράδειγμα, σε κολεκτιβιστικές κοινωνίες, η υποστήριξη της ευρύτερης οικογένειας μπορεί να αλληλεπιδρά διαφορετικά με την κοινωνική απομόνωση σε σύγκριση με τις ατομικιστικές κουλτούρες (Heu et al., 2018; Meehan et al., 2023). Κατά τη μελέτη της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες, προέκυψαν ανισότητες μεταξύ των φύλων, με τους άνδρες να αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους, όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως (Zhao et al., 2022). Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας άνω των 65 ετών ήταν ιδιαίτερα ευάλωτοι, με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, ένα εύρημα που υποστηρίζεται επίσης από προηγούμενη έρευνα (Zhao et al., 2022). Ωστόσο, η απουσία σημαντικών ευρημάτων στην ηλικιακή ομάδα ≥ 75 ετών ενδέχεται να αντανάκλα μεροληψία επιβίωσης ή ανεπαρκή στατιστική ισχύ λόγω του μικρότερου μεγέθους του δείγματος (Mayeda et al., 2016). Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες με μεγαλύτερες ομάδες για να αποσαφηνιστεί ο κίνδυνος σε αυτή την ηλικιακή ομάδα και να διερευνηθούν πιθανοί προστατευτικοί παράγοντες, όπως οι αλλαγές ρόλων μετά τη συνταξιοδότηση ή η αυξημένη ανθεκτικότητα.

Η meta-regression ανάλυση έδειξε επίσης ενδιαφέροντα μοτίβα στη σχέση μεταξύ αυτών των κοινωνικών δυναμικών και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες. Ειδικότερα, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας, οι μακρύτερες περίοδοι παρακολούθησης φάνηκαν να οδηγούν σε μειωμένα μεγέθη επίδρασης, υποδηλώνοντας μια πιθανή εξασθένιση της σχέσης με την πάροδο του χρόνου. Όσον αφορά την κοινωνική απομόνωση, η χρήση επικυρωμένων δεικτών κοινωνικού δικτύου συσχετίστηκε με μεγαλύτερα μεγέθη επίδρασης, υποδηλώνοντας μια πιθανώς ισχυρότερη επίδραση στη θνησιμότητα όταν χρησιμοποιούνταν πιο ολοκληρωμένες μετρήσεις της κοινωνικής απομόνωσης. Αντίθετα, μελέτες υψηλότερης ποιότητας ανέφεραν μικρότερα μεγέθη επίδρασης, υπογραμμίζοντας τη σημασία της

μεθοδολογικής αυστηρότητας στην αξιολόγηση αυτής της συσχέτισης. Στην ανάλυση της μοναχικής διαβίωσης και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες, προέκυψαν αρκετές αξιοσημείωτες τάσεις. Οι γυναίκες συμμετέχουσες και οι μελέτες με προσαρμογή στο εισόδημα ανέφεραν μικρότερα μεγέθη επίδρασης, υποδηλώνοντας πιθανούς μετριαστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συσχέτιση σε αυτές τις υποομάδες. Αντίθετα, οι μακρύτερες περίοδοι παρακολούθησης συσχετίστηκαν με μεγαλύτερα μεγέθη επίδρασης, υποδηλώνοντας μια σωρευτική επίδραση της μοναχικής διαβίωσης στη θνησιμότητα με την πάροδο του χρόνου. Η διαφορά που παρατηρήθηκε στις περιόδους παρακολούθησης μπορεί να αντανακλά τη διαφορετική φύση της μοναξιάς και της μοναχικής διαβίωσης. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η μοναξιά, μια δυναμική εμπειρία, μπορεί να μειωθεί καθώς τα άτομα προσαρμόζονται ή βελτιώνουν τις συνθήκες τους, ενώ η μοναχική διαβίωση, μια σταθερή κατάσταση, ενέχει κινδύνους που συσσωρεύονται με την ηλικία. Η μοναξιά πιθανώς επηρεάζει τη θνησιμότητα μέσω άμεσων ψυχολογικών οδών, όπως η ψυχική δυσφορία ή οι αλλαγές στη συμπεριφορά, ενώ η μοναχική διαβίωση συνεπάγεται δομικούς κινδύνους, όπως η μειωμένη υποστήριξη ή η έλλειψη επείγουσας περίθαλψης, οι οποίοι επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου λόγω της ηλικίας και της ευθραυστότητας. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών, των μεθοδολογιών της μελέτης και της χρονικής δυναμικής στη διαμόρφωση της συσχέτισης μεταξύ των κοινωνικών δυναμικών και των αποτελεσμάτων θνησιμότητας (Valtorta and Hanratty, 2012, Donovan and Blazer, 2020, Leigh-Hunt et al., 2017, Ernst et al., 2022).

Πιθανοί μηχανισμοί και εξηγήσεις

Παρά τους ακριβείς μηχανισμούς που διέπουν τη σχέση μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής απομόνωσης, μοναχικής διαβίωσης και αυξημένου κινδύνου θνησιμότητας δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως (Fakoya et al., 2020), η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι αυτή η τριάδα κοινωνικών δυναμικών συνδέεται στενά με τον πρόωρο θάνατο μέσω διαφόρων αλληλένδετων

μηχανισμών (Long et al., 2023). Αρχικά, τέτοιες κοινωνικές δυναμικές μπορούν να προκαλέσουν έλλειψη κοινοτικής υποστήριξης και επηρεάζονται από τις μεταβάσεις της ζωής και τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας (Müller and Ellwardt, 2022), εντείνοντας έτσι τα συναισθήματα δυσφορίας, απογοήτευσης και ανησυχίας, ιδιαίτερα στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

Χωρίς τη συναισθηματική στήριξη και την πρακτική βοήθεια που προσφέρουν οι κοινωνικοί δεσμοί, τα άτομα ενδέχεται να υποστούν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική τους ευημερία, με αποκορύφωμα τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Long et al., 2023, Steptoe et al., 2013, Müller and Ellwardt, 2022). Επιπλέον, συχνά συνοδεύονται από επιβλαβείς συνήθειες, όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και οι μη βέλτιστες διατροφικές επιλογές. Αυτές οι πρακτικές ευνοούν την εμφάνιση χρόνιων παθήσεων, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, νεοπλασματικές διαταραχές και πνευμονικές παθήσεις, καθεμία από τις οποίες συνδέεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας (Naito et al., 2021, Leigh-Hunt et al., 2017, Barth et al., 2010, House et al., 1988). Επιπλέον, η κοινωνική απομόνωση και η μοναχική διαβίωση συσχετίζονται με μεταβολές στην ανοσοποιητική λειτουργία, που περιλαμβάνουν μειωμένη απόκριση στις λοιμώξεις και αυξημένη φλεγμονώδη δραστηριότητα (Mushtaq et al., 2014, Leigh-Hunt et al., 2017, Pressman et al., 2005, Naito et al., 2021). Η επίμονη φλεγμονή συνδέεται με ένα φάσμα επιπλοκών στην υγεία, που περιλαμβάνει καρδιαγγειακές διαταραχές, αυτοάνοσες ασθένειες και καρκίνο, οι οποίες όλες αυξάνουν τον κίνδυνο θνησιμότητας (Pressman et al., 2005, Pressman and Cohen, 2005). Επιπλέον, η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με αυξημένα επίπεδα καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, όπως η υπέρταση, η παχυσαρκία και η δυσλιπιδαιμία. Αυτά τα στοιχεία επιταχύνουν την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως τα εμφράγματα του μυοκαρδίου και τα εγκεφαλικά επεισόδια, που αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως (Hawkley and Cacioppo, 2010, Valtorta and Hanratty, 2012, Long et al., 2023). Η μοναχική διαβίωση

δημιουργεί επίσης προκλήσεις στην πρόσβαση σε παροχές υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της μεταφοράς για ιατρικές συμβουλές και της διαχείρισης των λογιστικών θεμάτων της υγειονομικής περίθαλψης (Zhao et al., 2022, Müller and Ellwardt, 2022). Επιπλέον, τα άτομα που ζουν μόνα μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην τήρηση των φαρμακευτικών αγωγών και στη διατήρηση πρακτικών αυτοφροντίδας, με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη κατάσταση της υγείας τους και τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Schoenborn and Heyman, 2009, Müller and Ellwardt, 2022). Επιπλέον, το άγχος που συνδέεται με τη μοναχική διαβίωση, ιδίως στα γεράματα, μπορεί να έχει επιζήμιες επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία (Müller and Ellwardt, 2022). Η εμπειρία της μοναξιάς, οι ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια και την προστασία, καθώς και το άγχος για τη γήρανση μπορούν να οδηγήσουν σε επίμονο άγχος, το οποίο σχετίζεται με επιζήμιες επιπτώσεις στην υγεία και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Müller and Ellwardt, 2022).

8.12 Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της συστηματικής ανασκόπησης

Η μελέτη μας αποτελεί μια καινοτόμο προσπάθεια που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα σχετικών κοινωνικών δυναμικών, όπως η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση, η μοναχική διαβίωση και διάφορα αποτελέσματα θνησιμότητας, παρέχοντας έτσι μια ολοκληρωμένη εικόνα αυτών των συσχετίσεων, ιδίως μεταξύ των ηλικιωμένων, μέσω της ενσωμάτωσης δεδομένων που προέρχονται από ένα ευρύ φάσμα χωρών σε όλο τον κόσμο. Επιπλέον, η επικράτηση μελετών υψηλής ποιότητας υποστηρίζει μια ισχυρή μεθοδολογική βάση για τα συμπεράσματα που εξάγονται, ενισχύοντας την αξιοπιστία των ευρημάτων μας. Ωστόσο, η παρουσία μελετών μέτριας ποιότητας τονίζει τη σημασία της προσεκτικής εξέτασης πιθανών μεθοδολογικών περιορισμών κατά την ερμηνεία των συνολικών αποτελεσμάτων. Επιπλέον, οι αναλυτικές μας προσεγγίσεις ενισχύουν την αξιοπιστία των ευρημάτων μας, εξετάζοντας διεξοδικά την ετερογένεια, τα συνολικά στοιχεία, τη σταθερότητα των ευρημάτων και τους πιθανούς μετριαστικούς παράγοντες.

Όσον αφορά τους πιθανούς περιορισμούς, είναι ζωτικής σημασίας να αντιμετωπιστούν οι περιορισμοί που προκύπτουν από τη γλώσσα και την επιλογή των δημοσιεύσεων. Ο αποκλεισμός μελετών που δεν είναι στα αγγλικά θα μπορούσε να οδηγήσει σε γλωσσική μεροληψία, παραλείποντας ενδεχομένως σημαντικά δεδομένα από διάφορες γεωγραφικές περιοχές. Αυτός ο αποκλεισμός πιθανώς περιόρισε την ικανότητά μας να αντλήσουμε πληροφορίες από χώρες όπου η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η μοναχική διαβίωση βιώνονται και ερμηνεύονται διαφορετικά λόγω πολιτισμικών, γλωσσικών ή κοινωνικών παραγόντων. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να στοχεύουν στη συμπερίληψη ερευνών που έχουν δημοσιευτεί σε πολλές γλώσσες, προκειμένου να δημιουργηθεί μια πιο περιεκτική και αντιπροσωπευτική κατανόηση αυτών των σύνθετων κοινωνικών δομών. Επιπλέον, η εξάρτηση από δημοσιευμένες μελέτες θα μπορούσε να συμβάλει σε μεροληψία δημοσίευσης, καθώς τα μη δημοσιευμένα δεδομένα ενδέχεται να προσφέρουν εναλλακτικές προοπτικές (Siontis et al., 2011). Ενώ τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν γεωγραφικές διακυμάνσεις, η επικράτηση μελετών που συγκεντρώνονται στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλες περιοχές. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στη συμπερίληψη μελετών από υποεκπροσωπούμενες περιοχές, όπως η Ασία, η Αφρική και η Νότια Αμερική, εξασφαλίζοντας μια πιο παγκοσμίως σχετική προοπτική. Επιπλέον, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν πώς οι πολιτισμικές διαστάσεις και οι τοπικές διαφορές συμβάλλουν στις διακυμάνσεις των αποτελεσμάτων υγείας που σχετίζονται με τη μοναξιά, την κοινωνική απομόνωση και τη μοναχική διαβίωση.

Ένας άλλος αξιοσημείωτος περιορισμός είναι η έλλειψη τυποποιημένων δεικτών μέτρησης της μοναξιάς στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν παρουσίαζαν μεγάλη ποικιλία, από επικυρωμένες κλίμακες πολλαπλών ερωτημάτων (π.χ. UCLA Loneliness Scale, De Jong Gierveld Loneliness Scale) έως μέτρα ενός ερωτήματος. Αυτή η ποικιλομορφία, σε συνδυασμό με την εξάρτηση από αυτοαναφερόμενα δεδομένα,

δημιουργεί ετερογένεια που δυσχεραίνει τη συγκρισιμότητα μεταξύ των μελετών. Αν και η meta-regression ανάλυση μας αντιμετώπισε εν μέρει αυτό το ζήτημα εντοπίζοντας προγνωστικούς παράγοντες όπως η χρήση επικυρωμένων κλιμάκων, η ανεξήγητη ποικιλομορφία παραμένει. Τα μέτρα ενός στοιχείου, ειδικότερα, ενδέχεται να υπερεκτιμούν τις επιδράσεις της μοναξιάς στη θνησιμότητα λόγω της απλότητάς τους και της πιθανότητας εσφαλμένης ταξινόμησης. Αυτά τα μέτρα συχνά αποτυγχάνουν να αποτυπώσουν την πολυδιάστατη φύση της μοναξιάς, η οποία περιλαμβάνει τόσο συναισθηματικές όσο και κοινωνικές συνιστώσες. Ως αποτέλεσμα, ενδέχεται να οδηγήσουν σε υπερ-γενίκευση των επιδράσεων της μοναξιάς. Αυτό υπογραμμίζει την κρίσιμη ανάγκη για τυποποιημένα, επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης της μοναξιάς και των σχετικών εννοιών. Τέτοια εργαλεία θα βελτιώναν τη συνέπεια μεταξύ μελλοντικών μελετών και μετα-αναλύσεων, ενισχύοντας τελικά τη βάση τεκμηρίωσης σε αυτόν τον τομέα. Επιπλέον, τα κριτήρια αποκλεισμού που βασίζονται στον σχεδιασμό της μελέτης ή στην ηλικία των συμμετεχόντων ενδέχεται να περιορίζουν το εύρος και την εφαρμογή των ευρημάτων μας. Η μεταβλητότητα στην αναφορά δεδομένων μεταξύ των μελετών επηρεάζει επίσης τη συνέπεια και τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων της μετα-ανάλυσής μας, προσθέτοντας πολυπλοκότητα στην ερμηνεία τους. Ενώ βασιστήκαμε σε προοπτικά δεδομένα, εν μπορούμε να αποδείξουμε με βεβαιότητα την αιτιώδη συνάφεια στις σχέσεις που παρατηρήθηκαν.

Επιπλέον, ο περιορισμένος αριθμός μελετών που εξετάζουν συγκεκριμένα αποτελέσματα και η απουσία σημαντικών ευρημάτων σε συγκεκριμένους τομείς υπογραμμίζουν κενά που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση.

Τέλος, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στην εξέταση των ανεξάρτητων επιδράσεων της μοναξιάς, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναχικής διαβίωσης στα αποτελέσματα υγείας και ευεξίας των ηλικιωμένων, χωρίς να εξετάσει τις πιθανές συνδυασμένες ή συνεργιστικές επιδράσεις τους. Αν και αυτές οι έννοιες είναι διακριτές, ενδέχεται να αλληλεπικαλύπτονται

με πολύπλοκους τρόπους που θα μπορούσαν να ενισχύσουν την επίδρασή τους στα αποτελέσματα υγείας. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διερευνήσουν αυτές τις αλληλεπιδράσεις, προκειμένου να κατανοηθεί καλύτερα πώς η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η μοναχική διαβίωση ενδέχεται να επηρεάζουν συλλογικά τους κινδύνους θνησιμότητας. Επιπλέον, δεν αναλύσαμε τον ρόλο ευρύτερων παραγόντων του περιβάλλοντος, όπως οι κοινωνικές αλλαγές, οι πολιτισμικές νόρμες ή οι τεχνολογικές εξελίξεις, οι οποίοι ενδέχεται να διαμορφώνουν αυτές τις σχέσεις. Η διερεύνηση αυτών των μηχανισμών, καθώς και της επίδρασης συγκεκριμένων καταστάσεων υγείας και δημογραφικών υποομάδων, θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερες γνώσεις και να συμβάλει στη διαμόρφωση πιο στοχευμένων παρεμβάσεων.

8.13 Επιπτώσεις στην πράξη

Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, η δημιουργία και η υλοποίηση πρωτοβουλιών με επίκεντρο την κοινότητα είναι καθοριστικής σημασίας για τον μετριασμό της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης μεταξύ των ηλικιωμένων (Holt-Lunstad et al., 2017, Fakoya et al., 2020, Valtorta and Hanratty, 2012). Πρωτοβουλίες όπως κοινωνικοί σύλλογοι, προγράμματα εθελοντισμού, τακτικές κοινοτικές εκδηλώσεις και φιλικές υπηρεσίες (Fakoya et al., 2021) μπορούν να συμβάλουν σημαντικά σε αυτή την προσπάθεια. Κατά τη μετάβαση από τις κοινοτικές πρωτοβουλίες στα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, καθίσταται επιτακτική η προτροπή των επαγγελματιών υγείας να ενσωματώσουν τον έλεγχο της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης στις τακτικές αξιολογήσεις υγείας που πραγματοποιούν. Αυτή η πρακτική, που απευθύνεται ειδικά στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, είναι καθοριστική για τον εντοπισμό των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο και για τη διασφάλιση ότι θα λάβουν άμεση και κατάλληλη υποστήριξη (Valtorta and Hanratty, 2012, Tung et al., 2021). Επιπλέον, η σημασία των υπευθύνων χάραξης πολιτικής σε αυτό το πλαίσιο είναι αναμφισβήτητη. Είναι απαραίτητο να εξετάσουν προσεκτικά τις επιπτώσεις της μοναξιάς και της κοινωνικής

απομόνωσης στην υγεία κατά τη διαμόρφωση πολιτικών για τον πληθυσμό των ηλικιωμένων (Valtorta and Hanratty, 2012), καθώς οι παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες του ατόμου ή της ομάδας και δεν υπάρχει μια λύση που να ταιριάζει σε όλους (Fakoya et al., 2020). Αυτή η στρατηγική πρέπει να ενισχυθεί με συνεχή έρευνα που στοχεύει στη διερεύνηση και τη διαμόρφωση αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση αυτών των κρίσιμων κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων (Fakoya et al., 2020). Τέλος, τα νομοθετικά μέτρα και τα πλαίσια πολιτικής που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της περιθωριοποίησης και της διάκρισης λόγω ηλικίας μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην καλλιέργεια ισχυρότερων κοινωνικών δεσμών (Burnes et al., 2019).

8.14 Συμπεράσματα και ανάγκη περαιτέρω πρωτογενούς έρευνας

Ουσιαστικά, η μετα-ανάλυση μας επιβεβαίωσε ότι η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η μοναχική διαβίωση συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, ιδίως όσον αφορά τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες και τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της αντιμετώπισης αυτών των κοινωνικών παραγόντων ως πιθανών προβλημάτων δημόσιας υγείας. Ωστόσο, η διακύμανση στο μέγεθος των αποτελεσμάτων και η παρουσία ετερογένειας και μεροληψίας της δημοσίευσης σε ορισμένες αναλύσεις υποδηλώνουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, προκειμένου να κατανοηθούν πλήρως αυτές οι συσχετίσεις. Επιπλέον, η διερεύνηση της συνολικής επίδρασης αυτών των παραγόντων στους κινδύνους θνησιμότητας παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον. Εξετάζοντας πως η συνδυασμένη επίδραση της μοναξιάς, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναχικής διαβίωσης συμβάλλει στα αποτελέσματα θνησιμότητας με την πάροδο του χρόνου, μπορούμε να αποκτήσουμε βαθύτερη κατανόηση της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης αυτών των κοινωνικών δυναμικών στην υγεία και τη μακροζωία των ηλικιωμένων. Μια τέτοια ανάλυση όχι μόνο διασαφηνίζει τα αθροιστικά αποτελέσματα αυτών των παραγόντων, αλλά προσφέρει επίσης πολύτιμες πληροφορίες για

την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων με στόχο την άμβλυνση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία που συνδέονται με αυτή την τριάδα κοινωνικών δυναμικών σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό.

Διερεύνηση της σχέσης των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων με την Ευδόκιμη Γήρανση και την αυτοφροντίδα τους

*«Το να είναι κανείς μόνος είναι επίτευγμα που προκύπτει από την παρουσία του άλλου»
Donald Winnicott*

Η γήρανση του πληθυσμού συνιστά μία από τις πλέον βαθιές και αμετάκλητες δημογραφικές μεταβολές των σύγχρονων κοινωνιών, με σταθερά αυξανόμενο το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω. Παρά τη σημαντική αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο, τα οφέλη αυτά δεν συνοδεύονται απαραίτητα από αντίστοιχη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ιδίως στα προχωρημένα στάδια της γήρανσης. Ως εκ τούτου, η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την υγεία, την ευεξία και τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων αναδεικνύεται σε κεντρικό ζήτημα τόσο για την έρευνα όσο και για τη δημόσια υγεία.

Στο πλαίσιο αυτό, αυξανόμενο ενδιαφέρον έχει στραφεί στον ρόλο της κοινωνικής εμπειρίας ως καθοριστικού παράγοντα υγείας στη μεγαλύτερη ηλικία. Ειδικότερα, η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η διαβίωση σε μοναχικό νοικοκυριό αποτελούν διακριτές αλλά αλληλοσυνδεόμενες διαστάσεις της κοινωνικής ύπαρξης. Η μοναξιά αναφέρεται στη συβ̆εκτιβική και συχνά επώδυνη εμπειρία της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής αποσύνδεσης, ενώ η κοινωνική απομόνωση αφορά την αντικειμενική έλλειψη κοινωνικών επαφών, και η διαβίωση μόνος/μόνη συνιστά μία δομική συνθήκη που σχετίζεται με τη σύνθεση του νοικοκυριού. Σημαντικό είναι ότι οι έννοιες αυτές δεν ταυτίζονται πλήρως: ένα άτομο μπορεί να βιώνει έντονη μοναξιά ακόμη και μέσα σε κοινωνικό δίκτυο, ενώ κάποιο άλλο μπορεί να

ζει μόνο χωρίς να αισθάνεται απομονωμένο. Η διάκριση αυτή αναδεικνύει την πρωτοκαθεδρία της υποκειμενικής εμπειρίας στη διαμόρφωση της υγείας.

Πλήθος ερευνητικών δεδομένων καταδεικνύει ότι οι κοινωνικές αυτές διαστάσεις δεν περιορίζονται στη συναισθηματική σφαίρα, αλλά ενσωματώνονται βαθιά στις πορείες σωματικής και ψυχικής υγείας. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που εκπονήθηκε από την ερευνητική μας ομάδα, συμπεριλαμβάνοντας 86 διαχρονικές μελέτες, έδειξε ότι η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η διαβίωση μόνος/μόνη συνδέονται σταθερά με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από κάθε αίτιο στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, με λόγους κινδύνου που κυμαίνονται από 1.14 έως 1.35 . Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η κοινωνική αποσύνδεση δεν αποτελεί περιφερειακό φαινόμενο, αλλά έναν θεμελιώδη προσδιοριστή της επιβίωσης, συγκρίσιμο με καθιερωμένους βιοϊατρικούς παράγοντες κινδύνου.

Πέραν της θνησιμότητας, η μοναξιά έχει συνδεθεί συστηματικά με ευρύ φάσμα αρνητικών εκβάσεων, όπως η κατάθλιψη, η γνωστική έκπτωση, η μειωμένη ποιότητα ζωής και οι διαταραχές ύπνου . Ιδιαίτερα ο ύπνος αναδεικνύεται ως ένα ευαίσθητο πεδίο μέσω του οποίου οι ψυχοκοινωνικές εμπειρίες φαίνεται να ενσωματώνονται σε βιολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Η ποιότητα του νυχτερινού ύπνου, οι μεταβολές στον ημερήσιο ύπνο και οι διεργασίες του ονείρου αποτελούν όλο και περισσότερο αναγνωρισμένους δείκτες υγείας στη μεγαλύτερη ηλικία. Ωστόσο, οι διαστάσεις αυτές σπάνια μελετώνται συνδυαστικά και εντός ενός ενιαίου θεωρητικού πλαισίου.

Ο ύπνος, σε μία ευρύτερη θεώρηση, υπερβαίνει τη φυσιολογική του λειτουργία ως μηχανισμός αποκατάστασης. Συνιστά μία σύνθετη βιοψυχοκοινωνική διεργασία, διαμορφούμενη από μηχανισμούς συναισθηματικής ρύθμισης, γνωστικής επεξεργασίας και σχεσιακής εμπειρίας. Στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, η αρχιτεκτονική του ύπνου μεταβάλλεται σημαντικά, με μείωση του βραδέος κύματος, αύξηση της κατακερματισμένης αφύπνισης και μεγαλύτερη

εξάρτηση από τον ημερήσιο ύπνο. Οι μεταβολές αυτές συχνά αποδίδονται αποκλειστικά σε βιολογικούς παράγοντες της γήρανσης· ωστόσο, νεότερα δεδομένα υποδεικνύουν ότι ενδέχεται να αντανακλούν και υποκείμενες ψυχοκοινωνικές διεργασίες, όπως η μοναξιά και η κοινωνική αποσύνδεση.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διάσταση των ονείρων και της ανάκλησής τους, η οποία παραμένει συγκριτικά υπομελετημένη στη γηριατρική έρευνα. Το όνειρο μπορεί να ιδωθεί όχι μόνο ως νευροφυσιολογικό φαινόμενο, αλλά και ως τρόπος συμβολικής επεξεργασίας της εμπειρίας και των συναισθημάτων. Η συχνότητα και η ζωντάνια της ανάκλησης των ονείρων ενδέχεται να αντανακλούν εσωτερικές ψυχικές καταστάσεις, όπως η συναισθηματική ένταση, η απώλεια και οι εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις των σχέσεων. Υπό αυτή την έννοια, η ονειρική δραστηριότητα μπορεί να αποτελέσει ένα ιδιαίτερο παράθυρο στον εσωτερικό κόσμο των ηλικιωμένων, ιδίως σε συνθήκες μοναξιάς.

Παρά τη σημαντική πρόοδο στη μελέτη της μοναξιάς, η πλειονότητα των ερευνών έχει επικεντρωθεί είτε σε τελικές εκβάσεις, όπως η θνησιμότητα, είτε σε ενδοψυχικούς μεσολαβητές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Αντιθέτως, έχει δοθεί περιορισμένη έμφαση στις καθημερινές συμπεριφορικές διεργασίες μέσω των οποίων η κοινωνική εμπειρία μεταφράζεται σε υγεία. Στο σημείο αυτό, η έννοια της αυτοφροντίδας αναδύεται ως θεωρητικά καίρια αλλά εμπειρικά ανεπαρκώς διερευνημένη.

Η αυτοφροντίδα περιλαμβάνει ένα σύνολο καθημερινών πρακτικών μέσω των οποίων το άτομο διατηρεί τη σωματική, ψυχική και λειτουργική του ισορροπία. Οι πρακτικές αυτές αφορούν την υγιεινή, τη διατροφή, την κινητικότητα, τη συμμόρφωση με ιατρικές οδηγίες, την πρόληψη και τη διατήρηση νοήματος στην καθημερινότητα. Σύγχρονες προσεγγίσεις αντιλαμβάνονται την αυτοφροντίδα ως δυναμική διαδικασία αυτορρύθμισης, μέσω της οποίας το άτομο διατηρεί την ισορροπία του σε πολλαπλά επίπεδα. Ωστόσο, η ικανότητα αυτή δεν είναι αμιγώς ατομική· διαμορφώνεται και υποστηρίζεται μέσα σε σχεσιακά πλαίσια.

Από μία βιοψυχοκοινωνική σκοπιά, η μοναξιά μπορεί να ιδωθεί ως διαταραχή αυτού του σχεσιακού πεδίου, η οποία δεν επηρεάζει μόνο τη συναισθηματική κατάσταση, αλλά αποδυναμώνει και την ικανότητα αυτορρύθμισης. Στην απουσία του Άλλου —πραγματικού ή εσωτερικευμένου— το άτομο ενδέχεται να χάνει σταδιακά τη δυνατότητα να φροντίζει τον εαυτό του, οδηγούμενο σε συμπεριφορική απορρύθμιση με επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία. Υπό αυτή την έννοια, η αυτοφροντίδα μπορεί να λειτουργεί ως βασική οδός μέσω της οποίας η μοναξιά ενσωματώνεται στην υγεία.

Η προσέγγιση αυτή αντηχεί και σε ψυχοδυναμικές και σχεσιακές θεωρήσεις, σύμφωνα με τις οποίες το Εγώ συγκροτείται εντός των σχέσεων και η ικανότητα φροντίδας του εαυτού αποτελεί, εν μέρει, εσωτερίκευση της φροντίδας που έχει προσφερθεί από τους άλλους. Η απώλεια ή η απουσία σημαντικών σχέσεων —είτε μέσω χηρείας, είτε μέσω κοινωνικής απομόνωσης— δεν επιφέρει μόνο συναισθηματική στέρηση, αλλά ενδέχεται να διαρρηγνύει και τις εσωτερικές δομές που στηρίζουν την αυτορρύθμιση. Έτσι, η έκπτωση της ευεξίας δεν αντανακλά απλώς το γεγονός της απώλειας, αλλά τη φθορά της ικανότητας του ατόμου να παραμένει σε σχέση με τον εαυτό του.

Παρά τη θεωρητική της σημασία, η αυτοφροντίδα σπανίως έχει εξεταστεί ως μεσολαβητικός μηχανισμός μεταξύ της μοναξιάς και των εκβάσεων υγείας στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Οι περισσότερες μελέτες έχουν περιοριστεί είτε σε δημογραφικούς δείκτες είτε σε συναισθηματικούς παράγοντες, αφήνοντας ένα κρίσιμο κενό ως προς το πώς η υποκειμενική κοινωνική εμπειρία μετασχηματίζεται σε καθημερινή συμπεριφορά.

Παράλληλα, αν και η σχέση μεταξύ μοναξιάς και διαταραχών ύπνου έχει αναγνωριστεί, απουσιάζουν ολοκληρωμένα μοντέλα που να εξετάζουν ταυτόχρονα την ποιότητα του ύπνου, τον ημερήσιο ύπνο και την ανάκληση των ονείρων σε συνάρτηση με ψυχοκοινωνικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς. Η τομή αυτών των πεδίων παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεξερεύνητη.

9.1 Ερευνητικό κενό & σκοπός της μελέτης

Συνοψίζοντας, η υπάρχουσα βιβλιογραφία αναδεικνύει τρία βασικά ερευνητικά κενά. Πρώτον, παρότι η μοναξιά έχει συνδεθεί ισχυρά με δυσμενείς εκβάσεις υγείας, οι συμπεριφορικοί μηχανισμοί μέσω των οποίων αυτή η σχέση εκδηλώνεται δεν έχουν επαρκώς αποσαφηνιστεί. Δεύτερον, οι διεργασίες του ύπνου —και ιδιαίτερα η συνδυαστική μελέτη της ποιότητας ύπνου, του ημερήσιου ύπνου και της ονειρικής ανάκλησης— δεν έχουν ενταχθεί επαρκώς σε ένα ενιαίο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Τρίτον, ο ρόλος της αυτοφροντίδας ως κεντρικής συμπεριφορικής οδού που συνδέει τη μοναξιά με την ποιότητα ζωής παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεξερεύνητος.

