



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Διπλωματική Εργασία

**Βιώματα μοναξιάς και ψυχική υγεία ηλικιωμένων που διαβιούν σε
αστικές περιοχές.**

Μπουρζουγά Χριστίνα

Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Ιωάννα Παπαθανασίου

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

Δρ. Παραλίκας Θεοδόσης

Δρ. Ζαρογιάννης Σωτήριος

Λάρισα, 2024



Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Μπουρζουγά Χριστίνα Σινούλα, που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΜΠΣ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



Μπουρζουγά Χριστίνα Σινούλα

ΒΙΩΜΑΤΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**Βιώματα μοναξιάς και ψυχική υγεία ηλικιωμένων που διαβιούν σε
αστικές περιοχές.**

Μπουρζουγά Χριστίνα
Νοσηλεύτρια

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ. Ιωάννα Παπαθανασίου

Λάρισα, 2024



DIPLOMA THESIS

**EXPERIENCES OF LONELINESS AND MENTAL HEALTH OF OLDER
PEOPLE LIVING IN URBAN AREAS.**



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ της μοναξιάς και της ψυχικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν σε αστικά κέντρα. Επίσης, να επαληθεύσει τους παράγοντες της μοναξιάς, όπως το βιολογικό φύλο, το μορφωτικό υπόβαθρο, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο καταγωγής, την οικονομική κατάσταση, και την επαφή με τα παιδιά τους.

Μέθοδος: Διεξήχθη μία εγκάρσια μελέτη (cross-sectional study) σε δείγμα ευκολίας προερχόμενο από χρήστες Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων της Αθήνας, τον Ιούνιο του 2024. Έγινε χρήση: α) ερωτηματολογίου κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, β) κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες (Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21), και γ) κλίμακας μοναξιάς (Scale for Overall Emotional and Social Loneliness, SOESL-11). Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχτηκε, ως καταλληλότερο είδος μελέτης, η περιγραφική έρευνα παρατήρησης.

Αποτελέσματα: Οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο μοναξιάς, μέτριο επίπεδο κατάθλιψης, σοβαρό επίπεδο άγχους, και μέτριο επίπεδο στρες. Επίσης, υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς, τόσο συνολικά όσο και η συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά, σχετίζονται με μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης, άγχους, και στρες. Η κλίμακα μοναξιάς βρέθηκε να συσχετίζεται με τη συχνότητα επαφής με τα παιδιά, με την οικονομική κατάσταση και με το βιολογικό φύλο.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η ψυχοπαθολογία συνδέεται άμεσα με την εκδήλωση της μοναξιάς. Ως εκ τούτου, είναι κρίσιμο να προλαμβάνεται αυτό το αρνητικό συναίσθημα προτού επιδεινώσει την κατάσταση των ηλικιωμένων.

Λέξεις – Κλειδιά: Μοναξιά, Ψυχική υγεία, Τρίτη ηλικία



ABSTRACT

Purpose: The purpose of the study is to investigate the relationships between loneliness and mental health among older people living in urban centers. Also, to verify the factors of loneliness, such as biological sex, educational background, marital status, place of origin, financial situation, and contact with their children.

Method: A cross-sectional study was conducted in a convenience sample from users of Open Care Centers for the Elderly in Athens, in June 2024. It was used: a) socio-demographic factors questionnaire, b) depression, anxiety and stress scale (Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21), and c) loneliness scale (Scale for Overall Emotional and Social Loneliness, SOESL-11). In order to answer the research questions, descriptive observational research was chosen as the most appropriate type of study.

Results: The statistical indicators of the sample indicate a moderate level of loneliness, a moderate level of depression, a severe level of anxiety, and a moderate level of stress. Also, higher levels of loneliness, both overall and emotional and social loneliness, are associated with greater levels of depression, anxiety, and stress. The loneliness scale was found to be correlated with the frequency of contact with children, with economic status and with biological sex.