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να καλύψει τα κενά αυτά, εξετάζοντας, εντός ενός ενιαίου πλαισίου, τις σχέσεις μεταξύ μοναξιάς, ποιότητας ύπνου, ημερήσιου ύπνου και ανάκλησης ονείρων σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ παράλληλα διερευνά την αυτοφροντίδα ως βασικό συμπεριφορικό μηχανισμό που συνδέει τη μοναξιά με την ποιότητα ζωής. Υπερβαίνοντας τις στατικές δημογραφικές κατηγοριοποιήσεις και εστιάζοντας σε δυναμικές διεργασίες εμπειρίας και συμπεριφοράς, η μελέτη φιλοδοξεί να συμβάλει σε μία πιο λεπτομερή και λειτουργική κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η κοινωνική εμπειρία ενσωματώνεται στην υγεία κατά τη γήρανση.

9.2 Υλικό και μέθοδος

9.2.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία

Η παρούσα συγχρονική (διατομεακή) μελέτη διεξήχθη κατά την περίοδο από το καλοκαίρι του 2024 έως και το καλοκαίρι του 2025, στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και υπό την επιστημονική εποπτεία του Εργαστηρίου Ψυχολογίας και Προσωποκεντρικής Φροντίδας.

Ο πληθυσμός-στόχος της μελέτης περιλάμβανε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω που διαβιούσαν στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής

Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), ο πληθυσμός αυτός ανέρχεται περίπου σε 1.500.000 άτομα. Για τον προσδιορισμό του απαιτούμενου μεγέθους δείγματος χρησιμοποιήθηκαν τυπικές στατιστικές προσεγγίσεις, λαμβάνοντας υπόψη επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, περιθώριο σφάλματος 5% και εκτιμώμενη αναλογία πληθυσμού $p = 0.5$ (μέγιστη διακύμανση). Με βάση τα παραπάνω, το ελάχιστο απαιτούμενο μέγεθος δείγματος υπολογίστηκε σε 384 άτομα για πεπερασμένο πληθυσμό.

Στην παρούσα μελέτη, το τελικό μέγεθος του δείγματος υπερέβη σημαντικά το θεωρητικά απαιτούμενο όριο, ενισχύοντας τη στατιστική ισχύ και την αξιοπιστία των ευρημάτων. Συγκεκριμένα, για την ενότητα που αφορούσε τις εμπειρίες ύπνου και ονείρων συμμετείχαν 609 άτομα, ενώ για την ανάλυση των σχέσεων μεταξύ μοναξιάς, αυτοφροντίδας και ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ευρύτερο δείγμα 680 συμμετεχόντων. Μετά τον χειρισμό των ελλειπουσών τιμών, το τελικό αναλυτικό δείγμα κυμάνθηκε μεταξύ 607 και 608 ατόμων, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των μεταβλητών.

Οι συμμετέχοντες στρατολογήθηκαν από την κοινότητα μέσω κοινοτικών δομών, υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών δικτύων. Η επιλογή αυτή επέτρεψε την αποτύπωση εμπειριών που αναπτύσσονται στο φυσικό περιβάλλον ζωής των ηλικιωμένων, ενισχύοντας την οικολογική εγκυρότητα της μελέτης.

Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και βασίστηκε στην παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης. Όλες οι διαδικασίες διεξήχθησαν σύμφωνα με τις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας και της προστασίας προσωπικών δεδομένων, ενώ τα δεδομένα ανωνυμοποιήθηκαν πλήρως πριν την ανάλυση, διασφαλίζοντας την εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων.

Δειγματοληψία

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε σε διατομεακό, παρατηρητικό σχεδιασμό και οργανώθηκε σε δύο συμπληρωματικές ερευνητικές ενότητες: (α) τη διερεύνηση των εμπειριών ύπνου και ονείρων και (β) τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μοναξιάς, αυτοφροντίδας και ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία. Η ενσωμάτωση των δύο αυτών ενοτήτων στο ίδιο ερευνητικό πλαίσιο

επέτρεψε τη συνδυαστική μελέτη βιοψυχοκοινωνικών και συμπεριφορικών διεργασιών που σχετίζονται με την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν στην κοινότητα και στρατολογήθηκαν μέσω κοινοτικών δομών, τοπικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών δικτύων. Η επιλογή του πληθυσμού αυτού επέτρεψε την αποτύπωση εμπειριών που εκδηλώνονται στο φυσικό περιβάλλον ζωής των συμμετεχόντων, ενισχύοντας την οικολογική εγκυρότητα των ευρημάτων. Τα κριτήρια ένταξης περιλάμβαναν ηλικία ≥ 60 ετών, ικανότητα παροχής ενημερωμένης συγκατάθεσης και επαρκή γνωστική λειτουργικότητα για τη συμπλήρωση των ερευνητικών εργαλείων.

Για την ενότητα που αφορούσε τις εμπειρίες ύπνου και ονείρων, το δείγμα περιλάμβανε 609 συμμετέχοντες, ενώ για την ανάλυση των μοντέλων που διερευνούσαν τη σχέση μεταξύ μοναξιάς, αυτοφροντίδας και ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ευρύτερο δείγμα 680 ατόμων. Μετά τον χειρισμό των ελλειπουσών τιμών, το τελικό αναλυτικό δείγμα για τα κύρια μοντέλα κυμάνθηκε μεταξύ 607 και 608 συμμετεχόντων, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των μεταβλητών και τις μικρές διαφοροποιήσεις στις ελλείπουσες τιμές.

Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν απολύτως εθελοντική και βασίστηκε στην παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης από όλους τους συμμετέχοντες. Όλες οι διαδικασίες διεξήχθησαν σύμφωνα με τις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας και της προστασίας προσωπικών δεδομένων, ενώ τα δεδομένα ανωνυμοποιήθηκαν πλήρως πριν την ανάλυση, διασφαλίζοντας την εμπιστευτικότητα και την ιδιωτικότητα των συμμετεχόντων.

9.2.2 Διαδικασία δειγματοληψίας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε κοινοτικά πλαίσια, υπό τυποποιημένες συνθήκες, με στόχο τη διασφάλιση της ομοιομορφίας της ερευνητικής διαδικασίας και της αξιοπιστίας των απαντήσεων. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια είτε αυτόνομα είτε, όπου κρίθηκε απαραίτητο, με τη διακριτική υποστήριξη εκπαιδευμένου

ερευνητικού προσωπικού, προκειμένου να διασφαλιστεί η πλήρης κατανόηση των ερωτήσεων και η ακρίβεια των απαντήσεων, χωρίς να επηρεάζεται το περιεχόμενο των αποκρίσεων.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διατήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. Όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν χωρίς την καταγραφή προσωπικών αναγνωριστικών στοιχείων, κωδικοποιήθηκαν συστηματικά και καταχωρήθηκαν σε ασφαλή, προστατευμένη βάση δεδομένων. Πριν την έναρξη της στατιστικής ανάλυσης, πραγματοποιήθηκε ενδεδειγμένος έλεγχος πληρότητας και εσωτερικής συνέπειας των δεδομένων, με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας και της αξιοπιστίας του τελικού συνόλου δεδομένων.

9.2.3 Κριτήρια ένταξης, δεοντολογικές διασφαλίσεις και έλεγχος συμμετοχής

Ως κριτήρια ένταξης στη μελέτη ορίστηκαν: (α) ηλικία ≥ 65 ετών, (β) μόνιμη διαμονή στην Ελλάδα και επαρκής κατανόηση της ελληνικής γλώσσας, και (γ) ικανότητα παροχής ενημερωμένης συγκατάθεσης και συμπλήρωσης των ερευνητικών εργαλείων. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν απολύτως εθελοντική και βασίστηκε στη ρητή αποδοχή των όρων συμμετοχής από τους ίδιους τους συμμετέχοντες.

Η αξιολόγηση της καταλληλότητας των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε πριν από την ένταξή τους στη μελέτη, από την υποψήφια διδάκτορα σε συνεργασία με την επιβλέπουσα καθηγήτρια, με στόχο τη διασφάλιση της συμμόρφωσης με τα προκαθορισμένα κριτήρια και την ορθή διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας.

Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν διεξοδικά για τον σκοπό, τη φύση και τις διαδικασίες της μελέτης, καθώς και για τα δικαιώματά τους, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας αποχώρησης οποιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς καμία απολύτως συνέπεια. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Για τον σκοπό αυτό, δεν συλλέχθηκαν προσωπικά αναγνωριστικά στοιχεία, ενώ σε κάθε συμμετέχοντα αποδόθηκε μοναδικός, απόρρητος κωδικός, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε αποκλειστικά για τις ανάγκες της έρευνας.

Η εφαρμογή των παραπάνω διαδικασιών συνέβαλε στην ενίσχυση του αισθήματος εμπιστοσύνης των συμμετεχόντων και στη μείωση του κινδύνου μεροληψίας από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των συλλεγόμενων δεδομένων.

9.2.4 Τελικό δείγμα και διαχείριση δεδομένων

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε σε διατομεακό, παρατηρητικό σχεδιασμό και ενσωμάτωσε δύο συμπληρωματικές ερευνητικές ενότητες:

(α) τη διερεύνηση των εμπειριών ύπνου και ονείρων και

(β) τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μοναξιάς, αυτοφροντίδας και ποιότητας ζωής.

Στη μελέτη συμμετείχαν ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν στην κοινότητα και στρατολογήθηκαν μέσω κοινοτικών δομών, τοπικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών δικτύων. Τα κριτήρια ένταξης περιλάμβαναν: (α) ηλικία ≥ 60 ετών, (β) ικανότητα παροχής ενημερωμένης συγκατάθεσης και (γ) επαρκή γνωστική λειτουργικότητα για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Για την ενότητα του ύπνου, το δείγμα περιλάμβανε 609 συμμετέχοντες, ενώ για την ανάλυση των μοντέλων που αφορούν τη μοναξιά και την αυτοφροντίδα χρησιμοποιήθηκε ευρύτερο δείγμα 680 ατόμων. Μετά τον χειρισμό των ελλειπουσών τιμών, το τελικό αναλυτικό δείγμα κυμάνθηκε μεταξύ 607 και 608 συμμετεχόντων, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των μεταβλητών.

Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και βασίστηκε σε ενημερωμένη συγκατάθεση. Όλες οι διαδικασίες συμμορφώθηκαν με τις αρχές της δεοντολογίας και της προστασίας προσωπικών δεδομένων, ενώ τα δεδομένα ανωνυμοποιήθηκαν πλήρως πριν την ανάλυση.

9.2.5 Μεθοδολογικοί περιορισμοί της δειγματοληψίας

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε σε μη πιθανοθεωρητική δειγματοληψία ευκολίας από ηλικιωμένα άτομα που διαβιούσαν στην κοινότητα, επιλογή η οποία, αν και μεθοδολογικά

τεκμηριωμένη στο πλαίσιο ερευνών πεδίου, ενέχει περιορισμούς ως προς τη δυνατότητα πλήρους γενίκευσης των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, η προσέγγιση αυτή ενδέχεται να οδηγεί σε υποεκπροσώπηση ιδιαίτερα ευάλωτων υποομάδων, όπως άτομα με σοβαρές σωματικές παθήσεις, γνωστική έκπτωση ή περιορισμένη πρόσβαση σε κοινωνικές και υγειονομικές δομές, τα οποία συχνά αποκλείονται από διαδικασίες ενεργητικής και αυτοαναφερόμενης συμμετοχής.

Παράλληλα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η συμμετοχή σε τέτοιου τύπου έρευνες προϋποθέτει ένα ελάχιστο επίπεδο λειτουργικότητας, κινητικότητας και γνωστικής επάρκειας, γεγονός που ενδέχεται να δημιουργεί ένα δείγμα σχετικώς «υγιέστερων» και περισσότερο ενεργών ηλικιωμένων σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου, τα ευρήματα της μελέτης αντανακλούν κυρίως τις εμπειρίες ατόμων που διατηρούν έναν βαθμό αυτονομίας και συμμετοχής στην καθημερινή ζωή, και ενδέχεται να διαφοροποιούνται από εκείνα που θα προέκυπταν σε πιο ευάλωτους ή κλινικούς πληθυσμούς.

Ωστόσο, η ερμηνεία των περιορισμών αυτών οφείλει να γίνει σε συνάρτηση με τα ισχυρά μεθοδολογικά χαρακτηριστικά της μελέτης. Το μέγεθος του δείγματος υπερβαίνει το θεωρητικά απαιτούμενο όριο για επαρκή στατιστική ισχύ, ενώ η σημαντική ετερογένεια των συμμετεχόντων ως προς βασικά δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά —όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, οι συνθήκες διαβίωσης και τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης— ενισχύει την εσωτερική εγκυρότητα και την αναλυτική επάρκεια των ευρημάτων. Επιπλέον, η συμπερίληψη ατόμων από διαφορετικά κοινωνικά και λειτουργικά πλαίσια επιτρέπει την αποτύπωση ενός ευρέος φάσματος εμπειριών, προσδίδοντας μεγαλύτερη ερμηνευτική πληρότητα στα αποτελέσματα.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι και η οικολογική εγκυρότητα της μελέτης, καθώς η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε φυσικά περιβάλλοντα ζωής των συμμετεχόντων, χωρίς τεχνητές πειραματικές παρεμβάσεις. Το γεγονός αυτό καθιστά τα ευρήματα περισσότερο

αντιπροσωπευτικά των καθημερινών εμπειριών ύπνου, μοναξιάς και αυτοφροντίδας στην τρίτη ηλικία, αναδεικνύοντας τη σημασία της μελέτης πραγματικών συνθηκών ζωής έναντι αυστηρά ελεγχόμενων εργαστηριακών πλαισίων.

Συνολικά, παρά τους περιορισμούς που απορρέουν από τη μέθοδο δειγματοληψίας, η παρούσα μελέτη παρέχει αξιόπιστες και θεωρητικά συνεκτικές ενδείξεις για την κατανόηση των βιοψυχοκοινωνικών διεργασιών που διαμορφώνουν την υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η ερμηνεία των ευρημάτων θα πρέπει να γίνεται με επίγνωση των ορίων γενικευσιμότητας, αλλά και με αναγνώριση της συμβολής τους στη διερεύνηση καθημερινών, δυναμικών και συχνά υποεκτιμημένων μηχανισμών, όπως η αυτοφροντίδα και η υποκειμενική εμπειρία μοναξιάς, στο φυσικό πλαίσιο της γήρανσης.

9.2.6 Ηθικά ζητήματα της έρευνας

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας και τα ισχύοντα διεθνή και ευρωπαϊκά κανονιστικά πρότυπα για την προστασία των ανθρωπίνων υποκειμένων. Η ερευνητική διαδικασία εντάχθηκε στο πλαίσιο διδακτορικής διατριβής του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και πραγματοποιήθηκε υπό την επιστημονική εποπτεία του Εργαστηρίου Ψυχολογίας και Προσωποκεντρικής Φροντίδας. Η μελέτη έλαβε την απαιτούμενη έγκριση από την αρμόδια Επιτροπή Δεοντολογίας και Ηθικής της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Approval No. 27943, 24 Ιουλίου 2024), διασφαλίζοντας τη συμμόρφωση με τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι και τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR).

Πριν από τη συμμετοχή τους, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό, τη φύση και τη διαδικασία της μελέτης και παρείχαν ηλεκτρονική ενημερωμένη συγκατάθεση. Η συμμετοχή ήταν απολύτως εθελοντική, ενώ διασφαλίστηκε το δικαίωμα αποχώρησης σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας χωρίς καμία απολύτως συνέπεια.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Δεν συλλέχθηκαν προσωπικά αναγνωριστικά στοιχεία, ενώ χρησιμοποιήθηκε σύστημα ανώνυμης κωδικοποίησης για την καταγραφή και επεξεργασία των δεδομένων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε συνθήκες που διασφάλιζαν την ιδιωτικότητα των συμμετεχόντων, περιορίζοντας τον κίνδυνο κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων.

Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε ασφαλές, προστατευμένο ψηφιακό περιβάλλον με περιορισμένη πρόσβαση αποκλειστικά στους ερευνητές και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Δεν συλλέχθηκαν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, ενώ η συνολική ερευνητική διαδικασία σχεδιάστηκε με τρόπο ώστε να ελαχιστοποιείται οποιαδήποτε πιθανή ψυχολογική ή άλλη επιβάρυνση των συμμετεχόντων.

9.3 Μεταβλητές και εργαλεία μέτρησης

▪ Κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία, το φύλο, το ύψος, το βάρος, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, ο αριθμός αδελφών και παιδιών, η επαγγελματική κατάσταση και ο τόπος κατοικίας. Πρόσθετα ερωτήματα αξιολόγησαν την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη στην καθημερινή ζωή, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας πρακτικής και συναισθηματικής βοήθειας.

▪ Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Η κατάσταση υγείας αξιολογήθηκε με το Short Form Health Survey (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992; Ware, 2000). Το εργαλείο αποτιμά οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία: Σωματική Λειτουργικότητα (PF), Σωματικός Ρόλος (RP), Σωματικός Πόνος (BP), Γενική Υγεία (GH), Ζωτικότητα (VT), Κοινωνική Λειτουργικότητα

(SF), Συναισθηματικός Ρόλος (RE) και Ψυχική Υγεία (MH). Κάθε διάσταση βαθμολογείται από 0 έως 100, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη αντιλαμβανόμενη υγεία.

Σύμφωνα με τις τυπικές διαδικασίες, οι υποκλίμακες συνοψίστηκαν στη Συνοπτική Φυσική Συνιστώσα (PCS-36) και στη Συνοπτική Ψυχική Συνιστώσα (MCS-36) (Ware & Gandek, 1994). Το SF-36 έχει επικυρωθεί σε μεσογειακούς πληθυσμούς και εμφανίζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες.

▪ **Μεταβλητές ύπνου και ονείρων**

Η υποκειμενική εμπειρία ύπνου αξιολογήθηκε με πέντε ερωτήματα αυτοαναφοράς που κάλυπταν βασικές πτυχές του ύπνου και του ονειρικού βιώματος: την αντιλαμβανόμενη επάρκεια ύπνου, την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ύπνου, τη συχνότητα ημερήσιου ύπνου, τη συχνότητα ανάκλησης ονείρων και τη στάση απέναντι στη μνήμη των ονείρων. Τα ερωτήματα που αφορούσαν την επάρκεια ύπνου, την ποιότητα ύπνου, τον ημερήσιο ύπνο και την ανάκληση ονείρων βαθμολογήθηκαν σε κλίμακες Likert 5 βαθμίδων (1 = πολύ κακό/ποτέ έως 5 = πολύ καλό/πάντα). Η στάση απέναντι στη μνήμη των ονείρων αξιολογήθηκε σε κλίμακα 3 βαθμίδων (όχι, αδιάφορο, ναι). Υψηλότερες τιμές υποδήλωναν μεγαλύτερη παρουσία του αντίστοιχου χαρακτηριστικού. Τα ερωτήματα αυτά σχεδιάστηκαν ώστε να αποτυπώνουν συνοπτικά βασικές υποκειμενικές διαστάσεις του ύπνου και των ονείρων σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, διατηρώντας ταυτόχρονα το ερωτηματολόγιο σύντομο και εύχρηστο για συλλογή δεδομένων στην κοινότητα.

▪ **Μοναξιά**

Η μοναξιά αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Μοναξιάς De Jong Gierveld (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Η σύντομη έκδοση 6 ερωτημάτων διακρίνει δύο διαστάσεις: τη συναισθηματική μοναξιά και την κοινωνική μοναξιά. Οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων υπολογίστηκαν σύμφωνα με τις τυπικές οδηγίες βαθμολόγησης, με υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη μοναξιά.

▪ **Στυλ χιούμορ**

Τα στυλ χιούμορ αξιολογήθηκαν με το Humor Styles Questionnaire (HSQ) (Martin et al., 2003), το οποίο μετρά τέσσερα στυλ χιούμορ: το συνδετικό χιούμορ, το αυτοεπισχυτικό χιούμορ, το επιθετικό χιούμορ και το αυτοϋποτιμητικό χιούμορ. Τα ερωτήματα βαθμολογούνται σε κλίμακες Likert και αθροίζονται για κάθε υποκλίμακα, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν ισχυρότερη υιοθέτηση του αντίστοιχου στυλ.

Μεταβλητές ύπνου και ονείρων

Οι εμπειρίες ύπνου αξιολογήθηκαν μέσω πέντε ερωτημάτων αυτοαναφοράς που αποτύπωναν:

- την αντιλαμβανόμενη επάρκεια ύπνου
- την ποιότητα ύπνου
- τη συχνότητα ημερήσιου ύπνου
- τη συχνότητα ανάκλησης ονείρων
- τη στάση απέναντι στη μνήμη των ονείρων

Οι περισσότερες μεταβλητές βαθμολογήθηκαν σε πενταβάθμιες κλίμακες Likert, ενώ η στάση απέναντι στα όνειρα σε τριβάθμια κλίμακα. Υψηλότερες τιμές αντιστοιχούσαν σε μεγαλύτερη ένταση του χαρακτηριστικού.

Η προσέγγιση αυτή επέτρεψε μια συνοπτική αλλά πολυδιάστατη αποτύπωση της υποκειμενικής εμπειρίας ύπνου στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

9.4 Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της γλώσσας προγραμματισμού Python και εξειδικευμένων βιβλιοθηκών ανάλυσης δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των pandas για τη διαχείριση δεδομένων, scipy και statsmodels για τις στατιστικές δοκιμασίες και τα μοντέλα παλινδρόμησης, καθώς και seaborn και matplotlib για τη γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων.

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις για το σύνολο των μεταβλητών της μελέτης. Υπολογίστηκαν μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, εύρη, καθώς και συχνότητες και ποσοστά, με στόχο τη συνοπτική και σαφή αποτύπωση των δημογραφικών, υγειονομικών και ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Παράλληλα, εξετάστηκαν οι κατανομές των μεταβλητών και ελέγχθηκαν οι βασικές προϋποθέσεις εφαρμογής παραμετρικών και μη παραμετρικών αναλύσεων.

Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών ύπνου και ονείρων και των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών, χρησιμοποιήθηκαν συντελεστές συσχέτισης κατά τάξεις του Spearman (ρ), δεδομένης της διατακτικής φύσης των μεταβλητών τύπου Likert και της μη κανονικής κατανομής ορισμένων μεταβλητών. Το συνολικό δείγμα για την ενότητα αυτή περιλάμβανε 609 συμμετέχοντες· ωστόσο, λόγω περιορισμένου αριθμού ελλειπουσών τιμών, ο αριθμός των έγκυρων παρατηρήσεων διαφοροποιήθηκε ελαφρώς μεταξύ των επιμέρους αναλύσεων.

Οι διαφορές μεταξύ φύλων στις μεταβλητές ύπνου εξετάστηκαν με τη χρήση της μη παραμετρικής δοκιμασίας Mann–Whitney U, ενώ το μέγεθος επίδρασης εκτιμήθηκε μέσω του δείκτη Cliff's delta, παρέχοντας μια πιο ολοκληρωμένη αποτίμηση της πρακτικής σημασίας των διαφορών.

Για την περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις εμπειρίες ύπνου, αναπτύχθηκαν ξεχωριστά μοντέλα παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές την ποιότητα ύπνου, τον ημερήσιο ύπνο και την ανάκληση ονείρων. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν βιολογικοί, ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης. Όλοι οι προβλεπτικοί παράγοντες τυποποιήθηκαν πριν από τη μοντελοποίηση, προκειμένου να καταστεί δυνατή η συγκρισιμότητα των συντελεστών. Η πολυσυγγραμμικότητα ελέγχθηκε μέσω των δεικτών διόγκωσης διακύμανσης (Variance Inflation Factor, VIF), χωρίς να διαπιστωθούν σημαντικές παραβιάσεις.

Για τη δεύτερη ερευνητική ενότητα, που αφορούσε τη σχέση μεταξύ μοναξιάς, αυτοφροντίδας και ποιότητας ζωής, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson για τη διερεύνηση γραμμικών σχέσεων μεταξύ συνεχών μεταβλητών. Οι διαφορές μεταξύ ομάδων (χήροι έναντι μη χήρων) εξετάστηκαν με τη χρήση t-test ανεξάρτητων δειγμάτων.

Για την εκτίμηση των ανεξάρτητων προβλεπτικών παραγόντων της ποιότητας ζωής, εφαρμόστηκαν ιεραρχικές πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις ξεχωριστά για τις δύο διαστάσεις του SF-36, δηλαδή τη σωματική (PCS) και την ψυχική υγεία (MCS). Οι μεταβλητές εισήχθησαν σε διαδοχικά βήματα με θεωρητικά καθοδηγούμενη σειρά: αρχικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στη συνέχεια οι δείκτες τρόπου ζωής, έπειτα η μοναξιά ως βασικός ψυχοκοινωνικός παράγοντας και, τέλος, η αυτοφροντίδα ως κεντρική συμπεριφορική μεταβλητή. Η προσέγγιση αυτή επέτρεψε την εκτίμηση της προστιθέμενης ερμηνευτικής συμβολής της αυτοφροντίδας πέραν των υπολοίπων παραγόντων.

Περαιτέρω, για τη διερεύνηση των υποκείμενων μηχανισμών, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις διαμεσολάβησης με τη χρήση μεθόδου bootstrap (5.000 επαναδειγματοληψίες), προκειμένου να εκτιμηθούν οι έμμεσες επιδράσεις της μοναξιάς στην ποιότητα ζωής μέσω της αυτοφροντίδας. Οι έμμεσες επιδράσεις θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές όταν τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης δεν περιλάμβαναν το μηδέν.

Τα ελλείποντα δεδομένα ήταν περιορισμένα και αντιμετωπίστηκαν με τη μέθοδο της διαγραφής κατά περίπτωση (listwise deletion). Όλες οι στατιστικές δοκιμασίες ήταν αμφίπλευρες, και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < .05$.

Συνολικά, η στατιστική στρατηγική της μελέτης σχεδιάστηκε με τρόπο ώστε να συνδυάζει περιγραφικές, συσχετιστικές και επαγωγικές προσεγγίσεις, επιτρέποντας τόσο την αναλυτική κατανόηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών όσο και τη διερεύνηση των υποκείμενων μηχανισμών που συνδέουν τη μοναξιά, την αυτοφροντίδα και τις εκβάσεις υγείας στην τρίτη ηλικία.

1η Ερευνητική Ενότητα

Διερεύνηση της Ποιότητας του Ύπνου, του Ημερήσιου Ύπνου και της Ανάκλησης των Ονείρων σε Ανθρώπους Μεγαλύτερης Ηλικίας

*«Ο ύπνος είναι το θεμέλιο της υγείας»
Matthew Walker*

Ο ύπνος στην ύστερη ζωή αποτελεί ταυτόχρονα βιολογική αναγκαιότητα και ευαίσθητο δείκτη της συνολικής υγείας και της λειτουργικής ακεραιότητας του ατόμου. Η γήρανση συνοδεύεται από ουσιαστικές μεταβολές στην αρχιτεκτονική του ύπνου, στην κirkάδια ρύθμιση και στη συνέχεια του ύπνου, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τη γνωστική λειτουργία, τη συναισθηματική ρύθμιση και τη σωματική ευεξία (Mander et al., 2017). Τα τελευταία χρόνια, ο ύπνος προσεγγίζεται όλο και περισσότερο μέσα από το ευρύτερο πλαίσιο της «υγείας του ύπνου» (sleep health), μιας πολυδιάστατης έννοιας που περιλαμβάνει τη διάρκεια, τη συνέχεια, το χρονισμό, την κανονικότητα και την εγρήγορση κατά τη διάρκεια της ημέρας (Buysse, 2014; Grandner, 2022). Υπό αυτή την οπτική, η ποιότητα του ύπνου δεν αντανακλά μόνο φυσιολογικές διεργασίες, αλλά και την ψυχολογική προσαρμογή και το κοινωνικό πλαίσιο. Επιπλέον, η ποιότητα του ύπνου έχει συνδεθεί με ευρύτερη φυσιολογική ρύθμιση, συμπεριλαμβανομένης της θρεπτικής και μεταβολικής κατάστασης (Ji et al., 2017).

Οι διαταραχές ύπνου είναι ιδιαίτερα συχνές στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα δυσμενών εκβάσεων, όπως καρδιομεταβολικές διαταραχές και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Itani et al., 2017). Η κακή ποιότητα ύπνου έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, μεταβολικής απορρύθμισης, γνωστικής έκπτωσης και μειωμένης ποιότητας ζωής (Chaput et al., 2020; Buysse, 2014). Νεότερα δεδομένα

υποδηλώνουν επίσης ότι πολυδιάστατα προβλήματα ύπνου ενδέχεται να προβλέπουν την εμφάνιση νευροεκφυλιστικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της άνοιας (Sabia et al., 2021). Συνεπώς, η κατανόηση των μηχανισμών που διαμορφώνουν τις εμπειρίες ύπνου στην ύστερη ζωή έχει αναδειχθεί σε βασική προτεραιότητα της σύγχρονης έρευνας για τη γήρανση. Πέρα από τον νυχτερινό ύπνο καθαυτό, άλλες διαστάσεις του κύκλου ύπνου–εγρήγορσης — ιδίως ο ημερήσιος ύπνος και το ονειρικό βίωμα— προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για τις βιοψυχοκοινωνικές διεργασίες που υποστηρίζουν την υγιή γήρανση. Ο ημερήσιος ύπνος είναι συχνό φαινόμενο στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και μπορεί να επιτελεί τόσο προσαρμοστικές όσο και μη προσαρμοστικές λειτουργίες (Dhand & Sohal, 2006). Σύντομοι υπνάκοι έχει βρεθεί ότι ενισχύουν την εγρήγορση, την προσοχή και την παγίωση της μνήμης, ιδιαίτερα όταν ο νυχτερινός ύπνος είναι ανεπαρκής (Faraut et al., 2017). Αντίθετα, η μεγαλύτερη διάρκεια ή η ακανόνιστη συχνότητα ημερήσιου ύπνου έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, μεταβολικού συνδρόμου και γνωστικής δυσλειτουργίας (Leng et al., 2020; Li et al., 2022). Το πολιτισμικό πλαίσιο περιπλέκει περαιτέρω την ερμηνεία της συμπεριφοράς αυτής. Στις μεσογειακές κοινωνίες, για παράδειγμα, η μεσημβρινή ανάπαυση υπήρξε ιστορικά τμήμα του καθημερινού ρυθμού ζωής, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι επιδράσεις του ημερήσιου ύπνου στην υγεία μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με το πολιτισμικό περιβάλλον.

Το ονειρικό βίωμα έχει συνδεθεί με τη συναισθηματική επεξεργασία και τη ρύθμιση των συναισθηματικών εμπειριών κατά τη διάρκεια του ύπνου (Walker & van der Helm, 2009; Nielsen & Levin, 2007). Η σύγχρονη νευροεπιστήμη υποστηρίζει ότι τα όνειρα συμβάλλουν στη συναισθηματική επεξεργασία, στην παγίωση της μνήμης και στην ενσωμάτωση εμπειριών της εγρήγορσης (Scarpelli et al., 2021). Ταυτόχρονα, μεταβολές στη συχνότητα ή στο περιεχόμενο των ονείρων έχουν συνδεθεί με ψυχολογική δυσφορία και νευροεκφυλιστικές διεργασίες. Πρόσφατα διαχρονικά δεδομένα δείχνουν ότι τα συχνά ενοχλητικά όνειρα μπορεί

να προβλέπουν μελλοντική γνωστική έκπτωση και αυξημένο κίνδυνο άνοιας (Badham & Pace-Schott, 2022; Otaiku, 2022). Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τα όνειρα ως δυνητικό, μη επεμβατικό δείκτη εγκεφαλικής και ψυχολογικής υγείας στην ύστερη ζωή.

Είναι σημαντικό ότι οι εμπειρίες ύπνου στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας διαμορφώνονται όχι μόνο από βιολογικούς μηχανισμούς, αλλά και από ψυχολογικές και κοινωνικές διεργασίες, σε συμφωνία με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας. Η μοναξιά έχει αναδειχθεί σε σημαντικό προγνωστικό παράγοντα διαταραχών ύπνου, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική απομόνωση συμβάλλει στον κατακερματισμό του ύπνου και στη μειωμένη συνέχειά του (Kurina et al., 2011). Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική αποσύνδεση ενδέχεται να αυξάνει τη φυσιολογική απόκριση στο στρες και την υπερεργήγορση, διαταράσσοντας έτσι τις αποκαταστατικές λειτουργίες του ύπνου (Bilgili, 2022). Αντίστροφα, ψυχοκοινωνικοί πόροι όπως το θετικό συναίσθημα, η ανθεκτικότητα και οι προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται ότι υποστηρίζουν υγιέστερα πρότυπα ύπνου.

Ένας τέτοιος ψυχοκοινωνικός πόρος είναι το χιούμορ, το οποίο έχει συσχετιστεί με συναισθηματική ρύθμιση, μείωση του στρες και βελτιωμένη ευεξία. Σύμφωνα με το μοντέλο των στυλ χιούμορ του Martin, το συνδετικό και το αυτοενισχυτικό χιούμορ αποτελούν προσαρμοστικές μορφές χιούμορ που προάγουν την κοινωνική σύνδεση και την ψυχική ανθεκτικότητα, ενώ το επιθετικό και το αυτοϋποτιμητικό χιούμορ αντανακλούν λιγότερο προσαρμοστικά πρότυπα αντιμετώπισης (Martin et al., 2003; Cann & Collette, 2014). Μέσα από την ικανότητά του να τροποποιεί τη συναισθηματική ένταση και να ενισχύει τους διαπροσωπικούς δεσμούς, το χιούμορ μπορεί να επηρεάζει έμμεσα τις εμπειρίες ύπνου. Ωστόσο, η εμπειρική έρευνα που εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στα στυλ χιούμορ και τον ύπνο παραμένει περιορισμένη.

Παρά το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τον ύπνο και τη γήρανση, οι περισσότερες μελέτες έχουν εξετάσει την ποιότητα ύπνου, τον ημερήσιο ύπνο ή το ονειρικό βίωμα μεμονωμένα. Σχετικά

λίγες έρευνες έχουν διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο οι διαστάσεις αυτές αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα ευρύτερο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο, ιδίως σε μεσογειακούς πληθυσμούς όπου πολιτισμικές πρακτικές όπως η σιέστα παραμένουν ιστορικά εγγεγραμμένες στον καθημερινό βίο. Επιπλέον, η πιθανή συμβολή ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών—συμπεριλαμβανομένης της μοναξιάς και των στυλ χιούμορ—στις εμπειρίες ύπνου έχει λάβει περιορισμένη εμπειρική προσοχή.

Παραμένει, επομένως, ένα σημαντικό κενό στην κατανόηση του πώς η βιολογική υγεία, η ψυχολογική ρύθμιση και οι κοινωνικοί πόροι διαμορφώνουν από κοινού τις εμπειρίες ύπνου στην ύστερη ζωή. Το παρόν ερευνητικό ερώτημα επιχειρεί να καλύψει αυτό το κενό εξετάζοντας τις συσχετίσεις ανάμεσα στην ποιότητα ύπνου, τον ημερήσιο ύπνο και την ανάκληση ονείρων και σε μια σειρά βιολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών σε μεγάλο δείγμα ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα.

10.1 Σκοπός

Ενσωματώνοντας οπτικές από την ιατρική του ύπνου, την ψυχολογία και την έρευνα κοινωνικής υγείας, η παρούσα διερεύνηση στοχεύει να συμβάλει σε μια πληρέστερη κατανόηση των μηχανισμών που διαμορφώνουν τις εμπειρίες ύπνου στη γήρανση. Με την ταυτόχρονη εξέταση της ποιότητας ύπνου, του ημερήσιου ύπνου και της ανάκλησης ονείρων, προσφέρεται μια πιο ολοκληρωμένη προοπτική για τις εμπειρίες ύπνου στην τρίτη ηλικία και αναδεικνύεται ο πιθανός ρόλος των ψυχοκοινωνικών πόρων στη διαμόρφωση εκβάσεων σχετικών με τον ύπνο. Το ερευνητικό σχέδιο και οι στατιστικές αναλύσεις επιλέχθηκαν με τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται άμεσα και συστηματικά στον γενικότερο σκοπό της διδακτορικής διατριβής.

10.2 Μέθοδος

10.2.1 Σχεδιασμός της μελέτης και συμμετέχοντες

Η παρούσα έρευνα υιοθέτησε συγχρονικό σχεδιασμό με σκοπό να διερευνήσει τις συσχετίσεις ανάμεσα στις εμπειρίες ύπνου, την κατάσταση υγείας, τη μοναξιά και τα στυλ χιούμορ σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Στη μελέτη συμμετείχαν 609 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που ζούσαν στην κοινότητα σε χώρα της Μεσογείου, ηλικίας 60 ετών και άνω. Οι συμμετέχοντες στρατολογήθηκαν μέσω κοινοτικών κέντρων, τοπικών μονάδων υγείας και κοινωνικών συλλόγων. Τα κριτήρια ένταξης ήταν: (α) ηλικία ≥ 60 ετών, (β) ικανότητα αυτόνομης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και (γ) απουσία σοβαρής γνωστικής διαταραχής που θα μπορούσε να παρεμποδίσει τη συμμετοχή.

Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και βασίστηκε σε έγγραφη ενημερωμένη συγκατάθεση. Όλες οι απαντήσεις ανωνυμοποιήθηκαν πριν από την ανάλυση. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Πανεπιστημίου χώρας της Μεσογείου. Όλοι οι συμμετέχοντες παρείχαν ενημερωμένη συγκατάθεση πριν από τη συμμετοχή τους και όλες οι απαντήσεις ανωνυμοποιήθηκαν ώστε να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα.

10.2.2 Εργαλεία μέτρησης

▪ Κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, όπως η ηλικία, το φύλο, το ύψος, το βάρος, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, ο αριθμός αδελφών και παιδιών, η επαγγελματική κατάσταση και ο τόπος κατοικίας. Πρόσθετα ερωτήματα αξιολόγησαν την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη στην καθημερινή ζωή, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας πρακτικής και συναισθηματικής βοήθειας.

▪ Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Η κατάσταση υγείας αξιολογήθηκε με το Short Form Health Survey (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992; Ware, 2000). Το εργαλείο αποτιμά οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία: Σωματική Λειτουργικότητα (PF), Σωματικός Ρόλος (RP), Σωματικός Πόνος (BP), Γενική Υγεία (GH), Ζωτικότητα (VT), Κοινωνική Λειτουργικότητα (SF), Συναισθηματικός Ρόλος (RE) και Ψυχική Υγεία (MH). Κάθε διάσταση βαθμολογείται από 0 έως 100, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη αντιλαμβανόμενη υγεία.

Σύμφωνα με τις τυπικές διαδικασίες, οι υποκλίμακες συνοψίστηκαν στη Συνοπτική Φυσική Συνιστώσα (PCS-36) και στη Συνοπτική Ψυχική Συνιστώσα (MCS-36) (Ware & Gandek, 1994). Το SF-36 έχει επικυρωθεί σε μεσογειακούς πληθυσμούς και εμφανίζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες.

▪ **Μεταβλητές ύπνου και ονείρων**

Η υποκειμενική εμπειρία ύπνου αξιολογήθηκε με πέντε ερωτήματα αυτοαναφοράς που κάλυπταν βασικές πτυχές του ύπνου και του ονειρικού βιώματος: την αντιλαμβανόμενη επάρκεια ύπνου, την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ύπνου, τη συχνότητα ημερήσιου ύπνου, τη συχνότητα ανάκλησης ονείρων και τη στάση απέναντι στη μνήμη των ονείρων. Τα ερωτήματα που αφορούσαν την επάρκεια ύπνου, την ποιότητα ύπνου, τον ημερήσιο ύπνο και την ανάκληση ονείρων βαθμολογήθηκαν σε κλίμακες Likert 5 βαθμίδων (1 = πολύ κακό/ποτέ έως 5 = πολύ καλό/πάντα). Η στάση απέναντι στη μνήμη των ονείρων αξιολογήθηκε σε κλίμακα 3 βαθμίδων (όχι, αδιάφορο, ναι). Υψηλότερες τιμές υποδήλωναν μεγαλύτερη παρουσία του αντίστοιχου χαρακτηριστικού. Τα ερωτήματα αυτά σχεδιάστηκαν ώστε να αποτυπώνουν συνοπτικά βασικές υποκειμενικές διαστάσεις του ύπνου και των ονείρων σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, διατηρώντας ταυτόχρονα το ερωτηματολόγιο σύντομο και εύχρηστο για συλλογή δεδομένων στην κοινότητα.

▪ **Μοναξιά**

Η μοναξιά αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Μοναξιάς De Jong Gierveld (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Η σύντομη έκδοση 6 ερωτημάτων διακρίνει δύο διαστάσεις: τη συναισθηματική μοναξιά και την κοινωνική μοναξιά. Οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων υπολογίστηκαν σύμφωνα με τις τυπικές οδηγίες βαθμολόγησης, με υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη μοναξιά.

▪ **Στυλ χιούμορ**

Τα στυλ χιούμορ αξιολογήθηκαν με το Humor Styles Questionnaire (HSQ) (Martin et al., 2003), το οποίο μετρά τέσσερα στυλ χιούμορ: το συνδετικό χιούμορ, το αυτοεπισχυτικό χιούμορ, το επιθετικό χιούμορ και το αυτοϋποτιμητικό χιούμορ. Τα ερωτήματα βαθμολογούνται σε κλίμακες Likert και αθροίζονται για κάθε υποκλίμακα, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν ισχυρότερη υιοθέτηση του αντίστοιχου στυλ.

10.2.3 Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια είτε αυτόνομα είτε, όταν αυτό ήταν απαραίτητο, με τη βοήθεια εκπαιδευμένου ερευνητικού προσωπικού, ώστε να διασφαλιστεί η ορθή κατανόηση των ερωτημάτων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε κοινοτικές δομές και όλες οι απαντήσεις καταγράφηκαν ανώνυμα. Μετά τη συλλογή των δεδομένων, τα ερωτηματολόγια κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν σε ασφαλή βάση δεδομένων για στατιστική ανάλυση. Όλα τα δεδομένα ανωνυμοποιήθηκαν πριν από την ανάλυση προκειμένου να προστατευθεί η εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων.

10.2.4 Στατιστική ανάλυση

Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση βιβλιοθηκών στατιστικής ανάλυσης της Python, συμπεριλαμβανομένων των pandas, scipy, statsmodels, seaborn και matplotlib. Αρχικά υπολογίστηκαν περιγραφικά στατιστικά μεγέθη (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, εύρη, συχνότητες και ποσοστά) για τη συνοπτική παρουσίαση των δημογραφικών, υγειονομικών και ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Οι συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών ύπνου και ονείρων και των βιοψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών εξετάστηκαν με τους συντελεστές συσχέτισης κατά τάξεις του Spearman, λόγω της διατακτικής φύσης των μετρήσεων τύπου Likert. Το συνολικό δείγμα περιλάμβανε 609 συμμετέχοντες· ωστόσο, λόγω περιστασιακών ελλειπουσών απαντήσεων, ο αριθμός των έγκυρων παρατηρήσεων διέφερε ελαφρώς μεταξύ των μεταβλητών.

Οι διαφορές μεταξύ φύλων στις μεταβλητές ύπνου εξετάστηκαν με τις δοκιμασίες Mann–Whitney U, ενώ το Cliff's delta χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης μεγέθους επίδρασης. Κατασκευάστηκαν ξεχωριστά μοντέλα παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές την ποιότητα ύπνου, τον ημερήσιο ύπνο και την ανάκληση ονείρων. Στους προβλεπτικούς παράγοντες συμπεριλήφθηκαν βιολογικοί παράγοντες, ψυχολογικοί παράγοντες και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Όλοι οι προβλεπτικοί παράγοντες τυποποιήθηκαν πριν από τη μοντελοποίηση, ενώ ελέγχθηκαν και οι δείκτες διόγκωσης διακύμανσης (VIF) για την αξιολόγηση πιθανής πολυσυγγραμμικότητας. Τα ελλείποντα δεδομένα ήταν ελάχιστα και αντιμετωπίστηκαν με listwise deletion. Η στατιστική σημαντικότητα αξιολογήθηκε με αμφίπλευρους ελέγχους και επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = .05$.

10.3 Αποτελέσματα

10.3.1 Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 609 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που διέμεναν στην κοινότητα, ηλικίας 60 ετών και άνω ($M = 77.58$, $SD = 8.55$ · εύρος = 60–99). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που αξιολογούσαν δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, μοναξιά, στυλ χιούμορ και εμπειρίες σχετιζόμενες με τον ύπνο.

Το δείγμα περιλάμβανε άνδρες και γυναίκες που ζούσαν στην κοινότητα και αντιπροσώπευε μια ετερογενή ομάδα ηλικιωμένων με διαφορετικά επίπεδα υγείας, κοινωνικής συνδεσιμότητας και ψυχολογικής λειτουργίας. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν επίσης από ένα

ευρύ φάσμα εκπαιδευτικών επιπέδων, οικογενειακών καταστάσεων και οικογενειακών δομών, επιτρέποντας τη διερεύνηση των εμπειριών ύπνου σε διαφορετικά κοινωνικά συμφραζόμενα της ύστερης ζωής.

Οι περιγραφικές αναλύσεις έδειξαν σημαντική διακύμανση στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ύπνου, στη συχνότητα ημερήσιου ύπνου και στην ανάκληση ονείρων. Οι δείκτες κατάστασης υγείας από το SF-36 αντανακλούσαν ευρύ φάσμα αντιλαμβανόμενης σωματικής και ψυχικής υγείας μέσα στο δείγμα. Για να εξεταστούν οι σχέσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών της μελέτης, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές ύπνου, στους δείκτες υγείας, στη μοναξιά και στα στυλ χιούμορ.

10.3.2 Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών ύπνου και δεικτών υγείας

Οι αναλύσεις συσχέτισης ανέδειξαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ μεταβλητών ύπνου και δεικτών σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Όπως αναμενόταν, η αντιλαμβανόμενη επάρκεια ύπνου και η συνολική ποιότητα ύπνου εμφάνισαν πολύ ισχυρή συσχέτιση, γεγονός που αντανακλά την εννοιολογική τους εγγύτητα ως υποκειμενικοί δείκτες της εμπειρίας του ύπνου. Η υψηλότερη ποιότητα ύπνου συσχετίστηκε θετικά με καλύτερη ψυχική υγεία και καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα άτομα με καλύτερη ψυχολογική ευημερία ανέφεραν και πιο ικανοποιητικό ύπνο. Αντίστροφα, η χειρότερη ποιότητα ύπνου συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης υγείας. Παρομοίως, ο ημερήσιος ύπνος συνδέθηκε με διάφορους δείκτες υγείας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η συμπεριφορά ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας μπορεί να αντανακλά υποκείμενες σωματικές ή ψυχολογικές καταστάσεις στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Όσον αφορά την ανάκληση ονείρων, παρατηρήθηκαν μέτριες συσχετίσεις με ψυχολογικές μεταβλητές, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι εμπειρίες των ονείρων ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν ευρύτερες συναισθηματικές και γνωστικές διεργασίες κατά τον ύπνο.

▪ Μοναξιά και εμπειρίες ύπνου

Η μοναξιά συσχετίστηκε σημαντικά με τις εμπειρίες ύπνου στο δείγμα. Υψηλότερα επίπεδα τόσο συναισθηματικής όσο και κοινωνικής μοναξιάς σχετίστηκαν με χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα ύπνου. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η αντιλαμβανόμενη κοινωνική αποσύνδεση μπορεί να επηρεάζει τις εμπειρίες ύπνου στην ύστερη ζωή, σε συμφωνία με βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα που συνδέουν τις κοινωνικές σχέσεις με τη ρύθμιση του ύπνου.

▪ **Στυλ χιούμορ και μεταβλητές ύπνου**

Οι συσχετίσεις μεταξύ στυλ χιούμορ και μεταβλητών ύπνου έδειξαν ότι τα προσαρμοστικά στυλ χιούμορ, ιδίως το συνδετικό και το αυτοενισχυτικό χιούμορ, συνδέθηκαν με πιο θετικές εμπειρίες ύπνου. Αντίθετα, τα μη προσαρμοστικά στυλ χιούμορ, όπως το επιθετικό και το αυτοϋποτιμητικό, εμφάνισαν ασθενέστερες ή αρνητικές σχέσεις με την ποιότητα ύπνου και την ψυχολογική ευημερία. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι το χιούμορ ενδέχεται να λειτουργεί ως ψυχοκοινωνικός πόρος που επηρεάζει τη συναισθηματική ρύθμιση και, κατ' επέκταση, τις εμπειρίες ύπνου στην τρίτη ηλικία.

▪ **Διαφορές φύλου στις εμπειρίες ύπνου**

Οι συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ανέδειξαν αρκετές διαφορές σχετιζόμενες με το φύλο στις μεταβλητές ύπνου. Οι γυναίκες ανέφεραν κάπως διαφορετικά πρότυπα ποιότητας ύπνου και ανάκλησης ονείρων σε σύγκριση με τους άνδρες. Ωστόσο, το μέγεθος αυτών των διαφορών ήταν σχετικά μικρό, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι εμπειρίες ύπνου στην ύστερη ζωή διαμορφώνονται από πολλαπλούς αλληλεπιδρώντες βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και όχι από το φύλο και μόνο.

10.3.3 Προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ύπνου

Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης για την ταυτοποίηση σημαντικών προβλεπτικών παραγόντων της ποιότητας ύπνου στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάσταση ψυχικής υγείας, η αντιλαμβανόμενη μοναξιά και ορισμένα στυλ χιούμορ συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη της ποιότητας ύπνου.

Ειδικότερα, υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας συνδέθηκαν με καλύτερες υποκειμενικές εμπειρίες ύπνου, ενώ μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη μοναξιά συσχετίστηκε με φτωχότερα αποτελέσματα ύπνου. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι τόσο η ψυχολογική λειτουργία όσο και η κοινωνική συνδεσιμότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ποιότητας ύπνου στην ύστερη ζωή. Συνολικά, τα μοντέλα παλινδρόμησης εξήγησαν ουσιαστικό ποσοστό της διακύμανσης στην ποιότητα ύπνου, αναδεικνύοντας τη συνδυασμένη επίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη ρύθμιση των προτύπων ύπνου στην τρίτη ηλικία.

10.4 Συζήτηση

10.4.1 Ενσωματώνοντας την ποιότητα του ύπνου στην ύστερη ζωή

Τα παρόντα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι η ποιότητα ύπνου στην ύστερη ζωή δεν θα πρέπει να νοείται ως παθητικό παράγωγο της γήρανσης, αλλά ως δείκτης ευρύτερης βιοψυχοκοινωνικής λειτουργίας. Σε συμφωνία με προηγούμενη έρευνα, η καλύτερη αντιλαμβανόμενη ψυχική και σωματική υγεία συσχετίστηκε με καλύτερη υποκειμενική ποιότητα ύπνου (Li et al., 2022). Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν την άποψη ότι η ποιότητα ύπνου αντανακλά τη συνολική λειτουργική ακεραιότητα τόσο των φυσιολογικών όσο και των ψυχολογικών συστημάτων.

Η ισχυρή συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας στο παρόν δείγμα ενισχύει περαιτέρω αυτή την ερμηνεία. Στην ύστερη ζωή, η σωματική λειτουργικότητα και η ψυχολογική ευημερία συχνά διαπλέκονται στενά, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι εμπειρίες ύπνου ενδέχεται να αναδύονται από ένα ευρύτερο σύστημα ρύθμισης της υγείας και όχι από μεμονωμένους βιολογικούς μηχανισμούς.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το συνδετικό χιούμορ αναδείχθηκε ως θετικός προβλεπτικός παράγοντας της ποιότητας ύπνου, υπογραμμίζοντας τον ρόλο του θετικού συναισθήματος, της

κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της συναισθηματικής ρύθμισης στη διευκόλυνση του αποκαταστατικού ύπνου. Το χιούμορ, ιδιαίτερα στη συνδετική του μορφή, έχει δείχθει ότι μετριάζει το στρες και μειώνει τη φυσιολογική διέγερση μέσω του γέλιου και του κοινωνικού δεσμού (Martin, 2003). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το χιούμορ μπορεί να λειτουργεί ως ψυχοκοινωνικός πόρος που βοηθά τα άτομα να ρυθμίζουν τη συναισθηματική ένταση και να διατηρούν ψυχολογική ισορροπία, υποστηρίζοντας έτσι έμμεσα υγιέστερα πρότυπα ύπνου.

Συνολικά, τα ευρήματα αυτά μετακινούν τη συζήτηση πέρα από μονοδιάστατα μοντέλα «προβλημάτων ύπνου», προς μια πιο ολοκληρωμένη προοπτική στην οποία οι σχεσιακοί πόροι, η ψυχολογική λειτουργία και η κατάσταση υγείας συνεισφέρουν από κοινού στη νυχτερινή αποκατάσταση. Η ποιότητα του ύπνου φαίνεται να είναι ενσωματωμένη σε ένα δίκτυο βιοψυχοκοινωνικών διεργασιών και όχι να καθορίζεται αποκλειστικά από τη βιολογική γήρανση.

Με αυτή τη βάση, καθίσταται σημαντικό να εξεταστεί και μια συναφής συμπεριφορική διάσταση του ύπνου στην ύστερη ζωή —ο ημερήσιος ύπνος— ο οποίος συχνά αντανακλά τη δυναμική αλληλεπίδραση φυσιολογικών αναγκών, τρόπου ζωής και ψυχοκοινωνικού πλαισίου.

10.4.2 Ημερήσιος ύπνος: ένα φαινόμενο με δύο όψεις

Ο ημερήσιος ύπνος αναδείχθηκε στην παρούσα μελέτη ως φαινόμενο με τόσο προσαρμοστικές όσο και δυνητικά μη προσαρμοστικές όψεις. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνδρες ανέφεραν μακρύτερους και συχνότερους υπνάκους, ενώ η αυξημένη ηλικία προέβλεπε μεγαλύτερη συχνότητα ημερήσιου ύπνου. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενη έρευνα που δείχνει ότι ο ημερήσιος ύπνος αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας, καθώς ο νυχτερινός ύπνος γίνεται πιο κατακερματισμένος.

Σύντομοι και στρατηγικά χροнисμένοι υπνάκοι μπορεί να βελτιώνουν την εγρήγορση, τη γνωστική απόδοση και την παγίωση της μνήμης (Faraut et al., 2017). Ωστόσο, η υπερβολική

ή ακανόνιστη ημερήσια ανάπαυση έχει επίσης συνδεθεί με δυσμενείς καρδιομεταβολικές εκβάσεις, γνωστική έκπτωση και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Leng et al., 2020).

Τα παρόντα ευρήματα προσθέτουν αποχρώσεις σε αυτή τη βιβλιογραφία, αναδεικνύοντας το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα ο ημερήσιος ύπνος. Οι παρατηρούμενες συσχετίσεις μεταξύ προτύπων ημερήσιου ύπνου, χαμηλότερων επιπέδων κοινωνικής μοναξιάς και επιθετικού χιούμορ υποδηλώνουν ότι η συμπεριφορά ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας ενδέχεται να αντανακλά ευρύτερες συναισθηματικές ή διαπροσωπικές δυναμικές. Υπό αυτή την έννοια, ο ημερήσιος ύπνος μπορεί να συνιστά όχι μόνο αντισταθμιστική φυσιολογική απόκριση σε φτωχό νυχτερινό ύπνο, αλλά και μια μορφή αντιμετώπισης ενσωματωμένη σε κοινωνικά και ψυχολογικά συμφραζόμενα.

10.4.3 Ανάκληση ονείρων και ψυχολογικές συσχετίσεις

Η ανάκληση ονείρων στην παρούσα μελέτη συσχετίστηκε θετικά με τη σωματική υγεία, το αυτοεπισχυτικό χιούμορ και το γυναικείο φύλο. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενη βιβλιογραφία που υποδηλώνει ότι η συχνότητα ανάκλησης ονείρων συνδέεται με γνωστική ενεργοποίηση, συναισθηματική επεξεργασία και προσοχική εμπλοκή κατά τη διάρκεια του ύπνου (Nielsen & Carr, 2017).

Το αυτοεπισχυτικό χιούμορ, το οποίο χαρακτηρίζεται από αισιόδοξο και εσωτερικά υποστηρικτικό γνωστικό ύφος, μπορεί να διευκολύνει την αναστοχαστική επεξεργασία και τη συναισθηματική ενσωμάτωση. Τα άτομα που χρησιμοποιούν αυτό το στυλ χιούμορ ενδέχεται να διατηρούν έναν ψυχολογικό προσανατολισμό που ευνοεί τη νοητική επεξεργασία και τη συμβολική λειτουργία, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα ανάκλησης των ονείρων.

Η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική μοναξιά και την ανάκληση ονείρων μπορεί να υποδηλώνει ότι η μειωμένη διαπροσωπική εμπλοκή στην ύστερη ζωή συνοδεύεται από περιορισμένη συναισθηματική και γνωστική ενεργοποίηση κατά τον ύπνο. Η ονειρική δραστηριότητα συχνά αντανακλά την επεξεργασία κοινωνικά σημαντικών εμπειριών και,

επομένως, χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής αλληλεπίδρασης μπορεί να συνδέονται με λιγότερες αξιομνημόνευτες ονειρικές εμπειρίες.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι μεταβολές στα πρότυπα ανάκλησης ονείρων μπορεί να προηγούνται της νευρογνωστικής έκπτωσης και να αποτελούν πιθανούς πρώιμους δείκτες νευρολογικής ευαλωτότητας. Παρότι η παρούσα μελέτη δεν εξετάζει διαχρονικές τροχιές, οι συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν υπογραμμίζουν τη σημασία της εξέτασης των ονειρικών εμπειριών μέσα σε ευρύτερα μοντέλα ψυχολογικής και νευρολογικής λειτουργίας.

10.4.4 Μηχανισμοί ψυχολογικής και συναισθηματικής ρύθμισης

Τα ευρήματα είναι συμβατά με ευρύτερες ψυχολογικές θεωρίες συναισθηματικής ρύθμισης και κοινωνικής λειτουργίας. Η θετική συσχέτιση μεταξύ συνδετικού χιούμορ και ποιότητας ύπνου ευθυγραμμίζεται με αρχές της θετικής ψυχολογίας, οι οποίες τονίζουν τον ρόλο των θετικών συναισθημάτων στη διεύρυνση της γνωστικής ευελιξίας και στη διευκόλυνση προσαρμοστικών μορφών αντιμετώπισης. Αντίστοιχα, το αυτοενισχυτικό χιούμορ μπορεί να γίνει κατανοητό ως γνωστικό ύφος που προάγει την ανθεκτικότητα μέσω της επαναπλαισίωσης του στρες και της διατήρησης αισιοδοξίας σε συνθήκες δυσκολίας.

Η σχέση μεταξύ μοναξιάς και διαταραχής ύπνου συμφωνεί με κοινωνικογνωστικά μοντέλα σύμφωνα με τα οποία η αντιλαμβανόμενη κοινωνική απομόνωση αυξάνει την επαγρύπνηση και τη φυσιολογική διέγερση. Τα πρότυπα ημερήσιου ύπνου μπορούν επίσης να ερμηνευθούν μέσα από το πλαίσιο του στρες και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Όταν ο νυχτερινός ύπνος είναι κατακερματισμένος, ο ημερήσιος ύπνος μπορεί να λειτουργεί ως προσαρμοστικός αντισταθμιστικός μηχανισμός· όταν όμως γίνεται παρατεταμένος ή ακανόνιστος, ενδέχεται να διαταράσσει τους κερκάρδιους ρυθμούς και να ενισχύει μη προσαρμοστικούς κύκλους ύπνου–εγρήγορσης.

10.4.5 Ψυχαναλυτική ενοποίηση των ευρημάτων

Τα εμπειρικά πρότυπα που παρατηρήθηκαν μπορούν να ερμηνευθούν και μέσα από ένα ψυχαναλυτικό πρίσμα που δίνει έμφαση στον ρόλο της αμυντικής οργάνωσης και της συμβολικής επεξεργασίας στην ψυχική ρύθμιση. Το συνδετικό και το αυτοενισχυτικό χιούμορ μπορούν να νοηθούν ως ώριμες αμυντικές διεργασίες. Μέσω του χιούμορ, η ψυχική σύγκρουση μπορεί να συμβολοποιείται αντί να εκφορτίζεται άμεσα.

Αντίθετα, η συσχέτιση μεταξύ επιθετικού χιούμορ και αυξημένου ημερήσιου ύπνου μπορεί να αντανακλά λιγότερο επεξεργασμένο αμυντικό ύφος. Η ερμηνεία αυτή συντονίζεται με την έννοια του Bion για το όνειρο ως ψυχική λειτουργία περιέξεως, μέσω της οποίας η ακατέργαστη συναισθηματική εμπειρία μετασχηματίζεται σε συμβολική μορφή.

Προς ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της εμπειρίας του ύπνου στη γήρανση

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παραπέμπουν σε ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο στο οποίο ο ύπνος στην ύστερη ζωή αναδύεται μέσα από τη δυναμική αλληλεπίδραση βιολογικής υγείας, κοινωνικής εμπειρίας και ψυχολογικής ρύθμισης. Αντί να αποτελεί απομονωμένο φυσιολογικό φαινόμενο, η ποιότητα του ύπνου φαίνεται να είναι ενσωματωμένη σε ένα ευρύτερο βιοψυχοκοινωνικό σύστημα που αντανακλά τη σωματική κατάσταση του ατόμου, το σχεσιακό του περιβάλλον και το ρεπερτόριο συναισθηματικών στρατηγικών αντιμετώπισης.

Οι ψυχολογικοί πόροι αντιμετώπισης φαίνεται να διαδραματίζουν μεσολαβητικό ρόλο σε αυτό το σύστημα. Τα στυλ χιούμορ —ιδίως το συνδετικό και το αυτοενισχυτικό χιούμορ— συνδέθηκαν με πιο προσαρμοστικές εμπειρίες σχετιζόμενες με τον ύπνο. Τα στυλ αυτά μπορεί να λειτουργούν ως μηχανισμοί συναισθηματικής ρύθμισης που μετασχηματίζουν την ένταση σε κοινωνικά νοηματοδοτημένη αλληλεπίδραση και γνωστική επαναπλαισίωση.

Συνολικά, οι σχέσεις αυτές υποδηλώνουν ένα Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο της Εμπειρίας του Ύπνου στη Γήρανση, στο οποίο η βιολογική υγεία, το σχεσιακό πλαίσιο και οι ψυχολογικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης συγκλίνουν για να διαμορφώσουν βασικές εκβάσεις σχετιζόμενες

με τον ύπνο, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας ύπνου, των προτύπων ημερήσιου ύπνου και της ανάκλησης ονείρων.

10.4.6 Κλινικές Προεκτάσεις στη Δημόσια Υγεία

Από κλινική άποψη, τα παρόντα ευρήματα αναδεικνύουν τη σημασία υιοθέτησης ολοκληρωμένων προσεγγίσεων για την υγεία του ύπνου στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Παρότι η Γνωσιακή–Συμπεριφορική Θεραπεία για την Αϋπνία παραμένει η θεραπεία πρώτης γραμμής για τις διαταραχές ύπνου, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί επίσης να παίζουν ουσιαστικό ρόλο στη διαμόρφωση των εμπειριών ύπνου. Η ενίσχυση του συνδετικού και του αυτοενισχυτικού χιούμορ, η προαγωγή της κοινωνικής συμμετοχής και η αντιμετώπιση της μοναξιάς ενδέχεται να βελτιώνουν έμμεσα την ποιότητα του ύπνου. Σε επίπεδο δημόσιας υγείας, προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση του ύπνου στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας θα μπορούσαν να ενσωματώσουν στρατηγικές ενίσχυσης των κοινωνικών δεσμών και της ψυχολογικής ανθεκτικότητας παράλληλα με την εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής του ύπνου.

10.5 Κλινικές Προεκτάσεις στη Δημόσια Υγεία

Η μελέτη παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως το σχετικά μεγάλο δείγμα ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα, την ταυτόχρονη εξέταση πολλαπλών διαστάσεων της εμπειρίας του ύπνου και την ενσωμάτωση ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην ανάλυση. Ωστόσο, ο συγχρονικός σχεδιασμός δεν επιτρέπει αιτιώδη συμπεράσματα, όλες οι μεταβλητές αξιολογήθηκαν με μέσα αυτοαναφοράς και η μεσογειακή πολιτισμική προέλευση του δείγματος μπορεί να περιορίζει τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων.