Conclusion: The results indicate that psychopathology is directly related to the manifestation of loneliness. Therefore, it is critical to prevent this negative emotion before it worsens the condition of the elderly.

Keywords: Loneliness, Mental health, Third age



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ABSTRACT	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	vii
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
1. ΓΗΡΑΝΣΗ	2
1.1. Εισαγωγή	2
1.2. Θεωρίες γήρανσης	5
1.3. Δημογραφική γήρανση	7
1.4. Ενεργός γήρανση	8
1.5. Δημογραφική εξέλιξη στην Ελλάδα	10
1.6. Θεμελιώδη δικαιώματα ηλικιωμένων	11
2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	15
2.1. Εισαγωγή	15
2.2. Ποιότητα ζωής και Τρίτη Ηλικία	16
2.3. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την ποιότητα ζωής	17
2.4. Μοναξιά και ποιότητα ζωής	26
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	29
3.1. Σκοπός Μελέτης	29
3.2. Πληθυσμός στόχος	29
3.3. Πληθυσμός πρόσβασης	29
3.4. Ερευνητικά ερωτήματα	29
3.5. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη	29
3.6. Ερευνητική διαδικασία	30
3.7. Στατιστική μεθοδολογία	31
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	33
4.1. Περιγραφική ανάλυση του δείγματος	33
4.2. Ερευνητικά ερωτήματα	34
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	52
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	59
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	59





ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



1. ΓΗΡΑΝΣΗ

1.1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τους ειδικούς, η γήρανση συνιστά μια διαδικασία σύνθετη που οριοθετείται από ένα σύνολο πολλών μεταβλητών και περιλαμβάνει κυτταρικές αλλαγές μόνιμου χαρακτήρα που εξελίσσονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου (Δαρδαβέσης, 2011a). Η όλη διαδικασία θεωρείται φυσιολογική και αναμενόμενη και στη διάρκειά της τα υγιή άτομα υφίσταται προοδευτικά την απώλεια της ευρωστίας με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μεγαλύτερη ευπάθεια σε δυσλειτουργίες του οργανισμού και στο θάνατο (Μόσιαλος, 2020). Ένας πολύ επιτυχημένος παραλληλισμός της γήρανσης με φυσικό φαινόμενο με σκοπό την καλύτερη κατανόησή της έγινε το 1982 από τον Kastenbaunt (Kastenbaun, 1982). Σύμφωνα με την πρότασή του, η διεργασία της βιολογικής γήρανσης του ανθρώπινου οργανισμού προσομοιάζεται με το φαινόμενο της αργής παλίρροιας. Κατά τη διάρκεια του φαινομένου, η επάνοδος των υδάτων γίνεται σταδιακά ώστε να δοθεί ο κατάλληλος χρόνος για παρατήρηση καθώς έχει τη μορφή της συνεχούς ροής και όχι ενός παρορμητικού και ογκώδους κύματος. Με παρόμοιο τρόπο εμφανίζεται και το γήρας με σκοπό να δοθεί στον άνθρωπο το χρονικό περιθώριο της προσαρμογής στις αλλαγές που συντελούνται αργά και βαθμιαία. Το τελικό αποτέλεσμα της όλης διαδικασίας είναι η αποδοχή του γήρατος με τρόπο φυσικό και αναπόφευκτο.