Μελλοντικές έρευνες θα ωφεληθούν από τη χρήση αντικειμενικών μέτρων ύπνου, διαχρονικών σχεδιασμών και πιο λεπτομερών αξιολογήσεων του ονειρικού βιώματος. Παρά τους περιορισμούς, η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση των εμπειριών ύπνου στην ύστερη ζωή μέσα σε ένα βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο.

10.6 Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, τα παρόντα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι εμπειρίες ύπνου στην ύστερη ζωή αναδύονται από τη δυναμική αλληλεπίδραση βιολογικής υγείας, ψυχολογικής λειτουργίας και κοινωνικής συνδεσιμότητας. Αντί να αντανακλά αποκλειστικά φυσιολογικές διεργασίες, ο ύπνος στην τρίτη ηλικία φαίνεται να είναι ενσωματωμένος σε ένα ευρύτερο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο που συνδέει την κατάσταση υγείας, τη συναισθηματική ρύθμιση και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η κατανόηση του ύπνου μέσα από αυτή την ολοκληρωμένη προοπτική μπορεί να συμβάλει τόσο στον σχεδιασμό κλινικών παρεμβάσεων όσο και σε στρατηγικές δημόσιας υγείας που στοχεύουν στην προαγωγή της υγιούς γήρανσης και στη βελτίωση της συνολικής ευεξίας στην ύστερη ζωή.

2η Ερευνητική Ενότητα

Διερεύνηση της αυτοφροντίδας ως συμπεριφορική οδός που συνδέει τη μοναξιά με την ποιότητα ζωής σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας

*«Caring for myself is not self-indulgence, it is self-preservation»
Audre Lorde*

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μία από τις πλέον καθοριστικές δημογραφικές μεταβολές των σύγχρονων κοινωνιών, με το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω να αυξάνεται σταθερά. Αν και το προσδόκιμο ζωής έχει βελτιωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο, οι βελτιώσεις αυτές δεν συνοδεύονται απαραίτητα από αντίστοιχη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ιδίως στα προχωρημένα στάδια της γήρανσης (World Health Organization, 2015). Ως εκ τούτου, η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας έχει καταστεί κεντρικό ζητούμενο τόσο για την έρευνα όσο και για τη δημόσια υγεία.

Η χηρεία έχει παραδοσιακά αντιμετωπιστεί ως βασικός παράγοντας κινδύνου στην τρίτη ηλικία· ωστόσο, μια τέτοια προσέγγιση ενδέχεται να παραβλέπει τις δυναμικές ψυχολογικές και συμπεριφορικές διεργασίες μέσω των οποίων η απώλεια βιώνεται και ενσωματώνεται στην καθημερινή εμπειρία.

Μεταξύ των παραγόντων αυτών, η μοναξιά έχει συστηματικά συσχετιστεί με δυσμενέστερα αποτελέσματα τόσο στη ψυχική όσο και στη σωματική υγεία (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015; Holt-Lunstad, 2022). Σημαντικό είναι ότι η μοναξιά διαφοροποιείται

εννοιολογικά από την αντικειμενική κοινωνική απομόνωση, καθώς τα άτομα μπορεί να βιώνουν μοναξιά ακόμη και όταν διαθέτουν κοινωνικά δίκτυα, γεγονός που αναδεικνύει την πρωτεύουσα σημασία της υποκειμενικής εμπειρίας στη διαμόρφωση της ευημερίας (Perlman & Replau, 1981).

Ένα αυξανόμενο σώμα ερευνών έχει επιχειρήσει να εντοπίσει τους μηχανισμούς μέσω των οποίων η μοναξιά επηρεάζει την υγεία. Προγενέστερες μελέτες έχουν εστιάσει κυρίως σε ψυχολογικούς διαμεσολαβητές, όπως η κατάθλιψη, το στρες και η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, δείχνοντας ότι οι παράγοντες αυτοί εξηγούν εν μέρει τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και μειωμένης ποιότητας ζωής (Cacioppo et al., 2006; Luo et al., 2012). Ωστόσο, οι προσεγγίσεις αυτές έχουν δώσει έμφαση κυρίως σε εσωτερικές συναισθηματικές διεργασίες, αφήνοντας σχετικά ανεξερεύνητο τον ρόλο της καθημερινής συμπεριφορικής ρύθμισης στη μετατροπή της κοινωνικής εμπειρίας σε εκβάσεις υγείας. Πρόσφατες θεωρητικές εξελίξεις υποδεικνύουν ότι η μοναξιά μπορεί να επηρεάζει την υγεία όχι μόνο μέσω συναισθηματικών οδών, αλλά και μέσω συμπεριφορικών και ρυθμιστικών μηχανισμών (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Ειδικότερα, η μοναξιά έχει συσχετιστεί με διαταραχές σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, η φτωχότερη φροντίδα της υγείας και η μειωμένη εμπλοκή σε καθημερινές πρακτικές αυτοφροντίδας (Shankar et al., 2011).

Παράλληλα, δημογραφικές μεταβλητές —και ιδίως η χηρεία— έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως ως δείκτες ευαλωτότητας στην τρίτη ηλικία. Η χηρεία συνδέεται συχνά με αυξημένα επίπεδα μοναξιάς, ψυχολογικής δυσφορίας και μειωμένης ποιότητας ζωής και αντιμετωπίζεται συχνά ως βασικός ερμηνευτικός παράγοντας στη σχετική βιβλιογραφία (Stroebe et al., 2007). Ωστόσο, μια τέτοια προσέγγιση ενδέχεται να απλοποιεί την πολυπλοκότητα των εμπειριών της γήρανσης, ταυτίζοντας δομικές συνθήκες με βιωμένες ψυχοκοινωνικές διεργασίες. Αναδυόμενα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι υποκειμενικές εμπειρίες, όπως η μοναξιά, ενδέχεται να αποτελούν ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες για την υγεία σε σχέση με

την αντικειμενική κοινωνική κατάσταση (Holt-Lunstad et al., 2015). Πρόσφατες μελέτες έχουν επίσης αναδείξει την αυξανόμενη συχνότητα και πολυπλοκότητα της μοναξιάς στις σύγχρονες κοινωνίες, ιδιαίτερα στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για πιο σύνθετα ερμηνευτικά μοντέλα (Lim et al., 2020).

Σε ένα βαθύτερο επίπεδο, η μοναξιά δεν συνιστά απλώς μια κατάσταση κοινωνικής έλλειψης, αλλά μια σύνθετη ψυχική εμπειρία που σχετίζεται με την ποιότητα των εσωτερικευμένων σχέσεων. Από μια ψυχαναλυτική σκοπιά, η απώλεια του σημαντικού άλλου δεν αφορά μόνο την εξωτερική πραγματικότητα, αλλά και τη διατάραξη των εσωτερικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων που οργανώνουν την αίσθηση συνοχής του εαυτού. Όπως υποδηλώνουν σχετικές θεωρήσεις, η ικανότητα του ατόμου να «είναι μόνος παρουσία του άλλου» (Winnicott) αποτελεί κρίσιμο αναπτυξιακό επίτευγμα, το οποίο, όταν κλονίζεται, μπορεί να οδηγήσει σε εμπειρίες αποσύνδεσης και εσωτερικού κενού (Winnicott, 1958 & 1965; Bowlby, 1969 & 1980).

Η εμπειρία της απώλειας μπορεί να ιδωθεί ως μια διαδικασία απορρύθμισης, κατά την οποία το άτομο καλείται να επεξεργαστεί συναισθηματικά φορτία που προηγουμένως «κρατούνταν» μέσα σε μια σχέση. Από αυτή την οπτική, ο άλλος λειτουργεί ως φορέας ψυχικής συγκράτησης (containment), συμβάλλοντας στη ρύθμιση του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Όταν αυτή η σχέση διαρρηγνύεται, η ικανότητα αυτορρύθμισης ενδέχεται να αποδυναμώνεται, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται όχι μόνο τα συναισθηματικά βιώματα, αλλά και οι καθημερινές πρακτικές φροντίδας του εαυτού (Bion, 1962a & 1962b).

Υπό αυτό το πρίσμα, η αυτοφροντίδα μπορεί να θεωρηθεί όχι απλώς ως σύνολο συμπεριφορών, αλλά ως έκφραση μιας εσωτερικευμένης σχέσης με τον εαυτό. Η ικανότητα φροντίδας του εαυτού προϋποθέτει την ύπαρξη εσωτερικών αναπαραστάσεων που υποστηρίζουν την αξία της φροντίδας και τη διατήρηση της ζωής. Όταν η εμπειρία της

μοναξιάς ενισχύει αισθήματα αποσύνδεσης ή απώλειας νοήματος, η σχέση αυτή μπορεί να διαβρώνεται, οδηγώντας σε σταδιακή υποχώρηση των πρακτικών αυτοφροντίδας.

Σε αυτό το πλαίσιο, η αυτοφροντίδα αναδεικνύεται ως μια θεωρητικά σημαντική αλλά εμπειρικά υπομελετημένη έννοια. Η αυτοφροντίδα περιλαμβάνει ένα σύνολο καθημερινών συμπεριφορών και πρακτικών μέσω των οποίων τα άτομα διατηρούν τη σωματική τους υγεία, την ψυχολογική ισορροπία και τη λειτουργική τους αυτονομία. Σε αυτές περιλαμβάνονται δραστηριότητες που σχετίζονται με την υγιεινή, τη διατροφή, την κινητικότητα, τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, την πρόληψη και τη συμμετοχή σε νοηματοδοτημένες καθημερινές ρουτίνες. Αν και η αυτοφροντίδα έχει μελετηθεί εκτενώς σε κλινικά και χρόνια νοσήματα, ο ρόλος της ως συμπεριφορικής οδού που συνδέει ψυχοκοινωνικούς παράγοντες με εκβάσεις υγείας στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας παραμένει ανεπαρκώς διερευνημένος. Σύγχρονα μοντέλα προσεγγίζουν την αυτοφροντίδα ως μια δυναμική ρυθμιστική διεργασία (Riegel et al., 2012), η οποία έχει περαιτέρω εμπλουτιστεί ώστε να περιλαμβάνει διαδικασίες αντίληψης και διαχείρισης συμπτωμάτων (Riegel et al., 2019).

Από θεωρητική σκοπιά, η σχέση αυτή μπορεί να ενταχθεί στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Engel, 1977), το οποίο υποστηρίζει ότι οι εκβάσεις υγείας προκύπτουν από τη δυναμική αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στο πλαίσιο αυτό, η μοναξιά μπορεί να θεωρηθεί ως ψυχοκοινωνικός στρεσογόνος παράγοντας, ενώ η αυτοφροντίδα ως μια συμπεριφορική-ρυθμιστική διεργασία μέσω της οποίας τα άτομα διατηρούν ή αποκαθιστούν την ισορροπία τους. Παράλληλα, η αυτοφροντίδα μπορεί να ιδωθεί και υπό το πρίσμα της θεωρίας αυτορρύθμισης, ως ένα σύνολο στοχοκατευθυνόμενων συμπεριφορών που επιτρέπουν τη διατήρηση της λειτουργικότητας και της ευημερίας με την πάροδο του χρόνου (Baumeister & Vohs, 2007). Όταν η μοναξιά διαταράσσει τα κίνητρα και τις ρυθμιστικές ικανότητες, η εμπλοκή σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας ενδέχεται να μειώνεται, ενισχύοντας έτσι την αρνητική της επίδραση στην υγεία.

Παρά τη θεωρητική της σημασία, η αυτοφροντίδα έχει σπάνια εξεταστεί ως διαμεσολαβητικός μηχανισμός μεταξύ μοναξιάς και ποιότητας ζωής στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Η πλειονότητα των υφιστάμενων μελετών έχει εστιάσει είτε σε συναισθηματικούς διαμεσολαβητές είτε σε δομικούς δείκτες, όπως η οικογενειακή κατάσταση. Αυτό αφήνει ένα σημαντικό κενό στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι υποκειμενικές κοινωνικές εμπειρίες ενσωματώνονται στην υγεία μέσω της καθημερινής συμπεριφοράς.

11.1 Σκοπός και Σχεδιασμός της Μελέτης

Η παρούσα ερευνητική ενότητα αποσκοπεί στην κάλυψη αυτού του κενού, εξετάζοντας την αυτοφροντίδα ως κεντρικό συμπεριφορικό διαμεσολαβητή στη σχέση μεταξύ μοναξιάς και ποιότητας ζωής στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Ειδικότερα, διερευνάται κατά πόσο η αυτοφροντίδα εξηγεί τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής διάστασης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, πέραν της επίδρασης της χηρείας και άλλων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων.

Μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον από στατικές δημογραφικές κατηγορίες προς δυναμικές συμπεριφορικές διεργασίες, η μελέτη αυτή επιδιώκει να συμβάλει σε μια πιο ακριβή και πρακτικά αξιοποιήσιμη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι κοινωνικές εμπειρίες μεταφράζονται σε εκβάσεις υγείας στην τρίτη ηλικία. Με τον τρόπο αυτό, η αυτοφροντίδα δεν αντιμετωπίζεται απλώς ως συνοδός της ευημερίας, αλλά ως βασικός μηχανισμός μέσω του οποίου εκδηλώνονται οι επιδράσεις της μοναξιάς.

Πραγματοποιήθηκε, λοιπόν, διατομεακή, παρατηρητική μελέτη σε ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν στην κοινότητα. Οι συμμετέχοντες στρατολογήθηκαν με τη μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας από κοινοτικά πλαίσια. Κριτήρια ένταξης αποτέλεσαν η ηλικία ≥ 60 ετών, καθώς και η ικανότητα παροχής ενημερωμένης συγκατάθεσης και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Συνολικά, στη μελέτη συμμετείχαν 680 άτομα. Μετά τον χειρισμό των ελλειπουσών τιμών, το τελικό αναλυτικό δείγμα για τα κύρια μοντέλα κυμάνθηκε μεταξύ 607 και 608 συμμετεχόντων, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των μεταβλητών, λόγω μικρών διαφοροποιήσεων στις ελλείπουσες τιμές.

11.2 Αποτελέσματα

Μια σαφής και συνεπής εικόνα προέκυψε από το σύνολο των αναλύσεων, υποδεικνύοντας ισχυρές και θεωρητικά συνεκτικές σχέσεις μεταξύ της μοναξιάς, της αυτοφροντίδας και της ποιότητας ζωής.

11.2.1 Περιγραφικά στατιστικά

Τα περιγραφικά στατιστικά και οι διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των κύριων μεταβλητών της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η μοναξιά συσχετίστηκε σημαντικά και αρνητικά τόσο με τη ψυχική όσο και με τη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς συνδέθηκαν με χαμηλότερη ψυχική υγεία ($r = -.57, p < .001$) και χαμηλότερη σωματική υγεία ($r = -.50, p < .001$).

Η αυτοφροντίδα συσχετίστηκε θετικά με αμφότερες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, παρουσιάζοντας ισχυρές συσχετίσεις με την ψυχική υγεία ($r = .68, p < .001$) και τη σωματική υγεία ($r = .63, p < .001$). Επιπλέον, η μοναξιά συσχετίστηκε έντονα και αρνητικά με την αυτοφροντίδα ($r = -.65, p < .001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς τείνουν να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα καθημερινής αυτορρύθμισης και συμπεριφορών φροντίδας του εαυτού.

Συνολικά, τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ένα στενά διασυνδεδεμένο μοτίβο, στο οποίο η μοναξιά, η αυτοφροντίδα και η ποιότητα ζωής συγκροτούν ένα συνεκτικό ψυχοκοινωνικό σύστημα και όχι ανεξάρτητες έννοιες.

Table 1. Descriptive Statistics and Correlations (Pearson correlations among key study variables)

Variable	M	SD	1	2	3	4
Total loneliness	5.01	2.85	—			
Composite self-care score	87.54	20.32	-0.65***	—		
Mental Health (MCS)	237.41	81.35	-0.57***	0.68***	—	
Physical Health (PCS)	220.83	103.93	-0.50***	0.63***	0.62***	—

Note: M = mean; SD = standard deviation. * $p < .001$.

11.2.2 Διαφορές Μεταξύ Ομάδων ως προς τη Χηρεία

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 2, οι χήροι συμμετέχοντες εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής και συνολικής μοναξιάς, καθώς και χαμηλότερα επίπεδα σε αρκετές διαστάσεις της αυτοφροντίδας, όπως η λειτουργική ανεξαρτησία, η καθημερινή ευεξία, η στοματική υγιεινή και η πνευματικότητα/θρησκευτικότητα, σε σύγκριση με τους μη χήρους. Επιπλέον, παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές τόσο στη ψυχική όσο και στη σωματική υγεία.

Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία η χηρεία συνδέεται με μειωμένη ευημερία στην τρίτη ηλικία. Ωστόσο, οι διαφορές αυτές αφορούν μη προσαρμοσμένες συγκρίσεις και δεν λαμβάνουν υπόψη τους υποκείμενους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς· χαρακτηριστικά, οι διαφορές αυτές εξασθένησαν όταν στις πολυμεταβλητές αναλύσεις συμπεριλήφθηκαν ψυχοκοινωνικές και συμπεριφορικές μεταβλητές.

Table 2. Group Differences Between Widowed and Non-Widowed Participants

Variable	Widowed, M (SD)	Non- widowed, M (SD)	Mean Difference	t(df)	p	95% CI
Emotional Loneliness	3.50 (2.10)	2.41 (2.15)	-1.02	t(606) = -5.52	< .001	[-1.38, - 0.66]
Social Loneliness	2.27 (1.45)	2.17 (1.52)	-0.10	t(606) = -0.73	.463	[-0.35, 0.16]
Total Loneliness	5.76 (2.78)	4.65 (2.81)	-1.11	t(606) = -4.60	< .001	[-1.59, - 0.64]
Physical Health (PCS)	192.54 (100.83)	234.60 (102.74)	42.06	t(606) = 4.77	< .001	[24.73, 59.40]
Mental Health (MCS)	216.88 (82.94)	246.43 (79.11)	27.54	t(606) = 3.96	< .001	[13.90, 41.18]
Functional Independence (FI)	48.29 (13.41)	53.41 (9.71)	5.12	t(302) = 4.81	< .001	[3.02, 7.21]
Daily Well-Being (DWB- PR)	22.21 (4.10)	23.60 (4.00)	1.39	t(607) = 3.99	< .001	[0.71, 2.08]
Psychological Distress (PD-S)	21.21 (7.20)	19.90 (7.05)	-1.31	t(607) = -2.14	.033	[-2.52, - 0.11]
Prevention & Healthcare Use (PHU)	12.31 (2.78)	12.60 (2.89)	0.29	t(607) = 1.16	.247	[-0.20, 0.77]

Table 2. Group Differences Between Widowed and Non-Widowed Participants

Variable	Widowed, M (SD)	Non- widowed, M (SD)	Mean Difference	t(df)	p	95% CI
Oral Hygiene (OH)	7.82 (2.16)	8.43 (2.12)	0.61	t(607) = 3.33	.001	[0.25, 0.98]
Spirituality/Religiosity (S- R)	7.40 (2.22)	6.74 (2.47)	-0.66	t(607) = -3.17	.002	[-1.06, - 0.25]
Meaning & Life Purpose (MLP)	5.32 (2.29)	5.26 (2.22)	-0.05	t(607) = -0.28	.784	[-0.43, 0.33]

Note: Independent samples t-tests were conducted. Values represent mean differences (non-widowed minus widowed). Positive mean differences indicate higher scores among non-widowed participants, whereas negative mean differences indicate higher scores among widowed participants.

11.2.3 Ιεραρχικές Αναλύσεις Παλινδρόμησης

▪ Ψυχική Υγεία

Τα αποτελέσματα της ιεραρχικής ανάλυσης παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της ψυχικής υγείας παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Το τελικό μοντέλο εξήγησε το 54,4% της διακύμανσης της ψυχικής υγείας ($R^2 = .54$).

Η μοναξιά αναδείχθηκε ως ισχυρός αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = -.40, p < .001$), ενώ η αυτοφροντίδα αποτέλεσε τον ισχυρότερο θετικό προβλεπτικό παράγοντα ($\beta = .48, p < .001$). Το περπάτημα και οι συνήθειες διακοπών αναδείχθηκαν επίσης ως σημαντικοί θετικοί προβλεπτικοί παράγοντες.

Σημαντικό είναι ότι η χηρεία δεν αποτέλεσε στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα στο τελικό μοντέλο, μετά τον έλεγχο για τη μοναξιά, την αυτοφροντίδα και τους παράγοντες τρόπου ζωής. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η φαινομενική αρνητική επίδραση της χηρείας στην ψυχική υγεία εξηγείται σε μεγάλο βαθμό από ψυχοκοινωνικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες και όχι από την οικογενειακή κατάσταση καθαυτή.

▪ Σωματική Υγεία

Το ιεραρχικό μοντέλο παλινδρόμησης για τη σωματική υγεία παρουσιάζεται στον Πίνακα 4 και εξήγησε το 52,8% της διακύμανσης ($R^2 = .53$).

Η αυτοφροντίδα αναδείχθηκε και πάλι ως ο ισχυρότερος θετικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = .52, p < .001$), ακολουθούμενη από το περπάτημα και τις συνήθειες διακοπών. Η μοναξιά παρέμεινε σημαντικός αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = -.29, p < .001$), ενώ η ηλικία συσχετίστηκε επίσης αρνητικά με τη σωματική υγεία.

Συνεπώς με τα ευρήματα για την ψυχική υγεία, η χηρεία δεν αποτέλεσε στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα στο τελικό μοντέλο.

Table 3. Hierarchical Regression Predicting Mental Health (MCS)			
Predictor	B	β	p
Step 1: Demographics			
Age	-0.21	-0.12	< .01
Gender	—	—	ns
Widowhood	—	—	ns
Step 2: Lifestyle			
Walking	4.85	0.25	< .001
Vacations	3.92	0.18	< .001
Step 3: Loneliness			
Loneliness	-0.45	-0.40	< .001
Step 4: Self-care			
Self-care	0.72	0.48	< .001
Model R ² = .54			

Table 4. Hierarchical Regression Predicting Physical Health (PCS)			
Predictor	B	β	p
Age	-0.34	-0.22	< .001
Gender	—	—	ns
Widowhood	—	—	ns
Walking	6.12	0.31	< .001
Vacations	4.21	0.20	< .001
Loneliness	-0.38	-0.29	< .001
Self-care	0.81	0.52	< .001
Model R ² = .53			

11.2.4 Αναλύσεις παλινδρόμησης

Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις διαμεσολάβησης προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο η αυτοφροντίδα διαμεσολαβεί τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Ψυχική Υγεία

Η μοναξιά είχε σημαντική συνολική επίδραση στην ψυχική υγεία ($B = -13.02$). Όταν η αυτοφροντίδα εισήχθη ως διαμεσολαβητής, η άμεση επίδραση μειώθηκε ($B = -5.43$), ενώ η έμμεση επίδραση μέσω της αυτοφροντίδας ήταν στατιστικά σημαντική ($B = -7.59$, 95% CI $[-9.32, -5.97]$).

Περίπου το 58% της συνολικής επίδρασης της μοναξιάς στην ψυχική υγεία διαμεσολαβήθηκε από την αυτοφροντίδα.

Σωματική Υγεία

Παρόμοιο πρότυπο παρατηρήθηκε και για τη σωματική υγεία. Η συνολική επίδραση της μοναξιάς ήταν σημαντική ($B = -12.30$), ενώ η έμμεση επίδραση μέσω της αυτοφροντίδας ήταν ιδιαίτερα ισχυρή ($B = -8.69$, 95% CI $[-10.44, -6.94]$).

Στην περίπτωση αυτή, περίπου το 71% της σχέσης μεταξύ μοναξιάς και σωματικής υγείας εξηγήθηκε μέσω της αυτοφροντίδας.

Table 5. Mediation Analysis (Bootstrapping)		
Mental Health (MCS)		
Effect	B	95% CI
Total effect	-13.02	—
Direct effect	-5.43	—
Indirect effect (via self-care)	-7.59	$[-9.32, -5.97]$
Physical Health (PCS)		
Effect	B	95% CI
Total effect	-12.30	—
Direct effect	-3.61	—
Indirect effect (via self-care)	-8.69	$[-10.44, -6.94]$

11.2.5 Σύνοψη Ευρημάτων

Στο σύνολο των αναλύσεων αναδείχθηκε ένα συνεπές πρότυπο. Η μοναξιά συσχετίστηκε ισχυρά με χαμηλότερη ποιότητα ζωής, ενώ η αυτοφροντίδα συνδέθηκε με καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία. Παράλληλα, η μοναξιά συνδέθηκε με μειωμένα επίπεδα αυτοφροντίδας, ενώ η αυτοφροντίδα διαμεσολάβησε σημαντικά τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και των δύο διαστάσεων της ποιότητας ζωής.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η χηρεία δεν διατήρησε ανεξάρτητη επίδραση όταν οι παραπάνω μεταβλητές λήφθηκαν υπόψη. Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η επίδραση της κοινωνικής απώλειας στην ευημερία στην τρίτη ηλικία δεν είναι άμεση, αλλά διαμεσολαβείται μέσω καθημερινών συμπεριφορικών και αυτορρυθμιστικών διεργασιών.

11.3 Συζήτηση

11.3.1 Κύρια Ευρήματα

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την αλληλεπίδραση μεταξύ μοναξιάς, αυτοφροντίδας και ποιότητας ζωής στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, με ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο της χηρείας. Τα ευρήματα ανέδειξαν ένα συνεπές και θεωρητικά συνεκτικό πρότυπο, επεκτείνοντας την υφιστάμενη βιβλιογραφία μέσω της ανάδειξης της αυτοφροντίδας ως βασικού συμπεριφορικού μηχανισμού που συνδέει την κοινωνική εμπειρία με τις εκβάσεις υγείας.

Η μοναξιά συσχετίστηκε ισχυρά με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας, ενώ η αυτοφροντίδα αναδείχθηκε ως ισχυρός θετικός συσχετιστικός παράγοντας και για τις δύο διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Καίριας σημασίας είναι το εύρημα ότι η αυτοφροντίδα διαμεσολάβησε σημαντικά τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και ποιότητας ζωής, εξηγώντας σημαντικό ποσοστό της συσχέτισης αυτής. Τα αποτελέσματα ευθυγραμμίζονται με σύγχρονες ενδείξεις που υποδεικνύουν ότι οι επιδράσεις της μοναξιάς δεν εκδηλώνονται αποκλειστικά σε συναισθηματικό επίπεδο, αλλά ενσωματώνονται μέσω διαταραχών στην καθημερινή συμπεριφορική ρύθμιση (Cacioppo & Cacioppo, 2018; Shankar et al., 2011).

Σε αντίθεση με ευρέως διαδεδομένες παραδοχές, η χηρεία δεν διατήρησε ανεξάρτητη επίδραση στην ποιότητα ζωής όταν λήφθηκαν υπόψη η μοναξιά και η αυτοφροντίδα. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η επίδραση της χηρείας δεν είναι άμεση, αλλά διαμεσολαβείται από εγγύτερους ψυχοκοινωνικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς. Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες που αναδεικνύουν την πρωτεύουσα σημασία της υποκειμενικής

εμπειρίας έναντι δομικών δεικτών (Holt-Lunstad et al., 2015), τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ότι οι δημογραφικές συνθήκες από μόνες τους δεν επαρκούν για την ερμηνεία των διαφορών στην ευημερία στην τρίτη ηλικία.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι ότι η αυτοφροντίδα δεν συνιστά απλώς ένα σύνολο συμπεριφορών, αλλά μπορεί να κατανοηθεί πληρέστερα ως μορφή καθημερινής αυτορρύθμισης, ενταγμένη σε σχεσιακά συμφραζόμενα (Riegel et al., 2012). Υπό το πρίσμα αυτό, η χηρεία δεν αποτελεί κατ' ανάγκη άμεσο προσδιοριστή της υγείας, αλλά ενδέχεται να συνιστά διαταραχή ενός σχεσιακού ρυθμιστικού συστήματος μέσω του οποίου τα άτομα διατηρούν τη λειτουργικότητά τους στην καθημερινή ζωή.

11.3.2 Πέρα από τη Χηρεία: Αναθεωρώντας τον Κοινωνικό Κίνδυνο στην Τρίτη Ηλικία

Κεντρική συμβολή της παρούσας διδακτορικής ερευνητικής ενότητας αποτελεί η υπέρβαση της χηρείας ως κύριου ερμηνευτικού παράγοντα για τη μειωμένη ευημερία στην τρίτη ηλικία. Παρότι οι χήροι συμμετέχοντες εμφάνισαν αρχικά υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, οι διαφορές αυτές δεν παρέμειναν στατιστικά σημαντικές στα πολυμεταβλητά μοντέλα. Το εύρημα αυτό αμφισβητεί την παραδοχή ότι η οικογενειακή κατάσταση συνιστά επαρκές ερμηνευτικό πλαίσιο και υποστηρίζει μια πιο σύνθετη και διαφοροποιημένη κατανόηση του κοινωνικού κινδύνου.

Η χηρεία συνιστά μια δομική συνθήκη, ενώ η μοναξιά αντανακλά μια βιωμένη ψυχολογική εμπειρία. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι είναι αυτή η υποκειμενική εμπειρία —και όχι η τυπική απώλεια καθαυτή— που ασκεί τη σημαντικότερη επίδραση στην ευημερία. Η διάκριση αυτή συνάδει με ευρύτερες θεωρητικές προσεγγίσεις του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, οι οποίες αναδεικνύουν τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ εξωτερικών συνθηκών και εσωτερικών διεργασιών (Engel, 1977).

Από μια πιο ερμηνευτική οπτική, η απώλεια στην τρίτη ηλικία δεν λειτουργεί ως στατική κατάσταση, αλλά ως διαδικασία αναδιοργάνωσης της σχέσης του ατόμου τόσο με τους άλλους

όσο και με τον εαυτό του. Υπό αυτή την έννοια, οι συνέπειες της χηρείας ενδέχεται να εξαρτώνται λιγότερο από το ίδιο το γεγονός και περισσότερο από τον τρόπο με τον οποίο αυτό επεξεργάζεται εσωτερικά και εκφράζεται συμπεριφορικά στην καθημερινότητα.

11.3.3 Η Αυτοφροντίδα ως Συμπεριφορική και Σχεσιακή Διεργασία

Το πλέον χαρακτηριστικό εύρημα της 2^{ης} ερευνητικής ενότητας αφορά τον κεντρικό ρόλο της αυτοφροντίδας ως διαμεσολαβητή. Η αυτοφροντίδα δεν συνυπήρξε απλώς με την ποιότητα ζωής, αλλά λειτούργησε ως βασική οδός μέσω της οποίας η μοναξιά μεταφράστηκε σε δυσμενείς εκβάσεις υγείας. Ένα σημαντικό ποσοστό της σχέσης μεταξύ μοναξιάς και τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής υγείας εξηγήθηκε μέσω της μείωσης των συμπεριφορών αυτοφροντίδας.

Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η μοναξιά ενδέχεται να υπονομεύει όχι μόνο τη συναισθηματική ευημερία, αλλά και την ικανότητα εμπλοκής σε καθημερινές δραστηριότητες που διατηρούν την υγεία. Προγενέστερες μελέτες έχουν δείξει ότι η μοναξιά συνδέεται με μειωμένα κίνητρα, χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα και δυσλειτουργία στη ρύθμιση συμπεριφορών υγείας (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Η παρούσα μελέτη επεκτείνει τα ευρήματα αυτά, αναδεικνύοντας ότι οι συμπεριφορικές αυτές διαταραχές διαδραματίζουν κεντρικό διαμεσολαβητικό ρόλο.

Από βιοψυχοκοινωνική σκοπιά, η αυτοφροντίδα μπορεί να θεωρηθεί ως μορφή καθημερινής ρυθμιστικής ικανότητας μέσω της οποίας τα άτομα διατηρούν την ισορροπία τους σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Ωστόσο, η ικανότητα αυτή δεν είναι αποκλειστικά ατομική, αλλά συχνά διαμορφώνεται και υποστηρίζεται εντός σχεσιακών πλαισίων.

Υπό αυτή την έννοια, η απώλεια του άλλου δεν συνιστά απλώς απουσία κοινωνικής επαφής, αλλά ενδέχεται να αντανακλά την αποδυνάμωση ενός σχεσιακού πλέγματος που στηρίζει την ικανότητα του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του. Η προσέγγιση αυτή συνάδει με σχεσιακές

και ψυχοδυναμικές θεωρήσεις, οι οποίες υποστηρίζουν ότι ο εαυτός δεν είναι πλήρως αυτόνομος, αλλά αναπτύσσεται και λειτουργεί εντός ενός δικτύου εσωτερικευμένων σχέσεων. Κατά συνέπεια, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι δεν είναι η ίδια η παρουσία της απώλειας που καθορίζει τις εκβάσεις, αλλά ο βαθμός στον οποίο η απώλεια αυτή διαταράσσει την ικανότητα αυτορρύθμισης και αυτοφροντίδας. Η μείωση της ευημερίας μπορεί, επομένως, να κατανοηθεί λιγότερο ως άμεση συνέπεια της χηρείας και περισσότερο ως αποτέλεσμα μιας σταδιακής αποδυνάμωσης των καθημερινών ρυθμιστικών διεργασιών.

Υπό αυτή την οπτική, δεν είναι η απώλεια του άλλου καθαυτή που αποτελεί τον κεντρικό προσδιοριστή της έκπτωσης, αλλά η απώλεια της σχεσιακής δομής που στηρίζει την αυτοφροντίδα.

11.3.4 Μια Πιο Λεπτοφύξης Κατανόηση της Απώλειας

Τα ευρήματα προσκαλούν σε μια πιο σύνθετη κατανόηση της απώλειας στην τρίτη ηλικία. Η απουσία άμεσης επίδρασης της χηρείας δεν συνεπάγεται ότι η απώλεια είναι αδιάφορη, αλλά υποδηλώνει ότι οι συνέπειές της δεν είναι ούτε ομοιόμορφες ούτε σταθερές, αλλά εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αναδιοργανώνουν την καθημερινότητά τους και διατηρούν —ή αποτυγχάνουν να διατηρήσουν— τη σχέση τους με τον εαυτό τους.

Υπό αυτή την έννοια, η απώλεια μπορεί να κατανοηθεί όχι ως στατική συνθήκη, αλλά ως δυναμική διεργασία, διαμορφούμενη από την αλληλεπίδραση εσωτερικών εμπειριών και καθημερινών συμπεριφορικών αντιδράσεων.

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν περαιτέρω ότι η επίδραση της μοναξιάς δεν ασκείται άμεσα, αλλά εκδηλώνεται μέσω διαταραχών στην καθημερινή συμπεριφορική ρύθμιση, μέσω της οποίας τα άτομα διατηρούν τη σωματική και ψυχική τους ισορροπία. Η εξαφάνιση της επίδρασης της χηρείας στα προσαρμοσμένα μοντέλα καταδεικνύει ότι η τυπική κοινωνική κατάσταση δεν επαρκεί για να αποτυπώσει τις διεργασίες που διαμορφώνουν την ευημερία.

Αντιθέτως, η βιωμένη εμπειρία της μοναξιάς —και η μετάφρασή της σε μειωμένη αυτοφροντίδα— αναδεικνύεται ως καθοριστική. Μέσω της ποσοτικοποίησης αυτής της διαδρομής, η παρούσα μελέτη προσφέρει μια πιο ακριβή και πρακτικά αξιοποιήσιμη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο κοινωνικές και συμπεριφορικές διεργασίες αλληλεπιδρούν στη διαμόρφωση της υγείας στην τρίτη ηλικία.

Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποκτούν μια επιπλέον ερμηνευτική διάσταση: η μείωση της αυτοφροντίδας δεν αποτελεί απλώς συμπεριφορική συνέπεια της μοναξιάς, αλλά ενδέχεται να αντανακλά μια βαθύτερη διαταραχή στη σχέση του ατόμου με τον εαυτό του. Η μοναξιά, ως εμπειρία απώλειας του άλλου, μπορεί να μετασχηματίζεται σε απώλεια των εσωτερικών δομών που στηρίζουν τη φροντίδα, καθιστώντας την αυτοφροντίδα έναν ευαίσθητο δείκτη ψυχικής και σχεσιακής λειτουργικότητας.

11.5 Κλινικές και Δημόσιας Υγείας Επιπτώσεις

Αρχικά, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η αποκλειστική εστίαση στην οικογενειακή κατάσταση ή σε δημογραφικούς δείκτες κινδύνου ενδέχεται να είναι ανεπαρκής· αντιθέτως, η αξιολόγηση θα πρέπει να δίνει προτεραιότητα στη βιωμένη μοναξιά και στις καθημερινές συμπεριφορές αυτοφροντίδας.

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής δεν θα πρέπει να περιορίζονται στην ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης, αλλά να περιλαμβάνουν και στρατηγικές ενδυνάμωσης της ικανότητας αυτοφροντίδας, όπως η προαγωγή της σωματικής δραστηριότητας και της κινητικότητας, η υποστήριξη καθημερινών ρουτινών, η ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας σε συμπεριφορές υγείας και η ενσωμάτωση προσεγγίσεων συμπεριφορικής ενεργοποίησης.

11.6 Περιορισμοί

Αρκετοί περιορισμοί της παρούσας ερευνητικής ενότητας θα πρέπει να επισημανθούν. Πρώτον, ο διατομεακός σχεδιασμός δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων

και η κατεύθυνση των παρατηρούμενων συσχετίσεων δεν μπορεί να προσδιοριστεί με βεβαιότητα. Παρότι τα ευρήματα είναι συμβατά με ένα διαμεσολαβητικό πλαίσιο, απαιτούνται διαχρονικές ή πειραματικές μελέτες για την επιβεβαίωση της χρονικής αλληλουχίας των μεταβλητών.

Δεύτερον, όλες οι μετρήσεις βασίστηκαν σε αυτοαναφορικά δεδομένα, γεγονός που ενδέχεται να εισάγει σφάλματα αναφοράς και κοινή μεθοδολογική διακύμανση. Παρά τη χρήση σταθμισμένων εργαλείων, οι υποκειμενικές απαντήσεις μπορεί να επηρεάζονται από ατομικές αντιλήψεις και μνημονικές διεργασίες.

Τρίτον, η χρήση ευκαιριακής δειγματοληψίας ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων πέραν του συγκεκριμένου πληθυσμού. Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν στην κοινότητα και, συνεπώς, τα αποτελέσματα ενδέχεται να μην επεκτείνονται πλήρως σε πιο ευάλωτους ή κλινικούς πληθυσμούς.

Τέλος, ο σύνθετος δείκτης αυτοφροντίδας, αν και θεωρητικά τεκμηριωμένος και βασισμένος σε πολυδιάστατη μέτρηση, συνιστά ένα συγκεντρωτικό κατασκεύασμα που ενδέχεται να απαιτεί περαιτέρω επικύρωση σε διαφορετικά πολιτισμικά και κλινικά πλαίσια. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να αξιοποιήσουν διαχρονικούς σχεδιασμούς, προκειμένου να διερευνήσουν τη δυναμική εξέλιξη της σχέσης μεταξύ μοναξιάς, αυτοφροντίδας και εκβάσεων υγείας, καθώς και να αποσαφηνίσουν περαιτέρω τους υποκείμενους μηχανισμούς.

11.7 Συμπεράσματα

Η παρούσα ερευνητική ενότητα παρέχει ενδείξεις ότι η σχέση μεταξύ μοναξιάς και ποιότητας ζωής στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας εξηγείται σε μεγάλο βαθμό μέσω συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Αναδεικνύοντας την αυτοφροντίδα ως κεντρική συμπεριφορική και αυτορρυθμιστική οδό, τα ευρήματα προσφέρουν μια πιο ακριβή ερμηνεία του τρόπου με τον οποίο οι κοινωνικές εμπειρίες μεταφράζονται τόσο σε ψυχικές όσο και σε σωματικές εκβάσεις

υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά αμφισβητούν παραδοσιακές προσεγγίσεις που δίνουν έμφαση σε δομικούς δείκτες κινδύνου και, αντιθέτως, αναδεικνύουν τη σημασία των καθημερινών συμπεριφορικών διεργασιών.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το εύρημα ότι η επίδραση της κοινωνικής απώλειας δεν ασκείται άμεσα, αλλά αναδύεται μέσω διαταραχών στην ικανότητα του ατόμου να διατηρεί την αυτοφροντίδα του. Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από στατικές δημογραφικές κατηγορίες προς δυναμικές διεργασίες αυτορρύθμισης και προσαρμογής. Συνολικά, η μελέτη συμβάλλει σε μια πιο λεπτομερή και θεωρητικά επεξεργασμένη κατανόηση της υγείας στην τρίτη ηλικία, τοποθετώντας την αυτοφροντίδα ως έναν καίριο και πρακτικά αξιοποιήσιμο μηχανισμό μέσω του οποίου η μοναξιά επηρεάζει την ευημερία, με σημαντικές προεκτάσεις τόσο για την έρευνα όσο και για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων.

Σχισιακή Αυτοφροντίδα στα Ύστερα Χρόνια: Ένα Ρυθμιστικό Μοντέλο που Συνδέει τη Μοναξιά με την Υγεία

*«Δεν καταρρέει επειδή γερνά
καταρρέει όταν σταματά να φροντίζεται —
κι αυτό συμβαίνει όταν χάνεται η σχέση που τον κρατούσε»
Μαίρη Γκούβα*

Η παρούσα θεωρητική πρόταση εισάγει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο κατανόησης της σχέσης ανάμεσα στις κοινωνικές εμπειρίες, στις διεργασίες αυτορρύθμισης και στις εκβάσεις υγείας στην τρίτη ηλικία, εστιάζοντας όχι μόνο στα γεγονότα της ζωής, αλλά στον τρόπο με τον οποίο αυτά μετασχηματίζονται σε δυνατότητα ή αδυναμία φροντίδας του εαυτού.

Πιο συγκεκριμένα, προτείνει ότι η υγεία στην πορεία της γήρανσης δεν εξαρτάται μόνο από αντικειμενικούς δείκτες, όπως η απώλεια, η χηρεία ή η παρουσία νόσου, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο τα γεγονότα αυτά εγγράφονται στην καθημερινή ζωή του ατόμου και μετασχηματίζονται σε δυνατότητα ή αδυναμία φροντίδας του εαυτού. Η θέση αυτή διαφοροποιείται από τα παραδοσιακά μοντέλα της επιτυχημένης γήρανσης (Rowe & Kahn, 1997), καθώς και από το αναπτυξιακό μοντέλο της Επιλεκτικής Βελτιστοποίησης με Αντιστάθμιση (Selection, Optimization, and Compensation – SOC), το οποίο υποστηρίζει ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας προσαρμόζονται ενεργά μέσω στρατηγικών επιλογής στόχων, βελτιστοποίησης πόρων και αντιστάθμισης απωλειών (Baltes & Baltes, 1990).

Η γήρανση έχει, πράγματι, προσεγγιστεί παραδοσιακά είτε μέσα από δημογραφικούς δείκτες είτε μέσα από την καταγραφή ψυχολογικών συμπτωμάτων και λειτουργικών περιορισμών. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία ερμηνεύεται συχνά ως αποτέλεσμα εξωτερικών συνθηκών, όπως η

χρησία, η κοινωνική απομόνωση ή η επιβάρυνση από τη νόσο. Ωστόσο, μολονότι οι παράγοντες αυτοί είναι αναμφίβολα σημαντικοί, οι προσεγγίσεις αυτές συχνά αφήνουν στη σκιά έναν κρίσιμο ενδιαμέσο χώρο: τον τρόπο με τον οποίο η εξωτερική εμπειρία μετατρέπεται σε εσωτερική ρύθμιση ή απορρύθμιση. Με άλλα λόγια, περιγράφουν σχετικά καλά το γεγονός, αλλά όχι επαρκώς τον μηχανισμό. Η θεωρία της συνέχειας του Atchley είναι ιδιαίτερα χρήσιμη εδώ, καθώς υποστηρίζει ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας επιχειρούν να διατηρούν εσωτερικές και εξωτερικές δομές συνέχειας, ώστε να προστατεύουν την αίσθηση εαυτού και την προσαρμογή τους στο πέρασμα του χρόνου (Atchley, 1989).

Το προτεινόμενο Μοντέλο Σχεσιακής Αυτοφροντίδας επιχειρεί να καλύψει ακριβώς αυτό το θεωρητικό κενό. Υποστηρίζει ότι η επίδραση των κοινωνικών εμπειριών στην υγεία δεν είναι κατά κύριο λόγο άμεση, αλλά μεσολαβείται από τη λειτουργία της αυτοφροντίδας ως βασικού ρυθμιστικού μηχανισμού. Εδώ η αυτοφροντίδα δεν νοείται απλώς ως σύνολο πρακτικών υγιεινής συμπεριφοράς, αλλά ως πολυεπίπεδη διαδικασία διατήρησης της βιοψυχοκοινωνικής συνοχής του προσώπου. Η έμφαση αυτή συνομιλεί με τη θεωρία της Orem, η οποία αντιμετώπισε την αυτοφροντίδα ως ενεργό λειτουργία διατήρησης της ζωής, της υγείας και της ευημερίας, αλλά το παρόν μοντέλο πηγαίνει ένα βήμα παραπέρα, υποστηρίζοντας ότι στην τρίτη ηλικία η αυτοφροντίδα έχει βαθιά σχεσιακή και οικολογική συγκρότηση (Orem & Taylor, 2003).

Με αυτή την έννοια, η μοναξιά δεν αντιμετωπίζεται απλώς ως δυσάρεστο συναίσθημα ή ως έλλειμμα κοινωνικών επαφών, αλλά ως ένδειξη διατάραξης της ικανότητας του ατόμου να διατηρεί τη ρυθμιστική του ισορροπία. Η σύγχρονη θεωρητική και εμπειρική βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η μοναξιά συνδέεται με ψυχικές και σωματικές συνέπειες και ότι μπορεί να γίνει κατανοητή ως μέρος ενός ευρύτερου ρυθμιστικού βρόχου που επηρεάζει τη γνωστική, συμπεριφορική και φυσιολογική λειτουργία. Στο προτεινόμενο μοντέλο, ακριβώς σε αυτό το σημείο εισέρχεται η αυτοφροντίδα: ως ο μηχανισμός μέσω του οποίου η κοινωνική εμπειρία

μεταφράζεται σε καθημερινή πράξη, σε διατήρηση ρυθμού, σε σωματική και ψυχική συγκρότηση — ή, αντιστρόφως, σε αποδιοργάνωση (Hawkey & Cacioppo, 2010).

Κατά συνέπεια, το Μοντέλο Σχεσιακής Αυτοφροντίδας στην Ευδόκιμη Γήρανση προτείνει μια τριπλή θεωρητική μετατόπιση: πρώτον, από τους εξωτερικούς δείκτες στις υποκειμενικές και ρυθμιστικές διεργασίες· δεύτερον, από την ατομοκεντρική κατανόηση της αυτοφροντίδας στη σχεσιακή και περιβαλλοντική της συγκρότηση· και τρίτον, από μια λογική περιγραφής παραγόντων κινδύνου σε μια λογική ερμηνείας μηχανισμών. Έτσι, η ευδόκιμη γήρανση δεν ορίζεται απλώς ως απουσία έκπτωσης ή ως επιβίωση με καλή λειτουργικότητα, αλλά ως η δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί ενεργή τη φροντίδα προς τον εαυτό του μέσα σε ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων, ρυθμών και νοημάτων. Η διατύπωση αυτή βρίσκεται πιο κοντά στην ευδαιμονική παράδοση της Ryff και στις αναπτυξιακές προσεγγίσεις της προσαρμογής στη γήρανση, όπως το μοντέλο Selection, Optimization, and Compensation των Baltes και Baltes (Ryff, 1989).

12.1 Η γήρανση ως σχεσιακή διεργασία

Η γήρανση, ως βιολογική και υπαρξιακή διεργασία, έχει παραδοσιακά προσεγγιστεί είτε μέσα από δημογραφικούς δείκτες είτε μέσω της καταγραφής ψυχολογικών συμπτωμάτων και λειτουργικών περιορισμών. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία στην τρίτη ηλικία συχνά ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα παραγόντων όπως η χηρεία, η κοινωνική απομόνωση ή η παρουσία νόσου, σύμφωνα με τα κλασικά μοντέλα της επιτυχημένης γήρανσης που δίνουν έμφαση στη λειτουργικότητα και στη διατήρηση ικανοτήτων (Rowe & Kahn, 1997).

Ωστόσο, οι προσεγγίσεις αυτές, αν και καθοριστικές για την κατανόηση των μακρο-παραγόντων της γήρανσης, τείνουν να παραγνωρίζουν έναν κρίσιμο ενδιάμεσο χώρο: τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικές εμπειρίες ενσωματώνονται στην καθημερινή ζωή και μεταφράζονται σε πρακτικές αυτορρύθμισης. Με άλλα λόγια, η έρευνα έχει εστιάσει κυρίως

στο «τι συμβαίνει» (π.χ. απώλεια, μοναξιά), αλλά λιγότερο στο «πώς αυτό βιώνεται και οργανώνεται» σε επίπεδο καθημερινής λειτουργίας και εσωτερικής ρύθμισης.

Η θεωρία της συνέχειας (Continuity Theory) προσφέρει ένα πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση, υποστηρίζοντας ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας επιδιώκουν τη διατήρηση εσωτερικών και εξωτερικών δομών ζωής προκειμένου να διαφυλάξουν την αίσθηση συνοχής και ταυτότητας (Atchley, 1989). Αντίστοιχα, το μοντέλο της Επιλεκτικής Βελτιστοποίησης με Αντιστάθμιση (Baltes & Baltes, 1990) αναδεικνύει τη γήρανση ως ενεργή διαδικασία προσαρμογής, μέσα από την επιλογή στόχων, τη βελτιστοποίηση διαθέσιμων πόρων και την αντιστάθμιση απωλειών.

Παρά τη σημαντική συμβολή των προσεγγίσεων αυτών, παραμένει σχετικά ανεπεξέργαστη η ερώτηση για το πώς οι κοινωνικές εμπειρίες — και ιδιαίτερα η απώλεια και η μοναξιά — μετασχηματίζονται σε καθημερινές πράξεις φροντίδας ή εγκατάλειψης του εαυτού. Η σύγχρονη βιβλιογραφία για τη μοναξιά έχει αρχίσει να αναδεικνύει τη σημασία των ρυθμιστικών μηχανισμών, δείχνοντας ότι η μοναξιά δεν αποτελεί απλώς συναισθηματική κατάσταση, αλλά συνδέεται με ευρύτερες γνωστικές, συμπεριφορικές και βιολογικές διεργασίες (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Η παρούσα θεωρητική πρόταση επιχειρεί να καλύψει αυτό το κενό, εισάγοντας το Μοντέλο Σχεσιακής Αυτοφροντίδας στην Ευδόκιμη Γήρανση. Το μοντέλο αυτό εστιάζει στη δυναμική σχέση μεταξύ κοινωνικών εμπειριών, αυτορρυθμιστικών διεργασιών και εκβάσεων υγείας, υποστηρίζοντας ότι η υγεία στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί άμεσο αποτέλεσμα εξωτερικών συνθηκών, αλλά αναδύεται μέσα από τη μεσολάβηση της αυτοφροντίδας ως βασικού ρυθμιστικού μηχανισμού. Υπό αυτή την οπτική, η γήρανση δεν νοείται απλώς ως διαδικασία απώλειας ή προσαρμογής, αλλά ως συνεχής αναδιαμόρφωση της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό και τους άλλους — μια διεργασία βαθιά σχεσιακή.

12.2 Από τους δημογραφικούς δείκτες στις υποκειμενικές διεργασίες

Η χηρεία και άλλοι δημογραφικοί δείκτες έχουν αναδειχθεί ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου στη γήρανση. Ωστόσο, η ερμηνεία τους ως άμεσων αιτιολογικών παραγόντων ενέχει τον κίνδυνο αναγωγισμού, καθώς αντιμετωπίζει την απώλεια ως στατικό γεγονός και όχι ως δυναμική εμπειρία. Με τον τρόπο αυτό, η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης προσαρμογής συμπυκνώνεται σε εξωτερικούς δείκτες, παραγνωρίζοντας τη μεσολάβηση των εσωτερικών διεργασιών.

Στο πλαίσιο του προτεινόμενου μοντέλου, οι δομικές συνθήκες επανατοποθετούνται: δεν θεωρούνται άμεσοι προσδιοριστές της υγείας, αλλά συμφραζόμενα εντός των οποίων αναδύονται υποκειμενικές εμπειρίες, όπως η μοναξιά. Η μετατόπιση αυτή επιτρέπει τη μετάβαση από μια εξωτερική, περιγραφική προσέγγιση σε μια εσωτερική, βιωματική κατανόηση της γήρανσης, εναρμονιζόμενη με την ευρύτερη βιοψυχοκοινωνική θεώρηση της υγείας, σύμφωνα με την οποία οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες δεν δρουν ανεξάρτητα αλλά αλληλεπιδρούν μέσα από δυναμικούς μηχανισμούς (Engel, 1977).

Η βασική εννοιολογική μετατόπιση του μοντέλου είναι, συνεπώς, τριπλή:

- από δημογραφικούς δείκτες → σε υποκειμενικές διεργασίες
- από στατικά γεγονότα → σε δυναμικές αλληλουχίες
- από περιγραφή → σε ερμηνεία μηχανισμών

Η χηρεία, για παράδειγμα, δεν αποτελεί αιτία με γραμμική επίδραση στην υγεία. Αντιθέτως, λειτουργεί ως πλαίσιο μέσα στο οποίο αναδύονται εμπειρίες — και κυρίως η μοναξιά. Η προσέγγιση αυτή συνάδει με σύγχρονες θεωρήσεις που υποστηρίζουν ότι η επίδραση των κοινωνικών συνθηκών διαμεσολαβείται από ψυχολογικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς και δεν είναι άμεση ή ομοιογενής (Holt-Lunstad et al., 2015).

Η μοναξιά, με τη σειρά της, δεν προσεγγίζεται ως απλό συναίσθημα, αλλά ως κατάσταση που επηρεάζει τη συνολική ικανότητα ρύθμισης του ατόμου. Σύμφωνα με τη θεωρητική και

εμπειρική εργασία των Hawkley και Cacioppo (2010), η μοναξιά μπορεί να κατανοηθεί ως σήμα απορρύθμισης, το οποίο ενεργοποιεί γνωστικές, συναισθηματικές και βιολογικές διεργασίες με επιπτώσεις στη συμπεριφορά και στην υγεία. Υπό αυτή την οπτική, η μοναξιά δεν είναι απλώς εμπειρία απουσίας, αλλά ένδειξη διαταραχής της σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον και με τον εαυτό του.

12.3 Η μοναξιά ως ρήγμα ρυθμιστικής ισορροπίας

Η μοναξιά δεν προσεγγίζεται ως απλό συναίσθημα, αλλά ως μια κατάσταση που διαταράσσει τη συνολική ικανότητα αυτορρύθμισης του ατόμου. Δεν συνιστά μόνο έλλειψη κοινωνικών δεσμών, αλλά αποδυνάμωση της βιωμένης εμπειρίας της σχέσης — εκείνης της σχέσης που λειτουργεί ως εσωτερικό πλαίσιο συνοχής και ρύθμισης.

Η προσέγγιση αυτή συνάδει με τη θεωρία του δεσμού, σύμφωνα με την οποία οι πρώιμες σχέσεις με σημαντικούς άλλους εσωτερικεύονται και συγκροτούν εσωτερικά μοντέλα που καθοδηγούν τη συναισθηματική ρύθμιση και την αίσθηση ασφάλειας (Bowlby, 1969/1982). Παράλληλα, στο πλαίσιο των ψυχοδυναμικών θεωριών αντικειμενοτρόπων σχέσεων, οι σημαντικοί άλλοι μετατρέπονται σε εσωτερικές αναπαραστάσεις που υποστηρίζουν τη λειτουργία του Εγώ και τη διατήρηση της ψυχικής συνοχής (Fairbairn, 1952; Winnicott, 1965). Υπό αυτή την οπτική, η μοναξιά δεν αφορά απλώς την απουσία ανθρώπων, αλλά τη ρήξη της εσωτερικευμένης σχέσης που διατηρεί τη ρυθμιστική ισορροπία του ατόμου. Πρόκειται για μια κατάσταση κατά την οποία αποδυναμώνεται η ικανότητα του ατόμου να αντλεί από τα εσωτερικά του αντικείμενα την απαραίτητη υποστήριξη για τη ρύθμιση του εαυτού.

Η μοναξιά, επομένως, λειτουργεί ως κρίσιμος μεταβατικός μηχανισμός μεταξύ εξωτερικής πραγματικότητας και εσωτερικής λειτουργίας: το σημείο στο οποίο η απώλεια μετασηματίζεται σε βιοματική εμπειρία και αρχίζει να επηρεάζει τις καθημερινές πρακτικές και επιλογές. Η σύγχρονη ερευνητική βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η μοναξιά ενεργοποιεί ένα ευρύτερο σύστημα απορρύθμισης, επηρεάζοντας γνωστικές διεργασίες, συμπεριφορά και

βιολογική λειτουργία (Hawkey & Cacioppo, 2010). Στο παρόν μοντέλο, η μοναξιά νοείται ως το σημείο όπου η εξωτερική απώλεια μετασχηματίζεται σε εσωτερική απορρύθμιση. Δεν πρόκειται για απουσία ανθρώπων. Πρόκειται για απουσία εκείνης της σχέσης που κρατούσε τον εαυτό σε συνοχή. Η μοναξιά λειτουργεί, συνεπώς, ως μεταβατικός μηχανισμός στο πέρασμα από το «έχασα» στο «δεν μπορώ πια να φροντίσω τον εαυτό μου όπως πριν».

12.4 Η αυτοφροντίδα ως κεντρικός ρυθμιστικός μηχανισμός

Στον πυρήνα του προτεινόμενου μοντέλου βρίσκεται η έννοια της αυτοφροντίδας. Σε αντίθεση με τις συμβατικές προσεγγίσεις που την ορίζουν ως σύνολο πρακτικών (π.χ. διατροφή, άσκηση, υγιεινή), το παρόν μοντέλο την επαναπροσδιορίζει ως μια δυναμική, πολυεπίπεδη διαδικασία αυτορρύθμισης, η οποία ενσωματώνει σωματικές, ψυχικές και υπαρξιακές λειτουργίες.

Η προσέγγιση αυτή συνομιλεί με τη θεωρία της αυτοφροντίδας της Orem, σύμφωνα με την οποία η αυτοφροντίδα αποτελεί θεμελιώδη λειτουργία διατήρησης της ζωής, της υγείας και της ευημερίας (Orem, 2001). Ωστόσο, το παρόν μοντέλο διευρύνει αυτή τη θεώρηση, υποστηρίζοντας ότι στην τρίτη ηλικία η αυτοφροντίδα δεν μπορεί να κατανοηθεί αποκλειστικά ως σύνολο εκούσιων ενεργειών, αλλά ως λειτουργία που εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί εσωτερική ρυθμιστική συνοχή.

Η αυτοφροντίδα, υπό αυτή την έννοια, αποτελεί τον μηχανισμό μέσω του οποίου το άτομο διατηρεί την ισορροπία του μέσα στον χρόνο. Όταν αυτή η διαδικασία λειτουργεί επαρκώς, υποστηρίζει την υγεία και την ποιότητα ζωής· όταν διαταράσσεται, οι συνέπειες εκδηλώνονται τόσο στο σώμα όσο και στην ψυχική σφαίρα. Η σύγχρονη θεωρία της αυτορρύθμισης υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη λειτουργία εξαρτάται από τη συνεχή ικανότητα ρύθμισης σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφοράς, διαδικασία η οποία μπορεί να διαταραχθεί υπό συνθήκες στρες ή απώλειας (Baumeister & Vohs, 2007).

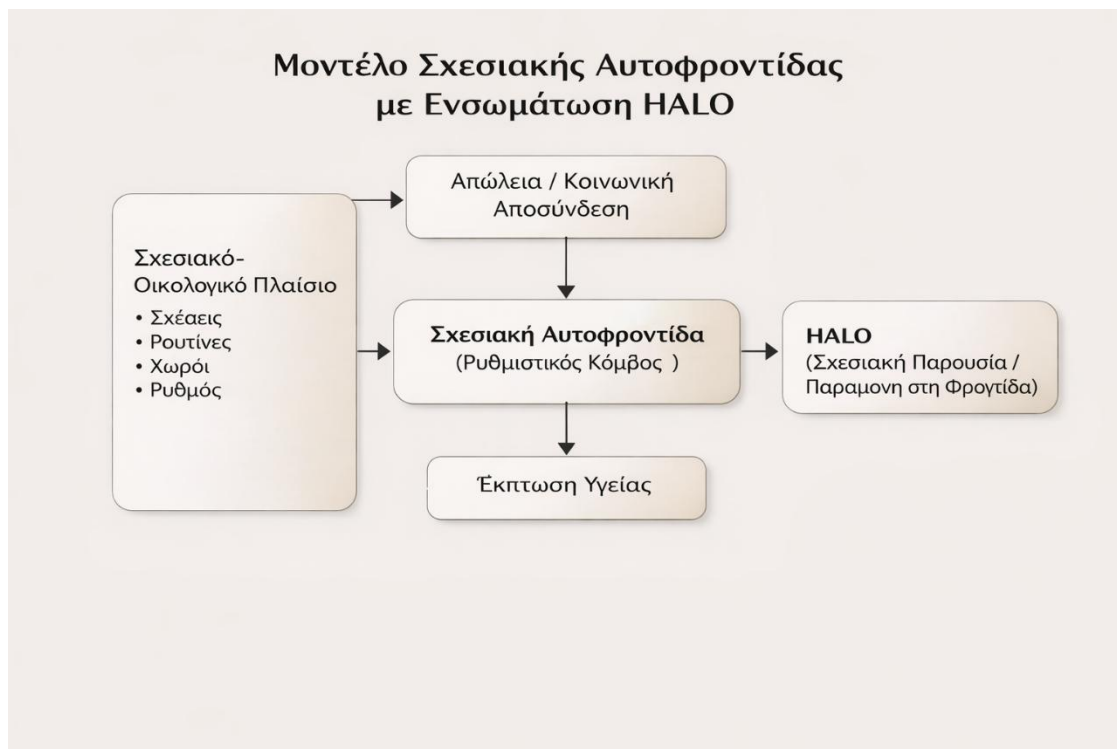
Στο πλαίσιο του προτεινόμενου μοντέλου, η αυτοφροντίδα δεν ταυτίζεται με επιμέρους συμπεριφορές. Δεν είναι το «πίνω νερό» ή «κάνω περίπατο». Είναι η συνθήκη που καθιστά αυτές τις πράξεις δυνατές. Είναι λειτουργία. Ορίζεται ως μια δυναμική, πολυεπίπεδη διαδικασία αυτορρύθμισης που ενσωματώνει σωματικές, ψυχικές και υπαρξιακές διεργασίες. Με όρους ψυχοδυναμικούς, μπορεί να θεωρηθεί ως έκφραση της ικανότητας του Εγώ να διατηρεί συνοχή και συνέχεια, αντλώντας από εσωτερικευμένες σχέσεις και ρυθμιστικές δομές.

Όταν η αυτοφροντίδα λειτουργεί, το σώμα διατηρείται, το συναίσθημα ρυθμίζεται και η ζωή συνεχίζει να έχει ρυθμό, ενώ όταν διαταράσσεται η καθημερινότητα αποδιοργανώνεται, η υγεία επιδεινώνεται και ο χρόνος γίνεται βαρύς και άμορφος.

Υπό αυτή την οπτική, η αυτοφροντίδα δεν αποτελεί απλώς συμπεριφορά, αλλά δείκτη της συνολικής ρυθμιστικής ικανότητας του ατόμου — τον μηχανισμό μέσω του οποίου η σχέση με τον εαυτό διατηρείται ενεργή μέσα στον χρόνο. Υπό αυτή την έννοια, η αυτοφροντίδα δεν αποτελεί απλώς πρακτική διατήρησης της ζωής, αλλά τον ίδιο τον τρόπο με τον οποίο το άτομο παραμένει σε σχέση με τον εαυτό του.