Ωστόσο, το βιολογικό γήρας είναι μια διεργασία που εμφανίζει διαφοροποιήσεις μεταξύ των ανθρώπων σε ότι αφορά το ρυθμό που εξελίσσεται αλλά και τον βαθμό του. Επίσης, είναι συχνό το φαινόμενο του μη συγχρονισμού της γήρανσης στα οργανικά συστήματα του ίδιου ατόμου (Δαρδαβέσης, 2011b). Μια εμφανής διαφορά, ουσιώδης για την κατανόηση του γήρατος, είναι ο τρόπος ανάπτυξης και φθοράς των κυττάρων στους νέους και στους ηλικιωμένους. Στα άτομα νεαρής ηλικίας, η βασική και μικρότερη δομική μονάδα της ζωής, το κύτταρο, έχει έναν ταχύ ρυθμό πολλαπλασιασμού, εν αντιθέσει με τα ηλικιωμένα άτομα όπου ο ρυθμός ανανέωσης φθίνει και τελικά σταματά με την πάροδο του χρόνου. Σε αυτήν την διαδικασία, με βάση τις ερευνητικές μελέτες, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι γενετικοί παράγοντες και οι συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο ζει το κάθε άτομο (Γκόνος, 1998). Ειδικότερα, η γενετική προδιάθεση και κληρονομικότητα, το οικογενειακό περιβάλλον και ο κοινωνικός περίγυρος στο οποίο εντάσσεται το άτομο, η ψυχολογική κατάσταση, ο τρόπος ζωής και οι επιλογές του ατόμου στην καθημερινότητά του και στην κοινωνικοποίηση μπορούν να προάγουν την υγεία του (Hayflick, 1998).



Στην προσπάθεια, λοιπόν, των ερευνητών για την κατανόηση των μηχανισμών που δρουν εκλυτικά στην προαγωγή του γήρατος έγινε η διάκρισή του σε πρωτογενές και δευτερογενές αξιολογώντας τους βιολογικούς, κοινωνικοπολιτισμικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που επιδρούν στην συγκεκριμένη διαδικασία.

Η πρωτογενής γήρανση ορίζεται ως μια σειρά βιολογικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα σταδιακά στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου και καθορίζονται από γενετικούς παράγοντες. Οι μεταβολές αυτές έχουν μια καθορισμένη πορεία από τη γέννηση του κάθε ατόμου έως το τέλος της ζωής του, θεωρούνται φυσιολογικές και χαρακτηρίζουν όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους (Ευκλείδη, 2011). Τα χαρακτηριστικά της πρωτογενούς γήρανσης είναι είναι τα ακόλουθα:

- Η πρωτογενής γήρανση αποτελεί μια διαδικασία που την χαρακτηρίζει η πολυπλοκότητα και η σταδιακή εξέλιξη με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές που συμβαίνουν σχετίζονται με την ηλικία του ατόμου και είναι δομικές και λειτουργικές.
- Κάθε μεταβολή που συντελείται προστίθεται σε όλες όσες έχουν προηγηθεί, με αποτέλεσμα το γήρας να προκαλεί αθροιστικά αποτελέσματα στον οργανισμό.
- Οι βιολογικές μεταβολές έχουν ως συνέπεια την μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου που γερνά.
- Οι αλλαγές που παρατηρούνται είναι μη αναστρέψιμες, εξελίσσονται σταδιακά και δεν έχουν εμφανή εκδήλωση από την αρχή.
- Τα αίτια που επιφέρουν τις αλλαγές του γήρατος θεωρούνται ότι σχετίζονται με την ιδιοσυγκρασία του κάθε οργανισμού.
- Η γήρανση αποτελεί μια διαδικασία που έχει καθολικότητα καθώς εμφανίζεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις.
- Η πρωτογενής γήρανση έχει την αυγή της εμφάνισής της στη φάση της ωριμότητας δηλαδή όταν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του οργανισμού και είναι σε ώριμο στάδιο για την συμμετοχή στην αναπαραγωγική διαδικασία.
- Αναπόφευκτα οδηγεί στο θάνατο όταν ολοκληρώσει την πορεία της.