12.5 Η σχεσιακή φύση της αυτοφροντίδας

Η βασική καινοτομία του προτεινόμενου μοντέλου έγκειται στην κατανόηση της αυτοφροντίδας ως σχεσιακής διεργασίας. Η ικανότητα του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του δεν αναπτύσσεται απομονωμένα, αλλά διαμορφώνεται μέσα σε σχέσεις, οι οποίες σταδιακά εσωτερικεύονται και συγκροτούν το υπόβαθρο της ψυχικής ρύθμισης. Η δυναμική του προτεινόμενου μοντέλου αποτυπώνεται συνοπτικά στο Σχήμα 1.



Σχήμα 1. Σχεσιακό Μοντέλο Αυτοφροντίδας στα Ύστερα Χρόνια. Το μοντέλο απεικονίζει την έμμεση επίδραση της μοναξιάς στα αποτελέσματα της υγείας μέσω της αυτοφροντίδας ως κεντρικού ρυθμιστικού μηχανισμού. Το HALO (Ανθρωπιστική Αγάπη ως Μαθημένη Επαγγελματική Ικανότητα) υποστηρίζει τη διατήρηση της αυτοφροντίδας υπό συνθήκες απώλειας. Η διαδικασία είναι ενσωματωμένη σε ένα σχεσιακό-οικολογικό πλαίσιο και ακολουθεί ένα δυναμικό, κυκλικό μοτίβο.

Η θέση αυτή εδράζεται στη θεωρία του δεσμού, σύμφωνα με την οποία οι πρώιμες σχέσεις με σημαντικούς άλλους οργανώνουν εσωτερικά μοντέλα λειτουργίας που καθοδηγούν την αντίληψη του εαυτού και των άλλων, καθώς και την ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης (Bowlby, 1969/1982). Παράλληλα, στο πλαίσιο των θεωριών αντικειμενοτρόπων σχέσεων, οι σημαντικοί άλλοι μετασχηματίζονται σε εσωτερικές αναπαραστάσεις — «εσωτερικά αντικείμενα» — τα οποία υποστηρίζουν τη λειτουργία του Εγώ και τη διατήρηση της ψυχικής συνοχής (Fairbairn, 1952).

Υπό αυτή την οπτική, η αυτοφροντίδα δεν μπορεί να θεωρηθεί αποκλειστικά ατομική ικανότητα ή συνειδητή επιλογή. Αντιθέτως, αναδύεται ως λειτουργία που εδράζεται σε ένα εσωτερικό σχεσιακό σύστημα, το οποίο διατηρείται μέσω της εσωτερίκευσης των εμπειριών φροντίδας. Όπως υποστήριξε ο Winnicott (1965), η δυνατότητα του ατόμου να «κρατά» τον εαυτό του συνδέεται με την προηγούμενη εμπειρία του ότι κάποιος άλλος τον έχει κρατήσει επαρκώς.

Η αυτοφροντίδα στις μεταγενέστερες φάσεις της ζωής δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς ως αποτέλεσμα συνειδητών επιλογών ή συμπεριφορικών πρακτικών, αλλά ως έκφραση βαθύτερων ψυχικών λειτουργιών που έχουν συγκροτηθεί μέσα από την πρώιμη εμπειρία σχέσης. Στο πλαίσιο της θεωρίας του Winnicott, η ικανότητα του ατόμου να διατηρεί την εσωτερική του συνοχή και να ρυθμίζει τον εαυτό του συνδέεται με τη μεταβατική λειτουργία (transitional functioning), η οποία αναδύεται από την εμπειρία του «αρκετά καλού» περιβάλλοντος φροντίδας και του holding (Winnicott, 1953; 1965). Το βρέφος, μέσα από τη σταθερή και επαρκή φροντίδα του πρωταρχικού άλλου, αναπτύσσει σταδιακά την ικανότητα να μεταβαίνει από την απόλυτη εξάρτηση σε μια σχετική αυτονομία, εσωτερικεύοντας την εμπειρία της φροντίδας ως ψυχική λειτουργία. Τα μεταβατικά φαινόμενα και οι ενδιάμεσοι χώροι εμπειρίας που περιγράφει ο Winnicott αποτελούν τον τόπο όπου η εξωτερική πραγματικότητα και η εσωτερική εμπειρία συνυφαίνονται, επιτρέποντας στο άτομο να διατηρεί μια αίσθηση συνέχειας ακόμη και εν απουσία του άλλου. Υπό αυτή την οπτική, η αυτοφροντίδα μπορεί να νοηθεί ως συνέχεια αυτής της μεταβατικής λειτουργίας: ως η ικανότητα του ατόμου να «κρατά» τον εαυτό του, να ρυθμίζει τις ανάγκες του και να διατηρεί τη φροντίδα ενεργή μέσα στον χρόνο, ακόμη και όταν οι εξωτερικές πηγές στήριξης έχουν περιοριστεί ή χαθεί. Κατά συνέπεια, η διατάραξη της αυτοφροντίδας στην τρίτη ηλικία δεν αντανακλά απλώς έλλειμμα κινήτρων ή δεξιοτήτων, αλλά ρήγμα σε μια εσωτερικευμένη σχεσιακή λειτουργία, η οποία κάποτε συγκροτήθηκε μέσα από την εμπειρία του άλλου και

τώρα καλείται να λειτουργήσει ως φορέας συνέχειας του εαυτού. Έτσι, η αυτοφροντίδα δεν αποτελεί απλώς πρακτική επιβίωσης, αλλά ψυχική λειτουργία που εδράζεται στην ιστορία της σχέσης και στη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί, μέσα του, την εμπειρία ότι κάποτε φροντίστηκε επαρκώς.

Στο πλαίσιο του παρόντος μοντέλου, η απώλεια μιας σχέσης δεν συνεπάγεται μόνο την απουσία του άλλου, αλλά τη διατάραξη ενός εσωτερικού συστήματος φροντίδας. Όταν αυτή η εσωτερικευμένη σχέση αποδυναμώνεται, η αυτοφροντίδα παύει να λειτουργεί ως σταθερός ρυθμιστικός μηχανισμός. Η απορρύθμιση δεν προκύπτει μόνο από το γεγονός της απώλειας, αλλά από την αποδυνάμωση της εσωτερικής παρουσίας του άλλου ως ρυθμιστικού παράγοντα. Εδώ εντοπίζεται ο πυρήνας της θεωρίας. Η αυτοφροντίδα δεν γεννιέται μέσα στο άτομο. Καλλιεργείται μέσα σε σχέσεις — και κατόπιν εσωτερικεύεται. Οι σημαντικοί άλλοι δεν χάνονται ποτέ πλήρως, αλλά μετατρέπονται σε εσωτερικές φωνές, σε ρυθμιστικά ίχνη και σε σιωπηλές υπενθυμίσεις φροντίδας. Όταν αυτή η εσωτερική σχέση παραμένει ζωντανή → η αυτοφροντίδα συνεχίζεται. Όταν ραγίζει → το άτομο αποστερείται τη δυνατότητα να φροντίσει τον εαυτό του. Και τότε αρχίζει η έκπτωση.

12.6 Από τη μοναξιά στη σωματική και ψυχική έκπτωση

Το προτεινόμενο μοντέλο υποστηρίζει ότι η επίδραση της μοναξιάς στην υγεία δεν είναι άμεση, αλλά μεσολαβείται από τη διαταραχή της αυτοφροντίδας ως κεντρικού ρυθμιστικού μηχανισμού. Με τον τρόπο αυτό, η μοναξιά δεν θεωρείται ανεξάρτητος αιτιολογικός παράγοντας, αλλά μέρος μιας δυναμικής αλληλουχίας διεργασιών που συνδέουν την κοινωνική εμπειρία με τις βιοψυχολογικές εκβάσεις.

Η ακολουθία που προτείνεται έχει ως εξής:

- *Η απώλεια ή η κοινωνική αποσύνδεση δημιουργεί εμπειρία μοναξιάς*
- *Η μοναξιά αποδυναμώνει τη ρυθμιστική λειτουργία της αυτοφροντίδας*
- *Η μείωση της αυτοφροντίδας οδηγεί σε επιδείνωση της ψυχικής και σωματικής υγείας*

Η προσέγγιση αυτή συνάδει με τη σύγχρονη βιβλιογραφία που αναδεικνύει τη μοναξιά ως παράγοντα κινδύνου για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα, χωρίς όμως να λειτουργεί απαραίτητα με άμεσο τρόπο (Holt-Lunstad et al., 2015). Παράλληλα, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η μοναξιά επηρεάζει τη συμπεριφορά υγείας, τη ρύθμιση του στρες και τη φυσιολογική λειτουργία, υποδηλώνοντας την ύπαρξη ενδιάμεσων μηχανισμών που διαμεσολαβούν τη σχέση της με την υγεία (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Στο πλαίσιο του παρόντος μοντέλου, η αυτοφροντίδα προτείνεται ως ένας τέτοιος μηχανισμός: το σημείο στο οποίο η εμπειρία της μοναξιάς μεταφράζεται σε καθημερινή πράξη — ή σε αποδιοργάνωση της πράξης. Όταν η ικανότητα αυτοφροντίδας αποδυναμώνεται, το άτομο δυσκολεύεται να διατηρήσει βασικές ρυθμιστικές πρακτικές, με αποτέλεσμα τη σταδιακή επιδείνωση τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής του κατάστασης.

Η διαδικασία αυτή δεν είναι γραμμική αλλά δυναμική και συχνά κυκλική. Η επιδείνωση της υγείας μπορεί να περιορίσει περαιτέρω την κοινωνική συμμετοχή και τη λειτουργικότητα του ατόμου, ενισχύοντας την εμπειρία της μοναξιάς και επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο την αυτοφροντίδα. Έτσι, διαμορφώνεται ένας αυτοτροφοδοτούμενος κύκλος απορρύθμισης, στον οποίο η αρχική απώλεια μετατρέπεται σε διαρκή φθορά.

12.7 Η οικολογία της καθημερινότητας

Το προτεινόμενο μοντέλο επεκτείνει την έννοια της σχέσης πέρα από τα πρόσωπα, εισάγοντας μια ευρύτερη κατανόηση του σχεσιακού πεδίου που περιλαμβάνει το περιβάλλον, τις ρουτίνες και τις επαναλαμβανόμενες πρακτικές της καθημερινής ζωής. Υπό αυτή την οπτική, η σχέση δεν περιορίζεται στον διαπροσωπικό δεσμό, αλλά περιλαμβάνει και τη σύνδεση του ατόμου με τους χώρους, τους ρυθμούς και τις δομές που οργανώνουν την εμπειρία του. Σχέση είναι επίσης:

- *το καφενείο της γειτονιάς*
- *ο κήπος*

- *το πρωινό πρόγραμμα*
- *η επαναληπτικότητα των μικρών πραγμάτων*

Τα στοιχεία αυτά συγκροτούν μια οικολογία αυτοφροντίδας — ένα πλέγμα σταθερών και επαναλαμβανόμενων δομών που υποστηρίζουν τη ρυθμιστική λειτουργία του ατόμου μέσα στον χρόνο. Η προσέγγιση αυτή συνάδει με οικολογικές θεωρήσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης, σύμφωνα με τις οποίες η συμπεριφορά και η προσαρμογή διαμορφώνονται μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του (Bronfenbrenner, 1979), καθώς και με τη θεωρία του Lawton για τη σχέση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος στη γήρανση, η οποία τονίζει τη σημασία της προσαρμογής μεταξύ ικανοτήτων και περιβαλλοντικών απαιτήσεων (Lawton & Nahemow, 1973). Η περιοδικότητα, στο πλαίσιο αυτό, δεν αποτελεί απλώς συνήθεια. Είναι ρυθμός ζωής.

Η επαναληπτικότητα των καθημερινών πρακτικών λειτουργεί ως βασικός μηχανισμός σταθεροποίησης της εμπειρίας και της συμπεριφοράς, ενισχύοντας τη συνέχεια και τη συνοχή του εαυτού, όπως έχει υποστηριχθεί και από τη θεωρία της συνέχειας στη γήρανση (Atchley, 1989).

Όταν αυτός ο ρυθμός διακοπεί δεν χάνεται μόνο μια πράξη, αλλά χάνεται το πλαίσιο που την καθιστούσε δυνατή. Η διακοπή των καθημερινών μοτίβων δεν συνιστά απλώς αλλαγή συμπεριφοράς, αλλά διατάραξη ενός ευρύτερου συστήματος αυτορρύθμισης. Για τον λόγο αυτό, η επαναφορά είναι συχνά ιδιαίτερα δύσκολη. Όχι επειδή το άτομο «δεν θέλει», αλλά επειδή το οικολογικό και σχεσιακό σύστημα που υποστήριζε τη λειτουργία της αυτοφροντίδας έχει ήδη διαρραγεί.

12.8 Εννοιολογική συμβολή του μοντέλου

Το Μοντέλο Σχεσιακής Αυτοφροντίδας στην Ευδόκιμη Γήρανση εισάγει μια ουσιαστική εννοιολογική μετατόπιση στον τρόπο κατανόησης της υγείας στην τρίτη ηλικία, μετακινώντας

το θεωρητικό ενδιαφέρον από τους εξωτερικούς προσδιοριστές στις εσωτερικές και σχεσιακά διαμεσολαβημένες διεργασίες. Συγκεκριμένα, το μοντέλο προτείνει μια τριπλή μετατόπιση:

- *από δημογραφικά μοντέλα → σε βιωματικά μοντέλα*
- *από στατικούς παράγοντες → σε δυναμικές διεργασίες*
- *από περιγραφή → σε ερμηνεία μηχανισμών*

Ενώ τα παραδοσιακά μοντέλα της γήρανσης, όπως το successful aging (Rowe & Kahn, 1997) ή τα αναπτυξιακά μοντέλα προσαρμογής (Baltes & Baltes, 1990), ανέδειξαν σημαντικές διαστάσεις της λειτουργικότητας και της προσαρμογής, το παρόν μοντέλο εισάγει ένα ενδιάμεσο επίπεδο ανάλυσης: τον ρυθμιστικό ρόλο της αυτοφροντίδας ως μηχανισμού που συνδέει την κοινωνική εμπειρία με τις εκβάσεις υγείας.

Υπό αυτή την οπτική, η υγεία δεν νοείται ως άμεσο αποτέλεσμα εξωτερικών συνθηκών ή ατομικών χαρακτηριστικών, αλλά ως προϊόν συνεχών αλληλεπιδράσεων μεταξύ σχέσης, εμπειρίας και συμπεριφοράς. Το μοντέλο ενσωματώνει στοιχεία από τη βιοψυχοκοινωνική θεώρηση της υγείας (Engel, 1977), τη θεωρία του δεσμού (Bowlby, 1969/1982), καθώς και τις οικολογικές προσεγγίσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης (Bronfenbrenner, 1979), προτείνοντας μια συνθετική ερμηνεία που εστιάζει στη ρυθμιστική λειτουργία του ατόμου μέσα σε ένα σχεσιακό και περιβαλλοντικό πλαίσιο. Η θεωρητική ακολουθία που προκύπτει είναι σαφής αλλά μη γραμμική:

- *Απώλεια / κοινωνική αποσύνδεση*
- *Εμπειρία μοναξιάς*
- *Διαταραχή της αυτοφροντίδας*
- *Έκπτωση ψυχικής και σωματικής υγείας*
- *Ενίσχυση της μοναξιάς (κυκλική διαδικασία)*

Η ακολουθία αυτή δεν περιγράφει μια απλή αιτιολογική γραμμή, αλλά έναν δυναμικό, αυτοτροφοδοτούμενο κύκλο απορρύθμισης, στον οποίο οι αρχικές συνθήκες

μετασχηματίζονται σε διαρκείς διεργασίες που επηρεάζουν τη συνολική λειτουργία του ατόμου.

Η κεντρική συμβολή του μοντέλου έγκειται στο ότι αναδεικνύει την αυτοφροντίδα όχι ως επιμέρους συμπεριφορά, αλλά ως ρυθμιστικό κόμβο (regulatory hub) μέσω του οποίου η σχέση με τον εαυτό και τον κόσμο διατηρείται ενεργή ή, αντιστρόφως, αποδυναμώνεται. Με τον τρόπο αυτό, η μοναξιά παύει να αποτελεί απλώς ψυχολογική εμπειρία και ανανοηματοδοτείται ως ένδειξη απορρύθμισης ενός ευρύτερου σχεσιακού συστήματος.

Κατά συνέπεια, το προτεινόμενο μοντέλο δεν προσθέτει απλώς έναν ακόμη παράγοντα στη μελέτη της γήρανσης, αλλά αναδιαμορφώνει το ερμηνευτικό πλαίσιο, μετατοπίζοντας το ερώτημα από το «ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την υγεία» στο «μέσω ποιων μηχανισμών οι εμπειρίες μετατρέπονται σε υγεία ή σε έκπτωση».

12.9 Θεωρητικές Προτάσεις (Theoretical Propositions)

Το Μοντέλο Σχεσιακής Αυτοφροντίδας στην Ευδόκιμη Γήρανση συνοψίζεται σε ένα σύνολο θεωρητικών προτάσεων που περιγράφουν τις σχέσεις μεταξύ κοινωνικών εμπειριών, αυτορρυθμιστικών διεργασιών και εκβάσεων υγείας. Οι προτάσεις αυτές δεν είναι απλώς περιγραφικές, αλλά συγκροτούν ένα δυναμικό και ελέγξιμο εννοιολογικό πλαίσιο.

Το προτεινόμενο Μοντέλο Σχεσιακής Αυτοφροντίδας στην Ευδόκιμη Γήρανση συγκροτείται γύρω από ένα σύνολο αλληλένδετων θεωρητικών προτάσεων, οι οποίες περιγράφουν τους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι κοινωνικές εμπειρίες μετασχηματίζονται σε εκβάσεις ψυχικής και σωματικής υγείας. Κεντρική θέση του μοντέλου αποτελεί ότι η επίδραση της μοναξιάς στην υγεία δεν είναι άμεση, αλλά κυρίως έμμεση, διαμεσολαβούμενη από τη λειτουργία της αυτοφροντίδας. Με άλλα λόγια, η μοναξιά δεν οδηγεί ευθέως σε επιδείνωση της υγείας, αλλά επηρεάζει πρωτίστως την ικανότητα του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του, και μέσω αυτής της απορρύθμισης προκύπτουν οι αρνητικές εκβάσεις.

Η αυτοφροντίδα, στο πλαίσιο αυτό, αναδεικνύεται ως ο κεντρικός ρυθμιστικός μηχανισμός που μετατρέπει τις ψυχοκοινωνικές εμπειρίες σε βιοψυχολογικά αποτελέσματα. Η ποιότητά της συνδέεται άμεσα με την ψυχική υγεία, τη σωματική λειτουργικότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής, ανεξάρτητα από τις αρχικές κοινωνικές συνθήκες. Δεν πρόκειται, συνεπώς, για δευτερεύουσα συμπεριφορά, αλλά για τον βασικό άξονα μέσω του οποίου οργανώνεται η προσαρμογή του ατόμου στη γήρανση.

Ταυτόχρονα, η αυτοφροντίδα δεν συγκροτείται αποκλειστικά ως ατομική ικανότητα, αλλά αναδύεται μέσα από τη σχέση. Διαμορφώνεται μέσω της εσωτερίκευσης σημαντικών άλλων, οι οποίοι μετατρέπονται σε εσωτερικές αναπαραστάσεις που υποστηρίζουν τη ρυθμιστική λειτουργία του ατόμου. Όσο ισχυρότερες και πιο διαθέσιμες είναι αυτές οι εσωτερικευμένες σχέσεις, τόσο ενισχύεται η δυνατότητα αυτοφροντίδας· αντιστρόφως, η αποδυνάμωσή τους οδηγεί σε μείωση της ικανότητας ρύθμισης.

Στο ίδιο πλαίσιο, η διακοπή των σχεσιακών και οικολογικών δομών της καθημερινότητας — όπως οι σχέσεις, οι ρουτίνες και οι σταθεροί χώροι— δεν έχει μόνο συναισθηματικές συνέπειες, αλλά συνεπάγεται τη διάρρηξη ενός ευρύτερου συστήματος αυτορρύθμισης. Ιδιαίτερα κρίσιμη είναι η απώλεια της περιοδικότητας, δηλαδή του ρυθμού που οργανώνει την καθημερινή ζωή, καθώς αυτή συνδέεται άμεσα με τη σταθερότητα της αυτοφροντίδας.

Η αυτοφροντίδα, επομένως, εμφανίζει έναν χαρακτήρα εξάρτησης από τη σταθερότητα των σχεσιακών και καθημερινών δομών. Όταν οι δομές αυτές διαταράσσονται, η επανασυγκρότηση της αυτοφροντίδας καθίσταται δύσκολη, γεγονός που υποδηλώνει ότι η λειτουργία της δεν είναι πλήρως εθελοντική, αλλά εν μέρει εξαρτώμενη από το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται. Υπό αυτή την έννοια, η απορρύθμιση τείνει να αυτοσυντηρείται.

Η διαδικασία αυτή αποκτά κυκλικό χαρακτήρα: η μείωση της αυτοφροντίδας οδηγεί σε επιδείνωση της ψυχικής και σωματικής υγείας, η οποία με τη σειρά της ενισχύει την εμπειρία της μοναξιάς, δημιουργώντας έναν αυτοτροφοδοτούμενο κύκλο απορρύθμισης. Το μοντέλο,

συνεπώς, δεν προτείνει μια γραμμική αιτιολογική σχέση, αλλά μια δυναμική, αμφίδρομη διαδικασία.

Τέλος, το μοντέλο αναδεικνύει τον προστατευτικό ρόλο της σχεσιακής και οικολογικής συνέχειας. Η διατήρηση σχέσεων, ρουτινών και σταθερών δομών της καθημερινότητας λειτουργεί ως παράγοντας σταθεροποίησης, διατηρώντας ενεργή τη λειτουργία της αυτοφροντίδας ακόμη και υπό συνθήκες απώλειας. Με τον τρόπο αυτό, διαφοροποιούνται ουσιαστικά τα άτομα που, παρά τη χηρεία ή την αποσύνδεση, διατηρούν έναν ρυθμό ζωής και ένα σταθερό πλαίσιο, από εκείνα που βιώνουν πλήρη αποδιοργάνωση της καθημερινότητάς τους. Πιο συγκεκριμένα οι Πρότάσεις είναι:

- *Πρόταση 1. Η επίδραση της μοναξιάς στα αποτελέσματα της υγείας είναι κυρίως έμμεση και διαμεσολαβείται από τη σχεσιακή αυτοφροντίδα.*
- *Πρόταση 2. Η σχεσιακή αυτοφροντίδα λειτουργεί ως βασικός ρυθμιστικός μηχανισμός που συνδέει την ψυχοκοινωνική εμπειρία με τη σωματική και ψυχική υγεία.*
- *Πρόταση 3. Η ικανότητα για αυτοφροντίδα συγκροτείται σχεσιακά μέσω εσωτερικευμένων εμπειριών φροντίδας.*
- *Πρόταση 4. Η διαταραχή της σχεσιακής και οικολογικής συνέχειας αποδυναμώνει την αυτοφροντίδα και εντείνει τη δυσρύθμιση.*
- *Πρόταση 5. Η συσχέτιση μεταξύ μοναξιάς, αυτοφροντίδας και υγείας είναι δυναμική και κυκλική παρά γραμμική.*
- *Πρόταση 6. Οι σταθερές ρουτίνες, οι ουσιαστικοί χώροι και η καθημερινή συνέχεια αμβλύνουν τη διάβρωση της αυτοφροντίδας στη μετέπειτα ζωή.*

12.10 Κλινικές και ερευνητικές προεκτάσεις

Η κατανόηση της αυτοφροντίδας ως σχεσιακής και ρυθμιστικής λειτουργίας επιφέρει ουσιαστικές μετατοπίσεις τόσο στο επίπεδο της κλινικής παρέμβασης όσο και στο πεδίο της έρευνας.

Σε κλινικό επίπεδο, το προτεινόμενο μοντέλο υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις δεν θα πρέπει να περιορίζονται στην απλή ενίσχυση των κοινωνικών επαφών ή στη μείωση της μοναξιάς ως απομονωμένου στόχου. Αντίθετα, οφείλουν να εστιάζουν στην αποκατάσταση της ικανότητας αυτορρύθμισης, δηλαδή στην επανασυγκρότηση του μηχανισμού μέσω του οποίου το άτομο διατηρεί ενεργή τη φροντίδα προς τον εαυτό του.

Υπό αυτή την οπτική, η θεραπευτική και υποστηρικτική παρέμβαση μετατοπίζεται από την «ποσοτική» αύξηση των σχέσεων στην «ποιοτική» αποκατάσταση της ρυθμιστικής λειτουργίας της σχέσης. Δεν αρκεί, συνεπώς, να μειωθεί η μοναξιά· απαιτείται να αποκατασταθεί η δυνατότητα του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του μέσα σε ένα συνεκτικό και σταθερό πλαίσιο ζωής.

Συγκεκριμένα, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν:

- *στην επανασύνδεση του ατόμου με σταθερούς ρυθμούς και επαναλαμβανόμενες πρακτικές της καθημερινότητας*
- *στην αναδόμηση της καθημερινής ζωής ως πλαισίου αυτορρύθμισης*
- *στην ενίσχυση των εσωτερικευμένων σχέσεων και της αίσθησης εσωτερικής υποστήριξης*
- *στη διατήρηση της συνέχειας της φροντίδας, ακόμη και μετά από σημαντικές απώλειες*

Η έμφαση αυτή αναδεικνύει ότι η αποκατάσταση της αυτοφροντίδας δεν είναι ζήτημα απλής συμμόρφωσης ή εκπαίδευσης, αλλά διαδικασία επανασύστασης ενός σχεσιακού και οικολογικού συστήματος που υποστηρίζει τη λειτουργία του ατόμου.

Σε ερευνητικό επίπεδο, το μοντέλο ανοίγει νέες κατευθύνσεις διερεύνησης, προτείνοντας την αυτοφροντίδα ως κεντρικό διαμεσολαβητικό μηχανισμό μεταξύ υποκειμενικής εμπειρίας και εκβάσεων υγείας. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη μετάβαση από την απλή συσχέτιση μεταβλητών στη μελέτη των διαδικασιών μέσω των οποίων οι κοινωνικές εμπειρίες ενσωματώνονται στο σώμα και στη συμπεριφορά.

Ειδικότερα, προτείνεται:

- η εμπειρική διερεύνηση της αυτοφροντίδας ως μεσολαβητή μεταξύ μοναξιάς και υγείας
- η μελέτη των σχεσιακών και οικολογικών παραγόντων που ενισχύουν ή αποδυναμώνουν τη λειτουργία της
- η ανάπτυξη πολυεπίπεδων μοντέλων που συνδέουν ψυχολογικές διεργασίες με βιολογικούς δείκτες

Με τον τρόπο αυτό, η αυτοφροντίδα αναδεικνύεται όχι μόνο ως κλινικός στόχος, αλλά και ως βασική αναλυτική κατηγορία για την κατανόηση της γήρανσης, γεφυρώνοντας το υποκειμενικό βίωμα με τις αντικειμενικές εκβάσεις υγείας.

Το προτεινόμενο μοντέλο υποστηρίζει ότι η κρίσιμη μεταβλητή δεν είναι η απώλεια καθαυτή, αλλά το κατά πόσο το άτομο μπορεί να συνεχίσει να φροντίζεται μετά από αυτήν. Και ίσως τελικά, αυτό που διακυβεύεται στη γήρανση δεν είναι ο χρόνος που περνά, αλλά η δυνατότητα να παραμένει κανείς σε σχέση — ακόμη και όταν ο άλλος δεν είναι πια εκεί. Διότι η φροντίδα δεν χάνεται με την απουσία· χάνεται μόνο όταν δεν μπορεί πια να συνεχιστεί μέσα μας.

12.11 Σύνδεση του Μοντέλου με τη θεωρία HALO

Το προτεινόμενο Μοντέλο Σχεσιακής Αυτοφροντίδας συνδέεται εννοιολογικά με τη θεωρία HALO (Humanitarian Amor as a Learned Occupational Capacity), η οποία αναδεικνύει την ικανότητα παραμονής στη σχέση ως θεμελιώδη διάσταση της φροντίδας. Ενώ το παρόν μοντέλο εστιάζει στην αυτοφροντίδα ως εσωτερικό ρυθμιστικό μηχανισμό, η HALO θεωρία επεκτείνει την κατανόηση αυτή, υποστηρίζοντας ότι η φροντίδα — είτε προς τον άλλον είτε προς τον εαυτό — εξαρτάται από τη δυνατότητα διατήρησης της σχεσιακής παρουσίας ακόμη και υπό συνθήκες απώλειας ή ευαλωτότητας. Υπό αυτή την οπτική, η αυτοφροντίδα μπορεί να θεωρηθεί ως εσωτερικευμένη μορφή παραμονής στη σχέση: η συνέχιση της φροντίδας προς τον εαυτό όταν ο εξωτερικός άλλος δεν είναι πλέον παρών. Η αποτυχία της αυτοφροντίδας, αντίστοιχα, αντανακλά τη ρήξη αυτής της εσωτερικής σχέσης.

Έτσι, το Μοντέλο Σχεσιακής Αυτοφροντίδας και η HALO θεωρία συγκλίνουν σε μια κοινή θέση ότι η υγεία και η ανθρώπινη λειτουργία δεν θεμελιώνονται απλώς στην προσαρμογή, αλλά στην ικανότητα του ατόμου να παραμένει σε σχέση — εξωτερικά και εσωτερικά.

Γενικά και Θεωρητικά Συμπεράσματα

Η ευδόκιμη γήρανση ως δυναμική διαδικασία σχέσης και αυτοφροντίδας

*«Η ζωή έχει αξία όσο υπάρχει, σε κάθε της στιγμή.»
Marcus Aurelius*

Η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχείρησε να προσεγγίσει τη γήρανση όχι ως ένα μεμονωμένο βιολογικό γεγονός, αλλά ως μια σύνθετη, πολυδιάστατη και βαθιά ανθρώπινη εμπειρία, η οποία εκτυλίσσεται στη διασταύρωση του σώματος, της ψυχής και του κοινωνικού κόσμου. Μέσα από τη σύνθεση θεωρητικών προσεγγίσεων και την ανάλυση εμπειρικών δεδομένων, κατέστη σαφές ότι η γήρανση δεν μπορεί να ερμηνευθεί επαρκώς μέσα από γραμμικά μοντέλα φθοράς, αλλά απαιτεί μια ολιστική κατανόηση που αναγνωρίζει τη δυναμική αλληλεπίδραση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Το σώμα, ως φορέας βιολογικών μεταβολών, δεν παύει να αποτελεί ταυτόχρονα φορέα μνήμης και εμπειρίας. Οι βιολογικές αλλαγές που συνοδεύουν τη γήρανση δεν συνιστούν απλώς μια διαδικασία έκπτωσης, αλλά εντάσσονται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο προσαρμογής, όπου το άτομο καλείται να επαναπροσδιορίσει τη σχέση του με τις λειτουργικές του δυνατότητες και τα όριά του. Η έννοια της βιολογικής ηλικίας, όπως αναδείχθηκε, υπερβαίνει τη χρονολογική διάσταση, υπογραμμίζοντας ότι η γήρανση δεν είναι ομοιόμορφη, αλλά διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τις συνθήκες ζωής, τις συμπεριφορές και το περιβάλλον.