Αν και φυσιολογικό φαινόμενο, είναι ευνόητο ότι η γήρανση έχει έναν επιβαρυντικό ρόλο στον οργανισμό με αρνητικές συνέπειες που γίνονται αντιληπτές από το γεγονός ότι ο άνθρωπος που γηράσκει εμφανίζει αυξημένη ευαισθησία στις εξωγενείς επιδράσεις και μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου. Ωστόσο, αν και οι οργανικές μεταβολές έχουν καθολικότητα και είναι αναπόφευκτες δεν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση ως προς τη χρονική στιγμή της έναρξής τους αλλά και της μορφής τους. Αυτό σημαίνει ότι ο τρόπος ζωής του κάθε ανθρώπου και οι επιδράσεις του



περιβάλλοντος καθορίζουν την ηλικία έναρξης των βιολογικών μεταβολών του γήρατος και της μορφής εκδήλωσής τους (Ευκλείδη, 2011).

Στη συνέχεια, η δευτερογενής γήρανση αποτελεί μια διαδικασία που έχει άμεση συσχέτιση με παθολογικές μεταβολές που συμβαίνουν και οφείλονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και στις συνθήκες του ατόμου. Οι εξωτερικοί παράγοντες αφορούν τις συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και δραστηριοποιείται ο άνθρωπος, τις ενδεχόμενες φυσικές καταστροφές, τις οικονομικές μεταβολές, τις κοινωνικές αλλαγές και τα ιστορικά γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου και την επηρεάζουν. Στην κατηγορία των συνηθειών ανήκει ο τρόπος ζωής και ειδικότερα η ποιότητα της διατροφής και η παρουσία ή μη της σωματικής άσκησης και δραστηριότητας που έχουν άμεση επίδραση στη φυσική κατάσταση του ατόμου. Ως τρίτος παράγοντας που δρα συν επικουρικά στην διαδικασία της δευτερογενούς γήρανσης είναι η προσωπικότητα του ατόμου, η ψυχολογική του υγεία και οι αμυντικοί μηχανισμοί του στην διαχείριση της ιδέας της ασθένειας και της βιολογικής φθοράς. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι μεταξύ των δύο τύπων της γήρανσης υπάρχει μια ουσιώδης διαφορά και αφορά την καθολικότητα. Στην περίπτωση της δευτερογενούς γήρανσης, ο καθολικός χαρακτήρας απουσιάζει και η μορφή της εκδήλωσης του γήρατος διαφοροποιείται μεταξύ των ανθρώπων. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορισμένων παραγόντων όπως τη συνήθεια του καπνίσματος και της κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας αλκοολούχων ποτών καθώς και την έκθεση στην ακτινοβολία για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται στενά με την ηλικία και δρουν θετικά στην επιτάχυνση της εκδήλωσης του γήρατος (Ευκλείδη, 2011).

Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ των λειτουργιών της πρωτογενούς και δευτερογενούς γήρανσης οδηγεί στην βαθμιαία φθορά του οργανισμού που αποτελεί μια διαδικασία εξατομικευμένη με επιδράσεις τόσο από τη γενετική προδιάθεση και τις συνθήκες της ζωής του ανθρώπου όσο και από τη δομή της κοινωνίας στην οποία εντάσσεται και στο πολιτιστικό και ιστορικό πλαίσιο της χρονικής περιόδου που ζει (Ευκλείδη, 2011). Το γήρας, λοιπόν, επιφέρει ορισμένες σημαντικές αλλαγές σε πολλούς τομείς της ανθρώπινης ύπαρξης όπως τη βιολογική λειτουργία του οργανισμού, την εξωτερική εμφάνιση, τη συμπεριφορά και τον ρόλο που καλείται να ακολουθήσει στην κοινωνική του ζωή (Ευκλείδη, 2011). Πρωταρχικής σημασίας είναι οι αλλαγές που επηρεάζουν τη σωματική ακεραιότητα καθώς η γήρανση επιδρά στην κινητικότητα του ατόμου, στη λειτουργία οργανικών συστημάτων όπως του αναπνευστικού, καρδιαγγειακού, απεκκριτικού, αναπαραγωγικού, νευρικού και στην λήψη τροφής και πέψη. Το γήρας ευθύνεται, επίσης, για την μείωση της οξύτητας των βασικών αισθήσεων όπως και της ισορροπίας. Τέλος, οι μεταβολές που συμβαίνουν στις γνωστικές λειτουργίες είναι αξιοσημείωτες καθώς το άτομο που γηράσκει εμφανίζει απώλεια μνήμης και μειωμένη νοητική λειτουργία (Ευκλείδη, 2011).