Παράλληλα, η ψυχολογική διάσταση της γήρανσης ανέδειξε μια εξίσου σημαντική, αλλά συχνά παραγνωρισμένη, πραγματικότητα: ότι η γήρανση δεν αφορά μόνο απώλειες, αλλά και δυνατότητες αναδιοργάνωσης, προσαρμογής και εσωτερικής ωρίμανσης. Η μείωση ορισμένων

γνωστικών λειτουργιών συνυπάρχει με τη διατήρηση ή και ενίσχυση άλλων, όπως η εμπειρική γνώση και η σοφία. Η ικανότητα του ατόμου να επαναπροσδιορίζει τις προτεραιότητές του, να εστιάζει σε σχέσεις με συναισθηματικό νόημα και να επεξεργάζεται την εμπειρία του μέσα από αφηγηματικές διεργασίες, αναδεικνύεται ως βασικός άξονας ψυχολογικής προσαρμογής. Η κοινωνική διάσταση της γήρανσης κατέδειξε ότι το άτομο δεν γερνά σε απομόνωση, αλλά μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων που διαμορφώνουν την εμπειρία του. Οι αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους, η απομάκρυνση από την εργασία, η απώλεια σημαντικών προσώπων και η αναδιάρθρωση των κοινωνικών δικτύων συνιστούν κρίσιμους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (Μέντης & Δραγιώτη, 2025). Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση αναδείχθηκαν ως κεντρικοί παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι δεν περιορίζονται σε ψυχολογικές επιπτώσεις, αλλά συνδέονται άμεσα με τη σωματική υγεία και τη συνολική ευημερία, καθώς ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως το βίωμα της ντροπής, συνδέονται άμεσα με μειωμένη ποιότητα ζωής στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας (Mantzoukas et al., 2021). Αντίθετα, η παρουσία ουσιαστικών σχέσεων και η ενεργός συμμετοχή στην κοινωνική ζωή λειτουργούν προστατευτικά, ενισχύοντας τη συνοχή και το νόημα της ύπαρξης. Παράλληλα, αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες, όπως η ντροπή, έχουν αναδειχθεί ως σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας, υπογραμμίζοντας τη σημασία των ψυχοκοινωνικών διεργασιών στη γήρανση (Mantzoukas et al., 2021).

Μέσα σε αυτό το πολυεπίπεδο πλαίσιο, η παρούσα διατριβή ανέδειξε την ανάγκη για μια ουσιαστική εννοιολογική μετατόπιση στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται η γήρανση. Η κυρίαρχη έννοια της «επιτυχημένης γήρανσης», αν και σημαντική για τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, αποδεικνύεται περιοριστική, καθώς βασίζεται κυρίως σε αντικειμενικά και συχνά κανονιστικά κριτήρια. Η έμφαση στη λειτουργικότητα, την απουσία νόσου και την κοινωνική δραστηριότητα, αν και χρήσιμη, δεν επαρκεί για να αποδώσει τη βιωμένη εμπειρία του ατόμου. Παράλληλα, η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει τη σημασία παραγόντων όπως

η εκπαίδευση στη διαμόρφωση της επιτυχημένης γήρανσης (Τσιλώνη και συν., 2025), γεγονός που επιβεβαιώνει την πολυπαραγοντική φύση του φαινομένου, χωρίς ωστόσο να εξαντλεί την εννοιολογική του κατανόηση.

Σε αυτό το σημείο, η έννοια της ευδόκιμης γήρανσης προτείνεται ως ένα εναλλακτικό και βαθύτερο εννοιολογικό σχήμα. Η ευδόκιμη γήρανση δεν αφορά την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων ούτε την αποφυγή περιορισμών, αλλά τη δυνατότητα του ανθρώπου να διατηρεί ή να αναπτύσσει νόημα, σχέση και ισορροπία μέσα στις μεταβολές του χρόνου. Δεν αξιολογεί τη ζωή με όρους επιτυχίας ή αποτυχίας, αλλά την κατανοεί ως μια δυναμική διαδικασία προσαρμογής και συνέχειας. Με τον τρόπο αυτό, η γήρανση αποδεσμεύεται από τη λογική της επίδοσης και επανατοποθετείται στο πεδίο της εμπειρίας.

Κομβικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία διαδραματίζει η αυτοφροντίδα, η οποία αναδείχθηκε ως βασικός ρυθμιστικός μηχανισμός. Η αυτοφροντίδα δεν περιορίζεται σε πρακτικές υγείας, αλλά συνιστά μια βαθύτερη σχέση του ατόμου με τον εαυτό του. Μέσα από αυτήν, το άτομο διατηρεί τη συνοχή της ταυτότητάς του, επεξεργάζεται την απώλεια και ρυθμίζει τις ψυχοκοινωνικές του εμπειρίες. Η αυτοφροντίδα λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ των εσωτερικών διεργασιών και των εξωτερικών συνθηκών, επιτρέποντας στο άτομο να παραμένει ενεργό μέσα στη ζωή, ακόμη και όταν οι συνθήκες μεταβάλλονται.

Ιδιαίτερη σημασία αποδόθηκε επίσης στους ψυχολογικούς πόρους που συμβάλλουν στην προσαρμογή κατά τη γήρανση. Η ανθεκτικότητα, το χιούμορ, η αισιοδοξία και η ικανότητα νοσηματοδότησης αναδείχθηκαν ως κρίσιμοι παράγοντες που ενισχύουν την ποιότητα ζωής. Οι πόροι αυτοί δεν αναιρούν τις δυσκολίες, αλλά επιτρέπουν την επεξεργασία τους, μετατρέποντας την εμπειρία της γήρανσης από παθητική φθορά σε ενεργητική διαδικασία κατανόησης και προσαρμογής.

Στο ίδιο πλαίσιο, η φροντίδα αναδείχθηκε όχι απλώς ως τεχνική πράξη, αλλά ως σχέση. Η νοσηλευτική και η ευρύτερη επιστήμη της φροντίδας καλούνται να υπερβούν τη διαχείριση

της νόσου και να στραφούν προς την υποστήριξη του ανθρώπου ως ολότητας. Η φροντίδα αποκτά νόημα όταν περιλαμβάνει την αναγνώριση της μοναδικότητας του ατόμου, τον σεβασμό της ιστορίας του και τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του. Η παρουσία του επαγγελματία υγείας δεν περιορίζεται στην παρέμβαση, αλλά επεκτείνεται στη σχέση, στη διαθεσιμότητα και στη δυνατότητα να παραμένει δίπλα στον άλλον.

Σε ένα βαθύτερο επίπεδο, η γήρανση αναδείχθηκε ως μια μορφή εσωτερικής εργασίας. Το άτομο καλείται να επεξεργαστεί την εμπειρία της απώλειας, να ανασυγκροτήσει την ταυτότητά του και να επαναπροσδιορίσει το νόημα της ζωής του. Η διαδικασία αυτή, αν και συχνά συνοδεύεται από δυσκολίες, μπορεί να οδηγήσει σε μια μορφή ωριμότητας που δεν σχετίζεται με την απουσία περιορισμών, αλλά με την ικανότητα να ζει κανείς με αυτούς.

Η παρούσα διατριβή συμβάλλει, επομένως, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Θεωρητικά, διευρύνει την κατανόηση της γήρανσης ως πολυδιάστατης εμπειρίας και εισάγει την έννοια της ευδόκιμης γήρανσης ως εναλλακτικό εννοιολογικό πλαίσιο. Πρακτικά, αναδεικνύει την ανάγκη για ανάπτυξη παρεμβάσεων που εστιάζουν όχι μόνο στη σωματική υγεία, αλλά και στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη, την ενίσχυση της αυτοφροντίδας και τη μείωση της μοναξιάς.

Παρά τους περιορισμούς που σχετίζονται με τη μεθοδολογία και το δείγμα, τα ευρήματα της μελέτης ανοίγουν σημαντικές προοπτικές για μελλοντική έρευνα. Η διερεύνηση της ευδόκιμης γήρανσης σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, η ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της έννοιας και η ενσωμάτωσή της σε παρεμβάσεις υγείας αποτελούν σημαντικές κατευθύνσεις για περαιτέρω μελέτη.

Τελικά, η παρούσα διατριβή οδηγεί σε ένα συμπέρασμα που υπερβαίνει τα όρια της επιστημονικής ανάλυσης. Η γήρανση δεν μπορεί να κατανοηθεί πλήρως μέσα από δείκτες και μεταβλητές. Είναι μια εμπειρία που αφορά το σύνολο της ανθρώπινης ύπαρξης. Και ίσως το ουσιαστικό ερώτημα που αναδύεται δεν είναι πώς γερνά κανείς, αλλά πώς παραμένει.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor*, 15(4), 365–381.
2. Adam, E. K., Hawkley, L. C., Kudielka, B. M., & Cacioppo, J. T. (2006). Day-to-day dynamics of experience–cortisol associations. *PNAS*, 103(45), 17058–17063.
3. Åkerlind, I. & Hörnquist, J. O. 1992. Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social Science & Medicine*, 34, 405-414.
4. Ancoli-Israel, S. (2009). Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Medicine*, 10(Suppl 1), S7–S11.
5. Ardel, M. (2004). Wisdom as expert knowledge system: A critical review of a contemporary operationalization of an ancient concept. *Human Development*, 47(5), 257–285.
6. Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190.
7. Avlund, K., Damsgaard, M. T. & Holstein, B. E. 1998. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Soc Sci Med*, 47, 635-43.
8. Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 10–19.
9. Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.

10. Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
11. Barnes, T. L., Ahuja, M., Macleod, S., Tkatch, R., Albright, L., Schaeffer, J. A. & Yeh, C. S. 2022. Loneliness, Social Isolation, and All-Cause Mortality in a Large Sample of Older Adults. *J Aging Health*, 34, 883-892.
12. Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43.
13. Barth, J., Schneider, S. & Von Känel, R. 2010. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*, 72, 229-38.
14. Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 115–128.
15. Beach, M. C., Inui, T., & Relationship-Centered Care Research Network. (2006). Relationship-centered care. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S1), S3–S8.
16. Beard, J. R., Officer, A. M., & Cassels, A. K. (2016). The world report on ageing and health. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S163-S166.
17. Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization*. Sage.
18. BELL, J. G. & STEPTOE, A. 2021. Why is living alone in older age related to increased mortality risk? A longitudinal cohort study. *Age Ageing*, 50, 2019-2024.
19. Bennett, M. P. (2003). Humor in medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10), 1145–1153.
20. Bennett, M. P., & Lengacher, C. (2006). Humor and stress. *Alternative Therapies*, 12(1), 38–45.

21. Bennett, M. P., & Lengacher, C. (2009). Humor and laughter may influence health IV. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 6(2), 159–164.
22. Benning, T. B. (2015). Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in Medical Education and Practice*, 6, 347–352.
23. Berk, L. S., et al. (2001). Neuroendocrine and stress hormone changes during laughter. *The American Journal of the Medical Sciences*, 298(6), 390–396.
24. Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857.
25. Besedovsky, L., Lange, T., & Born, J. (2012). Sleep and immune function. *Physiological Reviews*, 92(3), 1149–1212.
26. Bilgili, G. Ö. (2022). Loneliness and health. *From the Abyss of Loneliness to the Bliss of Solitude: Cultural, Social and Psychoanalytic Perspectives*, 213.
27. Bion, W. R. (1962). *A theory of thinking*. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306–310.
28. Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
29. Bion, W. R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. *International journal of psychoanalysis*, 43(4-5), 306-310.
30. Blakoe, M., Christensen, A. V., Palm, P., Højskov, I. E., Thrysoee, L., Thorup, C. B., Borregaard, B., Mols, R. E., Rasmussen, T. B. & Berg, S. K. 2022. Prognostic value of a brief loneliness questionnaire for patients with coronary heart disease: Proposal for a prediction model. *J Clin Nurs*, 31, 1686-1696.
31. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20–28.

32. Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582.
33. Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
34. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. Basic Books.
35. Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: What is successful aging? *International Journal of Aging and Human Development*, 64(3), 263–297.
36. Brandts, L., Van Tilburg, T. G., Bosma, H., Huisman, M. & Van Den Brandt, P. A. 2021. Loneliness in Later Life and Reaching Longevity: Findings From the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 76, 415-424.
37. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
38. Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr., Wassel, M., Cope, R., Barber, C. & Pillemer, K. 2019. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*, 109, e1-e9.
39. Buysse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9-17.
40. Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72.
41. Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). *Advances in Experimental Social Psychology*, 58, 127–197.
42. Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Loneliness and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454.

43. Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual Review of Psychology*, *66*, 733–767.
44. Cacioppo, J. T., et al. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 238–249.
45. Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, *25*(2), 453.
46. Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., ... & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Biopsychosocial Science and Medicine*, *64*(3), 407-417.
47. 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. *Psychol Aging*, *21*, 140-51.
48. 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.
49. Cacioppo, S., & Cacioppo, J. T. (2014). Social relationships and health. *Social and Personality Psychology Compass*, *8*(2), 58–72.
50. Cann, A., & Collette, C. (2014). Sense of humor, stable affect, and psychological well-being. *Europe's Journal of Psychology*, *10*(3), 464–479.
51. Cappuccio, F. P., Cooper, D., D'Elia, L., Strazzullo, P., & Miller, M. A. (2011). Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European heart journal*, *32*(12), 1484-1492.

52. Cardona, M. & Andrés, P. 2023. Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing? *Front Aging Neurosci*, 15, 1075563.
53. Carrier, J., Viens, I., Poirier, G., Robillard, R., Lafortune, M., Vandewalle, G., ... & Filipini, D. (2011). Sleep slow wave changes during the middle years of life. *European Journal of Neuroscience*, 33(4), 758-766.
54. Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion*, 27(2), 103-123.
55. Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181.
56. Cartwright, R. (2010). *The twenty-four hour mind*. Oxford University Press.
57. Celso, B. G., Ebener, D. J., & Burkhead, E. J. (2003). Humor coping, health status, and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. *Aging & mental health*, 7(6), 438-445.
58. Chan, A., Raman, P., Malhotra, R. & Ma, S. 2015. Loneliness and all-cause mortality in community-dwelling elderly Singaporeans. *Demographic Research*, S15, 1361-1382.
59. Chaput, J. P., Dutil, C., & Sampasa-Kanyinga, H. (2020). Sleeping hours: What is the ideal number? *Nature and Science of Sleep*, 12, 421–430.
60. Chaput, J. P., Dutil, C., Featherstone, R., Ross, R., Giangregorio, L., Saunders, T. J., ... & Carrier, J. (2020). Sleep duration and health in adults: an overview of systematic reviews. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 45(10), S218-S231.
61. Chaput, J. P., et al. (2020). Sleep and health. *Nature Reviews Endocrinology*, 16, 677–689.

62. Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, *61*, 383–409.
63. Chawla, K., Kunonga, T. P., Stow, D., Barker, R., Craig, D. & Hanratty, B. 2021. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *16*, e0255088.
64. Christensen, A. V., Juel, K., Ekholm, O., Thrysøe, L., Thorup, C. B., Borregaard, B., Mols, R. E., Rasmussen, T. B. & Berg, S. K. 2020. Significantly increased risk of all-cause mortality among cardiac patients feeling lonely. *Heart*, *106*, 140-146.
65. Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, *14*(5), 374–380.
66. Cohn-Schwartz, E., Joshi, R. & McClure, L. A. 2023. The Associations of Loneliness and Social Support with Cognitive Impairment among Middle-Aged and Older Individuals with Diabetes. *Int J Environ Res Public Health*, *20*.
67. Cole, S. W., et al. (2007). Social regulation of gene expression. *Genome Biology*, *8*(9), R189.
68. Cole, S. W., et al. (2015). Loneliness and gene expression. *PNAS*, *112*(49), 15142–15147.
69. Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J. & López-Pousa, S. 2020. Causes, mortality rates and risk factors of death in community-dwelling Europeans aged 50 years and over: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2013-2015. *Arch Gerontol Geriatr*, *89*, 104035.
70. Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, *50*(1), 31–48.

71. Crowe, C. L., Domingue, B. W., Graf, G. H., Keyes, K. M., Kwon, D. & Belsky, D. W. 2021. Associations of Loneliness and Social Isolation With Health Span and Life Span in the U.S. Health and Retirement Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 76, 1997-2006.
72. Crowley, K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychology Review*, 21, 41–53.
73. Cuijpers, P. 2001. Mortality and depressive symptoms in inhabitants of residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 131-8.
74. Dahl, C., Holvik, K., Meyer, H. E., Stigum, H., Solbakken, S. M., Schei, B., Sogaard, A. J. & Omsland, T. K. 2021. Increased Mortality in Hip Fracture Patients Living Alone: A NOREPOS Study. *J Bone Miner Res*, 36, 480-488.
75. Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness. *Aging & Mental Health*, 18(5), 504–514.
76. de Jong Gierveld, J., & Tesch-Römer, C. (2012). Loneliness in old age. *European Journal of Ageing*, 9(4), 285–295.
77. Dean, R. A. K., & Gregory, D. M. (2005). Humor and laughter in palliative care. *Cancer Nursing*, 28(4), 292–300.
78. Dean, R. A., & Gregory, D. M. (2005). Humor and laughter in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 21(3), 173–178.
79. Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–20.
80. Dhand, R., & Sohal, H. (2006). Good sleep, bad sleep! The role of daytime naps in healthy adults. *Current opinion in pulmonary medicine*, 12(6), 379-382.
81. Doane, L. D., & Adam, E. K. (2010). Loneliness and cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 35(3), 430–441.

82. Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Uribe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J. & Haro, J. M. 2017. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52, 381-390.
83. DONOVAN, N. J. & BLAZER, D. 2020. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. *Am J Geriatr Psychiatry*, 28, 1233-1244.
84. Drageset, J., Eide, G. E., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. 2013. Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *J Clin Nurs*, 22, 106-14.
85. Dragioti, E., Radua, J., Solmi, M., Gosling, C. J., Oliver, D., Lascialfari, F., Ahmed, M., Cortese, S., Estradé, A., Arrondo, G., Gouva, M., Fornaro, M., Batiridou, A., Dimou, K., Tsartsalis, D., Carvalho, A. F., Shin, J. I., Berk, M., Stringhini, S., Correll, C. U. & Fusar-Poli, P. 2023. Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. *World Psychiatry*, 22, 86-104.
86. Duffy, J. F., et al. (2015). Aging and circadian rhythms. *Neurobiology of Sleep and Circadian Rhythms*, 2, 1–8.
87. Dunbar, R. I. M., Baron, R., Frangou, A., et al. (2012). Social laughter is correlated with elevated pain thresholds. *Proceedings of the Royal Society B*, 279(1731), 1161–1167.
88. Egger, M., Davey Smith, G., Schneider, M. & Minder, C. 1997. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *Bmj*, 315, 629-34.
89. Ekman, I., et al. (2011). Person-centered care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251.

90. Ellwardt, L., Van Tilburg, T., Aartsen, M., Wittek, R. & Steverink, N. 2015. Personal networks and mortality risk in older adults: a twenty-year longitudinal study. *PLoS One*, 10, e0116731.
91. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
92. Ernst, M., Niederer, D., Werner, A. M., Czaja, S. J., Mikton, C., Ong, A. D., Rosen, T., Brähler, E. & Beutel, M. E. 2022. Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *Am Psychol*, 77, 660-677.
93. Espiritu, J. R. D. (2008). Aging-related sleep changes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(1), 1–14.
94. Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Routledge.
95. Fakoya, O. A., Mccorry, N. K. & Donnelly, M. 2020. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20, 129.
96. Fakoya, O. A., Mccorry, N. K. & Donnelly, M. 2021. How do befriending interventions alleviate loneliness and social isolation among older people? A realist evaluation study. *PLoS One*, 16, e0256900.
97. Ferri, C., James, I., & Pruchno, R. (2009). Successful aging: Definitions and subjective assessment according to older adults. *Clinical Gerontologist*, 32(4), 379-388.
98. Fokkema, T., de Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in loneliness. *European Journal of Ageing*, 9, 287–297.
99. Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., et al. (1995). Sleep complaints among elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(12), 1359–1364.

100. Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 519–526.
101. Foley, D., et al. (1995). Sleep disturbances in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 495–502.
102. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 107.
103. Franceschi, C., et al. (2000). Inflamm-aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 908, 244–254.
104. Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
105. Freedman, A. & Nicolle, J. 2020. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician*, 66, 176-182.
106. Freud, S. (1928). Humor. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 1–6.
107. Freud, S. (1953). *Collected papers (Vol. 3)*. (E. Jones, Ed., & A. a. Strachey, Trans.) London.
108. Freud, S. (1953). *The interpretation of dreams*. (Original work published 1900).
109. Frewen, P. A., Brinker, J., Martin, R. A., & Dozois, D. J. (2008). Humor styles and personality. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1286–1298.
110. Gale, C. R., Westbury, L. & Cooper, C. 2018. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*, 47, 392-397.
111. Gan, T., Yang, J., Jiang, L. & Gao, Y. 2023. Living alone and cardiovascular outcomes: a meta-analysis of 11 cohort studies. *Psychol Health Med*, 28, 719-731.
112. Gao, Q., Prina, A. M., Prince, M., Acosta, D., Luisa Sosa, A., Guerra, M., Huang, Y., Jimenez-Velazquez, I. Z., Llibre Rodriguez, J. J., Salas, A., Williams, J. D., Liu, Z.,

- Acosta Castillo, I. & Mayston, R. 2021. Loneliness Among Older Adults in Latin America, China, and India: Prevalence, Correlates and Association With Mortality. *Int J Public Health*, 66, 604449.
113. Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C. & Brustia, P. 2017. Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Front Psychol*, 8, 2003.
114. Gilmour, H. & Ramage-Morin, P. L. 2020. Social isolation and mortality among Canadian seniors. *Health Rep*, 31, 27-38.
115. Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2014). Sleep and emotional regulation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 679–708.
116. Gopinath, B., Rochtchina, E., Anstey, K. J. & Mitchell, P. 2013. Living alone and risk of mortality in older, community-dwelling adults. *JAMA Intern Med*, 173, 320-1.
117. Gosling, C. J., Cartigny, A., Mellier, B. C., Solanes, A., Radua, J. & Delorme, R. 2022. Efficacy of psychosocial interventions for Autism spectrum disorder: an umbrella review. *Mol Psychiatry*, 27, 3647-3656.
118. Gouva M., Batiridou, A.L., Paschou, A., Mantzoukas, S. & Dragioti, E. (2026). The Psychology of Remaining in Care: Humanitarian Amor as a Developmental Theory, (under review).
119. Grand, A., Grosclaude, P., Bocquet, H., Pous, J. & Albarede, J. L. 1990. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population. *J Clin Epidemiol*, 43, 773-82.
120. Grandner, M. A. (2017). Sleep, health, and society. *Sleep Medicine Clinics*, 12, 1–22.
121. Grandner, M. A. (2022). Sleep, health, and society. *Sleep medicine clinics*, 17(2), 117-139.

122. Grandner, M. A., et al. (2010). Sleep duration and hypertension. *Sleep Medicine Reviews, 14*(6), 367–378.
123. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26.
124. Gruner, C. R. (1997). *The game of humor: A comprehensive theory of why we laugh*. Transaction Publishers.
125. Harvey, A. G. (2002). Cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 869–893.
126. Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. 2010. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med, 40*, 218-27.
127. Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness and sleep. *Journal of Health Psychology, 15*, 1–14.
128. 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.
129. Hawkey, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of personality and social psychology, 85*(1), 105.
130. Hawkey, L. C., Preacher, K. J., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health psychology, 29*(2), 124.
131. Hayashi, K., et al. (2016). Laughter and immune function. *Journal of Epidemiology, 26*(2), 100–106.
132. Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness. *Clinical Psychology Review, 26*(6), 695–718.

133. Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J. & Altman, D. G. 2003. Measuring inconsistency in meta-analyses. *Bmj*, 327, 557-60.
134. Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Purpose in life and mortality. *Psychological Science*, 25(7), 1482–1486.
135. Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Tan, C. V., Whaley, C. & Mcmillan, J. 2022. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 5, e2236676.
136. Holt-Lunstad, J., Robles, T. F. & Sbarra, D. A. 2017. Advancing social connection as a public health priority in the United States. *Am Psychol*, 72, 517-530.
137. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
138. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. 2015. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10, 227-37.
139. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
140. Holwerda, T. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Stek, M. L., Van Tilburg, T. G., Visser, P. J., Schmand, B., Jonker, C. & Schoevers, R. A. 2012. Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychol Med*, 42, 843-53.
141. Holwerda, T. J., Van Tilburg, T. G., Deeg, D. J., Schutter, N., Van, R., Dekker, J., Stek, M. L., Beekman, A. T. & Schoevers, R. A. 2016. Impact of loneliness and depression

- on mortality: results from the Longitudinal Ageing Study Amsterdam. *Br J Psychiatry*, 209, 127-34.
142. Hong, J. H., Nakamura, J. S., Berkman, L. F., Chen, F. S., Shiba, K., Chen, Y., Kim, E. S. & Vanderweele, T. J. 2023. Are loneliness and social isolation equal threats to health and well-being? An outcome-wide longitudinal approach. *SSM Popul Health*, 23, 101459.
143. Hoogendijk, E. O., Smit, A. P., Van Dam, C., Schuster, N. A., De Breij, S., Holwerda, T. J., Huisman, M., Dent, E. & Andrew, M. K. 2020. Frailty Combined with Loneliness or Social Isolation: An Elevated Risk for Mortality in Later Life. *J Am Geriatr Soc*, 68, 2587-2593.
144. HOUSE, J. S., LANDIS, K. R. & UMBERSON, D. 1988. Social relationships and health. *Science*, 241, 540-5.
145. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.
146. Irwin, M. R. (2015). Sleep and health. *Annual Review of Psychology*, 66, 143–172.
147. Irwin, M. R. (2015). Why sleep is important for health. *Annual Review of Psychology*, 66, 143–172.
148. Irwin, M. R., & Opp, M. R. (2017). Sleep and immunity. *Nature Reviews Immunology*, 17, 225–238.
149. Itani, O., Jike, M., Watanabe, N., & Kaneita, Y. (2017). Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep medicine*, 32, 246-256.
150. Jarach, C. M., Tettamanti, M., Nobili, A. & D'Avanzo, B. 2021. Social isolation and loneliness as related to progression and reversion of frailty in the Survey of Health Aging Retirement in Europe (SHARE). *Age Ageing*, 50, 258-262.

151. Jenkinson, C. M., Madeley, R. J., Mitchell, J. R. & Turner, I. D. 1993. The influence of psychosocial factors on survival after myocardial infarction. *Public Health*, 107, 305-17.
152. Jensen, M. T., Marott, J. L., Holtermann, A. & Gyntelberg, F. 2019. Living alone is associated with all-cause and cardiovascular mortality: 32 years of follow-up in the Copenhagen Male Study. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*, 5, 208-217.
153. Jeong, H., Yim, H. W. & Nam, B. W. 2022. Independent predictors of depressive symptoms and social isolation on 2-year all-cause mortality among the Korean elderly in a population-based cohort study: gender differences. *Epidemiol Health*, 44, e2022012.
154. Ji, X., Grandner, M. A., & Liu, J. (2017). The relationship between micronutrient status and sleep patterns: a systematic review. *Public health nutrition*, 20(4), 687-701.
155. Jiang, Y., Li, M. & Chung, T. 2023. Living alone and all-cause mortality in community-dwelling older adults: The moderating role of perceived neighborhood cohesion. *Soc Sci Med*, 317, 115568.
156. Julsing, J. E., Kromhout, D., Geleijnse, J. M. & Giltay, E. J. 2016. Loneliness and All-Cause, Cardiovascular, and Noncardiovascular Mortality in Older Men: The Zutphen Elderly Study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 24, 475-84.
157. Jylhä, M. & Aro, S. 1989. Social ties and survival among the elderly in Tampere, Finland. *Int J Epidemiol*, 18, 158-64.
158. Keller, B. K., Magnuson, T. M., Cernin, P. A., Stoner, J. A. & Potter, J. F. 2003. The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging Clin Exp Res*, 15, 512-7.
159. Kent de Grey, R. G., et al. (2018). Social support and sleep. *Health Psychology*, 37, 787–795.

160. Khalatbari-Soltani, S., Stanaway, F., Cvejic, E., Blyth, F. M., Naganathan, V., Handelsman, D. J., Le Couteur, D. G., Seibel, M. J., Waite, L. M. & Cumming, R. G. 2020. Contribution of psychosocial factors to socioeconomic inequalities in mortality among older Australian men: a population-based cohort study. *Int J Equity Health*, 19, 177.
161. Kirkwood, T. B. L. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437–447.
162. Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered*. Open University Press.
163. Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 29, 114.
164. Koivunen, K., Sillanpää, E., Von Bonsdorff, M., Sakari, R., Pynnönen, K. & Rantanen, T. 2020. Living alone vs. living with someone as a predictor of mortality after a bone fracture in older age. *Aging Clin Exp Res*, 32, 1697-1705.
165. Kornej, J., Ko, D., Lin, H., Murabito, J. M., Benjamin, E. J., Trinquart, L. & Preis, S. R. 2022. The association between social network index, atrial fibrillation, and mortality in the Framingham Heart Study. *Sci Rep*, 12, 3958.
166. Kotozaki, Y., Tanno, K., Sakata, K., Otsuka, K., Sasaki, R., Takanashi, N., Satoh, M., Shimizu, A. & SASAKI, M. 2022. Association between Social Isolation and Total Mortality after the Great East Japan Earthquake in Iwate Prefecture: Findings from the TMM CommCohort Study. *Int J Environ Res Public Health*, 19.
167. Krause, N. (2007). Religion, aging, and health. *Journal of Gerontology*, 62(2), S76–S84.
168. KREIBIG, S. D., WHOOLEY, M. A. & GROSS, J. J. 2014. Social integration and mortality in patients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Psychosom Med*, 76, 659-68.

169. KROENKE, C. H., MICHAEL, Y. L., POOLE, E. M., KWAN, M. L., NECHUTA, S., LEAS, E., CAAN, B. J., PIERCE, J., SHU, X. O., ZHENG, Y. & CHEN, W. Y. 2017. Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the After Breast Cancer Pooling Project. *Cancer*, 123, 1228-1237.
170. KROENKE, C. H., PASKETT, E. D., CENÉ, C. W., CAAN, B. J., LUO, J., SHADYAB, A. H., ROBINSON, J. R. M., NASSIR, R., LANE, D. S. & ANDERSON, G. L. 2020. Prediagnosis social support, social integration, living status, and colorectal cancer mortality in postmenopausal women from the women's health initiative. *Cancer*, 126, 1766-1775.
171. Kuiper, N. A. (2012). Humor and resiliency. *Europe's Journal of Psychology*, 8(3), 475–491.
172. Kuiper, N. A., & Martin, R. A. (1998). Humor and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 584–598.
173. Kuiper, N. A., Martin, R. A., & Olinger, L. J. (1995). Coping humour, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27(1), 81–96.
174. Kurina, L. M., Knutson, K. L., Hawkley, L. C., Cacioppo, J. T., Lauderdale, D. S., & Ober, C. (2011). Loneliness is associated with sleep fragmentation in a communal society. *Sleep*, 34(11), 1519-1526.
175. LAPANE, K. L., LIM, E., MCPHILLIPS, E., BAROOAH, A., YUAN, Y. & DUBE, C. E. 2022. Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Arch Gerontol Geriatr*, 102, 104728.
176. LARA, E., MORENO-AGOSTINO, D., MARTÍN-MARÍA, N., MIRET, M., RICO-URIBE, L. A., OLAYA, B., CABELLO, M., HARO, J. M. & AYUSO-MATEOS, J. L.

2020. Exploring the effect of loneliness on all-cause mortality: Are there differences between older adults and younger and middle-aged adults? *Soc Sci Med*, 258, 113087.
177. Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). APA.
178. LEIGH-HUNT, N., BAGGULEY, D., BASH, K., TURNER, V., TURNBULL, S., VALTORTA, N. & CAAN, W. 2017. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.
179. LENNARTSSON, C., REHNBERG, J. & DAHLBERG, L. 2022. The association between loneliness, social isolation and all-cause mortality in a nationally representative sample of older women and men. *Aging Ment Health*, 26, 1821-1828.
180. Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12), 2141-2149.
181. Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of behavioral medicine*, 39(6), 935-946.
182. Li, W., Kondracki, A. J., Sun, N., Gautam, P., Kalan, M. E., Jebai, R., ... & Sun, W. (2022). Nighttime sleep duration, daytime napping, and metabolic syndrome: Findings from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Sleep and Breathing*, 26(3), 1427-1435.
183. LIANG, Y. Y., CHEN, Y., FENG, H., XUE, H., NIE, Y., AI, Q. H., MA, J., YANG, L., ZHANG, J. & AI, S. 2023. Social isolation, loneliness and subsequent risk of major adverse cardiovascular events among individuals with type 2 diabetes mellitus. *Gen Psychiatr*, 36, e101153.

184. Long, C. R., & Averill, J. R. (2003). Solitude: An exploration. *Personality and Social Psychology Review*, 7(1), 21–44.
185. LONG, R. M., TERRACCIANO, A., SUTIN, A. R., CREAVEN, A. M., GERSTORF, D., D'ARCY-BEWICK, S. & O'SÚILLEABHÁIN, P. S. 2023. Loneliness, Social Isolation, and Living Alone Associations With Mortality Risk in Individuals Living With Cardiovascular Disease: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Psychosom Med*, 85, 8-17.
186. López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194–1217.
187. López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2023). Hallmarks of aging: An expanding universe. *Cell*, 186(2), 243–278.
188. LUND, R., MODVIG, J., DUE, P. & HOLSTEIN, B. E. 2000. Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. *Eur J Epidemiol*, 16, 1087-97.
189. LUO, Y., HAWKLEY, L. C., WAITE, L. J. & CACIOPPO, J. T. 2012. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med*, 74, 907-14.
190. MALLER, B. & ELLWARDT, L. 2022. Social Networks and Health Inequalities in Old Age. In: KLÄRNER, A., GAMPER, M., KEIM-KLÄRNER, S., MOOR, I., VON DER LIPPE, H. & VONNEILICH, N. (eds.) *Social Networks and Health Inequalities: A New Perspective for Research*. Cham: Springer International Publishing.
191. MAIER, H. & SMITH, J. 1999. Psychological predictors of mortality in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 54, P44-54.
192. Maldonado, E., et al. (2023). Aging hallmarks and the role of oxidative stress. *Antioxidants*, 12(3), 651.

193. MALHOTRA, R., TAREQUE, M. I., SAITO, Y., MA, S., CHIU, C. T. & CHAN, A. 2021. Loneliness and health expectancy among older adults: A longitudinal population-based study. *J Am Geriatr Soc*, 69, 3092-3102.
194. Mander, B. A., Winer, J. R., & Walker, M. P. (2017). Sleep and aging. *Neuron*, 94(1), 19–36.
195. MANEMANN, S. M., CHAMBERLAIN, A. M., ROGER, V. L., GRIFFIN, J. M., BOYD, C. M., CUDJOE, T. K. M., JENSEN, D., WESTON, S. A., FABBRI, M., JIANG, R. & FINNEY RUTTEN, L. J. 2018. Perceived Social Isolation and Outcomes in Patients With Heart Failure. *J Am Heart Assoc*, 7.
196. Mantzoukas, S., Kotrotsiou, S., Mentis, M., Paschou, A., Diamantopoulos, E., Kotrotsiou, E., & Gouva, M. (2021). Exploring the impact of shame on health-related quality of life in older individuals. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(4), 439-448.
197. Marmot, M. (2015). The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet*, 386(10011), 2442-2444.
198. Martin, R. A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. Elsevier.
199. Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of research in personality*, 37(1), 48-75.
200. Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266.
201. Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and attentional biases for emotional faces. *Psychological science*, 14(5), 409-415.

202. McAdams, D. P. (2001). Narrative identity. *Review of General Psychology*, 5, 100–122. McAdams, D. P. (2021). Narrative identity and the life story. *Handbook of personality: Theory and research*, 4, 122-141.
203. McAdams, D. P., & McLean, K. C. (2013). Narrative identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 233–238.
204. MCCLELLAND, H., EVANS, J. J., NOWLAND, R., FERGUSON, E. & O'CONNOR, R. C. 2020. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord*, 274, 880-896.
205. McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904.
206. McLaughlin, S. J., Connell, C. M., Heeringa, S. G., Li, L. W., & Roberts, J. S. (2010). Successful aging in the United States: Prevalence estimates from a national sample of older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(2), 216-226.
207. Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centeredness. *Social Science & Medicine*, 51, 1087–1110.
208. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood*. Guilford Press.
209. Miller, M., & Fry, W. F. (2009). The effect of mirthful laughter on cardiovascular function. *Medical Hypotheses*, 73(5), 636–639.
210. Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.
211. Mobbs, D., Greicius, M. D., Abdel-Azim, E., et al. (2003). Humor modulates reward centers. *Neuron*, 40(5), 1041–1048.
212. Monk, T. H. (2005). Aging and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 9, 5–9.

213. MORENO-TAMAYO, K., JUÁREZ, F., MANRIQUE-ESPINOZA, B. & MEJÍA-PAILLES, G. 2022. The Relationship Between Social Isolation and Mortality Among Adults Aged 50 and Older in a 12-year Follow-Up Analysis in Mexico. *Res Aging*, 44, 758-769.
214. Morreall, J. (1983). *Taking laughter seriously*. SUNY Press.
215. MURBERG, T. A. 2004. Long-term effect of social relationships on mortality in patients with congestive heart failure. *Int J Psychiatry Med*, 34, 207-17.
216. MUSHTAQ, R., SHOIB, S., SHAH, T. & MUSHTAQ, S. 2014. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health ? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res*, 8, We01-4.
217. NAITO, R., LEONG, D. P., BANGDIWALA, S. I., MCKEE, M., SUBRAMANIAN, S. V., RANGARAJAN, S., ISLAM, S., AVEZUM, A., YEATES, K. E., LEAR, S. A., GUPTA, R., YUSUFALI, A., DANS, A. L., SZUBA, A., ALHABIB, K. F., KAUR, M., RAHMAN, O., SERON, P., DIAZ, R., PUOANE, T., LIU, W., ZHU, Y., SHENG, Y., LOPEZ-JARAMILLO, P., CHIFAMBA, J., ROSNAH, I., KARSIDAG, K., KELISHADI, R., ROSENGREN, A., KHATIB, R., R, L. I. A. K., AZAM, S. I., TEO, K. & YUSUF, S. 2021. Impact of social isolation on mortality and morbidity in 20 high-income, middle-income and low-income countries in five continents. *BMJ Global Health*, 6, e004124.
218. NAITO, R., MCKEE, M., LEONG, D., BANGDIWALA, S., RANGARAJAN, S., ISLAM, S. & YUSUF, S. 2023. Social isolation as a risk factor for all-cause mortality: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PLoS One*, 18, e0280308.
219. NEWALL, N. E., CHIPPERFIELD, J. G., BAILIS, D. S. & STEWART, T. L. 2013. Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychol*, 32, 921-4.

220. NG, T. K. S., VISARIA, A., MA, S. & CHAN, A. W. 2021. Differential Effects of Loneliness and Depression on Mortality. *J Am Med Dir Assoc*, 22, 476-478.e2.
221. NG, T. P., JIN, A., FENG, L., NYUNT, M. S., CHOW, K. Y., FENG, L. & FONG, N. P. 2015. Mortality of older persons living alone: Singapore Longitudinal Ageing Studies. *BMC Geriatr*, 15, 126.
222. Nielsen, T., & Carr, M. (2017). Nightmares and nightmare function. In *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 546-554). Elsevier.
223. Nielsen, T., & Levin, R. (2007). Nightmares: a new neurocognitive model. *Sleep medicine reviews*, 11(4), 295-310.
224. NOVAK, M., WAERN, M., JOHANSSON, L., ZETTERGREN, A., RYDEN, L., WETTERBERG, H., GUDMUNDSSON, P. & SKOOG, I. 2020. Cardiovascular and all-cause mortality attributable to loneliness in older Swedish men and women. *BMC Geriatr*, 20, 201.
225. NOVAK, M., WAERN, M., JOHANSSON, L., ZETTERGREN, A., RYDEN, L., WETTERBERG, H., STERNER, T. R., FÄSSBERG, M. M., GUDMUNDSSON, P. & SKOOG, I. 2023. Six-year mortality associated with living alone and loneliness in Swedish men and women born in 1930. *BMC Geriatr*, 23, 793.
226. Ohayon, M. M., et al. (2004). Meta-analysis of sleep parameters. *Sleep*, 27(7), 1255–1273.
227. OLAYA, B., DOMÈNECH-ABELLA, J., MONETA, M. V., LARA, E., CABALLERO, F. F., RICO-URIBE, L. A. & HARO, J. M. 2017. All-cause mortality and multimorbidity in older adults: The role of social support and loneliness. *Exp Gerontol*, 99, 120-126.

228. OLSEN, R. B., OLSEN, J., GUNNER-SVENSSON, F. & WALDSTRØM, B. 1991. Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Soc Sci Med*, 33, 1189-95.
229. Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2010). Resilience in adulthood. *Journal of Personality*, 78(2), 385–415.
230. Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227.
231. Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
232. Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2003). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.
233. O'SÚILLEABHÁIN, P. S., GALLAGHER, S. & STEPTOE, A. 2019. Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. *Psychosom Med*, 81, 521-526.
234. Otaiku, A. I. (2022). Distressing dreams, cognitive decline, and risk of dementia: A prospective study of three population-based cohorts. *EClinicalMedicine*, 52.
235. PAGE, M. J., MCKENZIE, J. E., BOSSUYT, P. M., BOUTRON, I., HOFFMANN, T. C., MULROW, C. D., SHAMSEER, L., TETZLAFF, J. M., AKL, E. A., BRENNAN, S. E., CHOU, R., GLANVILLE, J., GRIMSHAW, J. M., HRÓBJARTSSON, A., LALU, M. M., LI, T., LODER, E. W., MAYO-WILSON, E., MCDONALD, S., MCGUINNESS, L. A., STEWART, L. A., THOMAS, J., TRICCO, A. C., WELCH, V. A., WHITING, P. & MOHER, D. 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372, n71.
236. PANTELL, M., REHKOPF, D., JUTTE, D., SYME, S. L., BALMES, J. & ADLER, N. 2013. Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *Am J Public Health*, 103, 2056-62.

237. Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: Aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60, 173–196.
238. Patel, D., Steinberg, J., & Patel, P. (2018). Insomnia in the elderly. *Clinical Geriatrics*, 26(1), 21–28.
239. PENNINX, B. W., VAN TILBURG, T., KRIEGSMAN, D. M., DEEG, D. J., BOEKE, A. J. & VAN EIJK, J. T. 1997. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Am J Epidemiol*, 146, 510-9.
240. PERISSINOTTO, C. M., STIJACIC CENZER, I. & COVINSKY, K. E. 2012. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*, 172, 1078-83.
241. Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3(6), 31-55.
242. Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues*. Oxford University Press.
243. PIMOUGUET, C., RIZZUTO, D., SCHÖN, P., SHAKERSAIN, B., ANGLEMAN, S., LAGERGREN, M., FRATIGLIONI, L. & XU, W. 2016. Impact of living alone on institutionalization and mortality: a population-based longitudinal study. *Eur J Public Health*, 26, 182-7.
244. Pinquart, M. (2003). Loneliness in the elderly. *European Journal of Ageing*, 1(1), 31–39.
245. PITKALA, K. H., LAAKKONEN, M. L., STRANDBERG, T. E. & TILVIS, R. S. 2004. Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *J Clin Epidemiol*, 57, 409-14.

246. PRESSMAN, S. D. & COHEN, S. 2005. Does positive affect influence health? *Psychol Bull*, 131, 925-971.
247. PRESSMAN, S. D., COHEN, S., MILLER, G. E., BARKIN, A., RABIN, B. S. & TREANOR, J. J. 2005. Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychol*, 24, 297-306.
248. Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2017). Positive affect and health. *Annual Review of Psychology*, 68, 477–501.
249. Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250–264.
250. Quan-Haase, A., Wellman, B., & Zhang, R. (2021). Digital inequality among older adults: How East Yorkers in Toronto navigate digital media. In *Handbook of digital inequality* (pp. 194-208). Edward Elgar Publishing.
251. Reed, A. E., & Carstensen, L. L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in Psychology*, 3, 339.
252. REN, Y., SAVADLOU, A., PARK, S., SISKA, P., EPP, J. R. & SARGIN, D. 2023. The impact of loneliness and social isolation on the development of cognitive decline and Alzheimer's Disease. *Front Neuroendocrinol*, 69, 101061.
253. RENWICK, K. A., SANMARTIN, C., DASGUPTA, K., BERRANG-FORD, L. & ROSS, N. 2020. The influence of low social support and living alone on premature mortality among aging Canadians. *Can J Public Health*, 111, 594-605.
254. RICO-URIBE, L. A., CABALLERO, F. F., MARTÍN-MARÍA, N., CABELLO, M., AYUSO-MATEOS, J. L. & MIRET, M. 2018. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One*, 13, e0190033.

255. Riemann, D., Nissen, C., Palagini, L., Otte, A., Perlis, M. L., & Spiegelhalder, K. (2015). The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *The Lancet Neurology*, 14(5), 547-558.
256. RILEY, R. D., HIGGINS, J. P. & DEEKS, J. J. 2011. Interpretation of random effects meta-analyses. *Bmj*, 342, d549.
257. Rossen, E. K., Knafl, K. A., & Flood, M. (2008). Older women's perceptions of successful aging. *Activities, Adaptation & Aging*, 32(2), 73-88.
258. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
259. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. Pantheon Books.
260. Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2010). Humor as a character strength. *European Journal of Personality*, 24(7), 597–613.
261. RUTLEDGE, T., REIS, S. E., OLSON, M., OWENS, J., KELSEY, S. F., PEPINE, C. J., MANKAD, S., ROGERS, W. J., BAIREY MERZ, C. N., SOPKO, G., CORNELL, C. E., SHARAF, B. & MATTHEWS, K. A. 2004. Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: the National Heart, Lung, and Blood Institute-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. *Psychosom Med*, 66, 882-8.
262. Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International journal of behavioral development*, 12(1), 35-55.
263. Sabia, S., Fayosse, A., Dumurgier, J., van Hees, V. T., Paquet, C., Sommerlad, A., ... & Singh-Manoux, A. (2021). Association of sleep duration in middle and old age with incidence of dementia. *Nature communications*, 12(1), 2289.
264. SAITO, M., AIDA, J., CABLE, N., ZANINOTTO, P., IKEDA, T., TSUJI, T., KOYAMA, S., NOGUCHI, T., OSAKA, K. & KONDO, K. 2021. Cross-national

- comparison of social isolation and mortality among older adults: A 10-year follow-up study in Japan and England. *Geriatr Gerontol Int*, 21, 209-214.
265. SAITO, M., KONDO, N., KONDO, K., OJIMA, T. & HIRAI, H. 2012. Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study. *Soc Sci Med*, 75, 940-5.
266. SAKURAI, R., YASUNAGA, M., NISHI, M., FUKAYA, T., HASEBE, M., MURAYAMA, Y., KOIKE, T., MATSUNAGA, H., NONAKA, K., SUZUKI, H., SAITO, M., KOBAYASHI, E. & FUJIWARA, Y. 2019. Co-existence of social isolation and homebound status increase the risk of all-cause mortality. *Int Psychogeriatr*, 31, 703-711.
267. Salthouse, T. A. (2019). Trajectories of normal cognitive aging. *Psychology and Aging*, 34(1), 17–24.
268. Samson, A. C., & Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & emotion*, 26(2), 375-384.
269. SANTINI, Z. I., KOYANAGI, A., TYROVOLAS, S., HARO, J. M., FIORI, K. L., UWAKWA, R., THIYAGARAJAN, J. A., WEBBER, M., PRINCE, M. & PRINA, A. M. 2015. Social network typologies and mortality risk among older people in China, India, and Latin America: A 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Soc Sci Med*, 147, 134-43.
270. Santos, D. F., et al. (2024). Oxidative stress and aging: Synergies for age-related diseases. *FEBS Letters*.
271. SCAFATO, E., GALLUZZO, L., GANDIN, C., GHIRINI, S., BALDERESCHI, M., CAPURSO, A., MAGGI, S., FARCHI, G. & FOR THE ILSA WORKING, G. 2008.

- Marital and cohabitation status as predictors of mortality: a 10-year follow-up of an Italian elderly cohort. *Soc Sci Med*, 67, 1456-64.
272. Scarpelli, S., Alfonsi, V., Mangiaruga, A., Musetti, A., Quattropiani, M. C., Lenzo, V., ... & Franceschini, C. (2021). Pandemic nightmares: Effects on dream activity of the COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research*, 30(5), e13300.
273. SCHOENBORN, C. A. & HEYMAN, K. M. 2009. Health characteristics of adults aged 55 years and over: United States, 2004-2007. *Natl Health Stat Report*, 1-31.
274. SCHUTTER, N., HOLWERDA, T. J., COMIJS, H. C., NAARDING, P., VAN, R. H. L., DEKKER, J. J. M., STEK, M. L. & RHEBERGEN, D. 2021. Loneliness, social network size, and mortality in older adults and the role of cortisol. *Ageing Ment Health*, 25, 2246-2254.
275. SCHUTTER, N., HOLWERDA, T. J., COMIJS, H. C., STEK, M. L., PEEN, J. & DEKKER, J. J. M. 2022. Loneliness, social network size and mortality in older adults: a meta-analysis. *Eur J Ageing*, 19, 1057-1076.
276. SEEMAN, T. E., BERKMAN, L. F., KOHOUT, F., LACROIX, A., GLYNN, R. & BLAZER, D. 1993. Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly. A comparative analysis of three communities. *Ann Epidemiol*, 3, 325-35.
277. Seifert, A., Cotten, S. R., & Xie, B. (2020). A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), e99–e103.
278. SHAHTAHMASEBI, S., DAVIES, R. & WENGER, G. C. 1992. A longitudinal analysis of factors related to survival in old age. *Gerontologist*, 32, 404-13.
279. Shankar, A., et al. (2011). Loneliness and health behaviors. *Health Psychology*, 30(4), 377–385.

280. Shankar, A., et al. (2013). Social isolation and health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(9), 748–753.
281. SHANKAR, A., MCMUNN, A., DEMAKAKOS, P., HAMER, M. & STEPTOE, A. 2017. Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychol*, 36, 179-187.
282. SHIOVITZ-EZRA, S. & AYALON, L. 2010. Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *Int Psychogeriatr*, 22, 455-62.
283. SIONTIS, K. C., EVANGELOU, E. & IOANNIDIS, J. P. 2011. Magnitude of effects in clinical trials published in high-impact general medical journals. *Int J Epidemiol*, 40, 1280-91.
284. SMITH, S. G., JACKSON, S. E., KOBAYASHI, L. C. & STEPTOE, A. 2018. Social isolation, health literacy, and mortality risk: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Health Psychol*, 37, 160-169.
285. SOLMI, M., VERONESE, N., GALVANO, D., FAVARO, A., OSTINELLI, E. G., NOVENTA, V., FAVARETTO, E., TUDOR, F., FINESSI, M., SHIN, J. I., SMITH, L., KOYANAGI, A., CESTER, A., BOLZETTA, F., COTRONEO, A., MAGGI, S., DEMURTAS, J., DE LEO, D. & TRABUCCHI, M. 2020. Factors associated with loneliness: An umbrella review of observational studies. *Journal of Affective Disorders*, 271, 131-138.
286. Southwick, S. M., et al. (2014). Resilience definitions and challenges. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.
287. Spiegel, K., et al. (2004). Sleep and appetite regulation. *Annals of Internal Medicine*, 141, 846–850.
288. Spiegel, K., et al. (2009). Sleep loss and metabolic function. *Lancet*, 354, 1435–1439.

289. STEK, M. L., VINKERS, D. J., GUSSEKLOO, J., BEEKMAN, A. T., VAN DER MAST, R. C. & WESTENDORP, R. G. 2005. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *Am J Psychiatry*, 162, 178-80.
290. Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 593-611.
291. STEPTOE, A., SHANKAR, A., DEMAKAKOS, P. & WARDLE, J. 2013. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 110, 5797-801.
292. Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801.
293. STERNE, J. A., SUTTON, A. J., IOANNIDIS, J. P., TERRIN, N., JONES, D. R., LAU, J., CARPENTER, J., RUCKER, G., HARBORD, R. M., SCHMID, C. H., TETZLAFF, J., DEEKS, J. J., PETERS, J., MACASKILL, P., SCHWARZER, G., DUVAL, S., ALTMAN, D. G., MOHER, D. & HIGGINS, J. P. 2011. Recommendations for examining and interpreting funnel plot asymmetry in meta-analyses of randomised controlled trials. *Bmj*, 343, d4002.
294. STESSMAN, J., ROTTENBERG, Y., SHIMSHILASHVILI, I., EIN-MOR, E. & JACOBS, J. M. 2014. Loneliness, health, and longevity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 69, 744-50.
295. Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301.

296. STRINGHINI, S., ZANINOTTO, P., KUMARI, M., KIVIMÄKI, M., LASSALE, C. & BATTY, G. D. 2018. Socio-economic trajectories and cardiovascular disease mortality in older people: the English Longitudinal Study of Ageing. *Int J Epidemiol*, 47, 36-46.
297. STROUP, D. F., BERLIN, J. A., MORTON, S. C., OLKIN, I., WILLIAMSON, G. D., RENNIE, D., MOHER, D., BECKER, B. J., SIPE, T. A. & THACKER, S. B. 2000. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *Jama*, 283, 2008-12.
298. Sturmberg, J. P. (2018). Health system redesign: How to make health care person-centered, equitable, and sustainable. *Springer*.
299. TABUE TEGUO, M., SIMO-TABUE, N., STOYKOVA, R., MEILLON, C., COGNE, M., AMIÉVA, H. & DARTIGUES, J. F. 2016. Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study. *Psychosom Med*, 78, 904-909.
300. TAKEUCHI, M., SHOWA, S., KITAZAWA, K. & MORI, M. 2018. Living alone is associated with an increased risk of institutionalization in older men: A follow-up study in Hamanaka Town of Hokkaido, Japan. *Geriatr Gerontol Int*, 18, 867-872.
301. Taylor, S. E. (2018). *Health psychology* (10th ed.). McGraw-Hill.
302. Tenchov, R., et al. (2023). Aging hallmarks and progression of age-related diseases. *ACS Chemical Neuroscience*.
303. Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2007). Vagal function and health. *Biological Psychology*, 74(2), 224-242.
304. THOMPSON, S. G. & HIGGINS, J. P. 2002. How should meta-regression analyses be undertaken and interpreted? *Stat Med*, 21, 1559-73.

305. THURSTON, R. C. & KUBZANSKY, L. D. 2009. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosom Med*, 71, 836-42.
306. TILVIS, R. S., LAITALA, V., ROUTASALO, P. E. & PITKÄLÄ, K. H. 2011. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *J Aging Res*, 2011, 534781.
307. TILVIS, R. S., LAITALA, V., ROUTASALO, P., STRANDBERG, T. E. & PITKALA, K. H. 2012a. Positive life orientation predicts good survival prognosis in old age. *Arch Gerontol Geriatr*, 55, 133-7.
308. TILVIS, R. S., ROUTASALO, P., KARPPINEN, H., STRANDBERG, T. E., KAUTIAINEN, H. & PITKALA, K. H. 2012b. Social isolation, social activity and loneliness as survival indicators in old age; a nationwide survey with a 7-year follow-up. *European Geriatric Medicine*, 3, 18-22.
309. Troxel, W. M. (2010). It's more than sex: exploring the dyadic nature of sleep and implications for health. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 72(6), 578-586.
310. TUNG, E. L., DE MARCHIS, E. H., GOTTLIEB, L. M., LINDAU, S. T. & PANTELL, M. S. 2021. Patient Experiences with Screening and Assistance for Social Isolation in Primary Care Settings. *J Gen Intern Med*, 36, 1951-1957.
311. Uchino, B. N. (2006). Social support and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
312. Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Pub.
313. Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. *American Psychologist*, 55(1), 89-98.
314. VALTORTA, N. & HANRATTY, B. 2012. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J R Soc Med*, 105, 518-22.

315. VAN DEN BRINK, R. H. S., SCHUTTER, N., HANSSSEN, D. J. C., ELZINGA, B. M., RABELING-KEUS, I. M., STEK, M. L., COMIJS, H. C., PENNINX, B. & OUDE VOSHAAR, R. C. 2018. Prognostic significance of social network, social support and loneliness for course of major depressive disorder in adulthood and old age. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 27, 266-277.
316. Van Someren, E. J. W. (2000). Circadian rhythms and sleep. *Biological Psychology*, 54(1-3), 173-186.
317. Verhaegen, D., et al. (2022). Oxidative stress in relation to aging and exercise. *Physiologia*, 2(3), 105.
318. Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of psychology*, 146(3), 313-331.
319. Victor, C. R., Scambler, S., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of loneliness among older people. *Ageing & Society*, 25(3), 357-375.
320. Vitiello, M. V. (2009). Sleep in aging. *Sleep Medicine Clinics*, 4, 101-113.
321. Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*, 329(7479), 1398-1401.
322. Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004.
323. Walker, M. (2009). Sleep and emotion. *Annual Review of Psychology*, 60, 679-704.
324. Walker, M. P. (2009). The role of sleep in cognition and emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 168-197.
325. Walker, M. P. (2009). The role of sleep in cognition. *Neuron*, 61, 2-12.
326. Walker, M. P. (2017). *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. New York: Scribner, an imprint of Simon & Schuster. Inc, First Scribner hardcover edition.

327. Walker, M. P., & van der Helm, E. (2009). Emotional processing during sleep. *Current Biology*, *19*, R105–R107.
328. Walker, M. P., & van Der Helm, E. (2009). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychological bulletin*, *135*(5), 731.
329. WALLACE, B. C., SCHMID, C. H., LAU, J. & TRIKALINOS, T. A. 2009. Meta-Analyst: software for meta-analysis of binary, continuous and diagnostic data. *BMC Medical Research Methodology*, *9*, 80.
330. WANG, F., GAO, Y., HAN, Z., YU, Y., LONG, Z., JIANG, X., WU, Y., PEI, B., CAO, Y., YE, J., WANG, M. & ZHAO, Y. 2023. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nat Hum Behav*, *7*, 1307-1319.
331. WANG, H., LENG, Y., ZHAO, E., FLEMING, J. & BRAYNE, C. 2020. Mortality risk of loneliness in the oldest old over a 10-year follow-up. *Aging Ment Health*, *24*, 35-40.
332. WANG, J., ZHANG, W. S., JIANG, C. Q., ZHU, F., JIN, Y. L., CHENG, K. K., LAM, T. H. & XU, L. 2022. Associations of face-to-face and non-face-to-face social isolation with all-cause and cause-specific mortality: 13-year follow-up of the Guangzhou Biobank Cohort study. *BMC Med*, *20*, 178.
333. Wang, M., & Shi, J. (2014). Psychological research on retirement. *Annual Review of Psychology*, *65*, 209–233.
334. WARD, M., MAY, P., NORMAND, C., KENNY, R. A. & NOLAN, A. 2021. Mortality risk associated with combinations of loneliness and social isolation. Findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Age Ageing*, *50*, 1329-1335.
335. Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, *25*(24), 3130-3139.
336. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, *30*(6), 473-483.

337. Ware, Jr, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International journal of mental health, 23*(2), 49-73.
338. WEI, K., LIU, Y., YANG, J., GU, N., CAO, X., ZHAO, X., JIANG, L. & LI, C. 2022. Living arrangement modifies the associations of loneliness with adverse health outcomes in older adults: evidence from the CLHLS. *BMC Geriatr; 22*, 59.
339. WELLS, G., SHEA, B., O'CONNELL, D., PETERSON, J., WELCH, V., LOSOS, M. & TUGWELL, P. 2000. The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for Assessing the Quality of Non-Randomized Studies in Meta-Analysis. , .
340. Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., et al. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer's disease. *Archives of General Psychiatry, 64*(2), 234–240.
341. Windle, G. (2011). Resilience. *Reviews in Clinical Gerontology, 21*, 152–169.
342. Windle, G. (2011). What is resilience? *Reviews in Clinical Gerontology, 21*(2), 152–169.
343. Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis, 34*, 89–97.
344. Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psychoanalysis, 39*, 416–420.
345. Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis, 41*, 585–595.
346. Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. Hogarth Press.
347. World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO.
348. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.
349. Xie, L., et al. (2013). Sleep drives metabolite clearance. *Science, 342*(6156), 373–377.

350. Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & society*, 31(8), 1368-1388.
351. YANG, Y. C., MCCLINTOCK, M. K., KOZLOSKI, M. & LI, T. 2013. Social isolation and adult mortality: the role of chronic inflammation and sex differences. *J Health Soc Behav*, 54, 183-203.
352. Yoo, S. S., Gujar, N., Hu, P., et al. (2007). The human emotional brain without sleep. *Current Biology*, 17(20), R877–R878.
353. YOUM, Y., BALDINA, E. & BAEK, J. 2021. All-cause mortality and three aspects of social relationships: an eight-year follow-up of older adults from one entire Korean village. *Sci Rep*, 11, 465.
354. YU, B., STEPTOE, A. & CHEN, Y. 2022. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality: A cohort study of 35,254 Chinese older adults. *J Am Geriatr Soc*, 70, 1717-1725.
355. YU, B., STEPTOE, A., CHEN, L. J., CHEN, Y. H., LIN, C. H. & KU, P. W. 2020. Social Isolation, Loneliness, and All-Cause Mortality in Patients With Cardiovascular Disease: A 10-Year Follow-up Study. *Psychosom Med*, 82, 208-214.
356. YU, X., CHO, T. C., WESTRICK, A. C., CHEN, C., LANGA, K. M. & KOBAYASHI, L. C. 2023. Association of cumulative loneliness with all-cause mortality among middle-aged and older adults in the United States, 1996 to 2019. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 120, e2306819120.
357. Yue, X. D., Hao, X., & Goldman, G. L. (2010). Humor styles and mental health. *Psychological Reports*, 106(1), 119–126.
358. ZHAO, Y., GUYATT, G., GAO, Y., HAO, Q., ABDULLAH, R., BASMAJI, J. & FOROUTAN, F. 2022. Living alone and all-cause mortality in community-dwelling adults: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 54, 101677.

359. ZHEN, Z., FENG, Q. & GU, D. 2013. The Impacts of Unmet Needs for Long-Term Care on Mortality Among Older Adults in China. *Journal of Disability Policy Studies*, 25, 243-251.
360. ZHOU, J., TANG, R., WANG, X., LI, X., HEIANZA, Y. & QI, L. 2024. Improvement of Social Isolation and Loneliness and Excess Mortality Risk in People With Obesity. *JAMA Network Open*, 7, e2352824-e2352824.
361. ZHOU, X., YANG, F. & GAO, Y. 2023. A meta-analysis of the association between loneliness and all-cause mortality in older adults. *Psychiatry Res*, 328, 115430.
362. Zisapel, N. (2018). Melatonin and sleep regulation. *Sleep Medicine Reviews*, 41, 39–48.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Γκούβα, Μ. (2006). *Ψυχολογία Συμβουλευτική* [Διδακτικές σημειώσεις, διαδικτυακό μάθημα]. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
2. Γκούβα, Μ. (2026). *Πέραν του Εκ των Υστέρων: Ψυχολογικά Ζητήματα και Αμυντικοί Μηχανισμοί σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός.
3. Γκούβα, Μ., & Κοτρώτσιου., Ε. (2012). *Ψυχολογικά Ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός.
4. Τσιλώνη, Ε., Δραγκιώτη, Έ., Γκούβα, Μ., Βασιλόπουλος, Σ., & Μέντης, Μ. (2025). Education and successful Aging: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Κοινωνική Εργασία. Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών*, 39(2), 22-53.
5. Μέντης, Μ. & Δραγιώτη, Ε. (2025). *Κοινωνική Γεροντολογία. Μια διεπιστημονική προσέγγιση για τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας*. Εκδόσεις Gotsis.

Αποφθέγματα

1. Aurelius, M. (2002). *Meditations* (G. Hays, Trans.). Modern Library. (Original work written ca. 180 CE).
2. Buber, M. (1970). *I and thou* (W. Kaufmann, Trans.). Charles Scribner's Sons. (Original work published 1923)
3. Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Beacon Press. (Original work published 1946)
4. Freud, S. (1953). *The interpretation of dreams* (J. Strachey, Trans.). In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vols. 4–5). Hogarth Press. (Original work published 1900)
5. Heidegger, M. (1962). *Being and Time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). Harper & Row. (Original work published 1927).
6. Jung, C. G. (1966). The practice of psychotherapy (RFC Hull, Trans.). *H. Read et al. (Series Eds.), The collected works of CG Jung, 16.*
7. Lorde, A. (1988). *A burst of light*. Firebrand Books.
8. Seneca. (2005). *On the shortness of life* (C. D. N. Costa, Trans.). Penguin Classics. (Original work published ca. 49 AD)
9. Walker, M. (2017). *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. Scribner.
10. Weil, S. (2002). *Gravity and grace* (E. Craufurd, Trans.). Routledge. (Original work published 1947).
11. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
12. Γκούβα, Μ. (2006). *Ψυχολογία Συμβουλευτική* [Διδακτικές σημειώσεις, διαδικτυακό μάθημα]. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