Παρόλα αυτά θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας εμφανίζουν τα ίδια νοσήματα με τους μεσήλικες. Η ειδοποιός διαφορά είναι ότι οι ηλικιωμένοι καλούνται να αντιμετωπίσουν τη συν νοσηρότητα και την εξασθένηση της λειτουργικότητάς τους που επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό την κατάσταση της υγείας τους. Σε μια προσπάθεια, λοιπόν, για την καλύτερη μελέτη των παθολογικών καταστάσεων που επηρεάζουν τους ηλικιωμένους, οι ερευνητές κατέληξαν στην ακόλουθη κατηγοριοποίησή τους (Δαρδαβέσης, 2011b):

- Πρόκληση διαταραχών στην ομοιόσταση του οργανισμού.
- Τραύματα και κακώσεις από πτώσεις εξαιτίας της μειωμένης κινητικότητας
- Αγγειακά προβλήματα και εγκεφαλικά επεισόδια
- Απώλεια της ικανότητας ελέγχου της ουροδόχου κύστης και του εντέρου με συνέπεια την εκδήλωση ακράτειας.
- Ψυχολογικά προβλήματα κα ψυχιατρικές διαταραχές όπως άνοια, άγχος και σχιζοφρένεια.

Στην κατηγορία των ιατρογενών προβλημάτων ανήκουν οι καρδιαγγειακές παθήσεις που είναι ευρέως διαδεδομένες στα άτομα της τρίτης ηλικίας με υψηλή θνησιμότητα. Ακολουθούν οι νεοπλασίες και στη συνέχεια οι εκφυλιστικές αρθροπάθειες και μια πληθώρα νοσημάτων όπως η δυσλειτουργία του προστάτη, ο σακχαρώδης διαβήτης και άλλες διαταραχές. Το χαρακτηριστικό όλων των προαναφερόμενων είναι η χρονιότητά τους που αναπόφευκτα δημιουργεί σε κάθε ηλικιωμένο διαταραχή της συναισθηματικής του κατάστασης με εκδήλωση άγχους και μεταβολές στην ποιότητα του ύπνου του. Επιπρόσθετα, η παρουσία χρόνιων παθολογικών καταστάσεων επιβάλλει τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής που ενδέχεται να επιφέρει την εκδήλωση ψυχιατρικών συνδρόμων. Από την άλλη πλευρά, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ενοχοποιείται για την επιβάρυνση κάθε σωματικού νοσήματος ή την πρόκληση ενός νέου. Στην κατηγορία των ψυχιατρικών συνδρόμων που διαφοροποιούνται ανάλογα με το κάθε άτομο και πληθαίνουν με την πάροδο του χρόνου ανήκουν τα ακόλουθα (Δαρδαβέσης, 2011b):

- Δημιουργία μιας κατάστασης που επικρατεί η ταραχή και η σύγχυση
- Έκπτωση της νοητικής λειτουργίας
- Διαταραχή στην αντιληπτική ικανότητα και τον τρόπο σκέψης
- Ψυχολογικές αντιδράσεις εξαιτίας της συναισθηματικής δυσφορίας
- Έντονο το αίσθημα της ανησυχίας που αρκετά συχνά συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα.

1.2. Θεωρίες γήρανσης



Σχετικά με τη διαδικασία του γήρατος έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες χωρίς, όμως, να είναι δυνατή η ακριβής εξήγηση του τρόπου που εξελίσσεται σε κάθε άνθρωπο. Από τα στοιχεία των ερευνητών έχει, ωστόσο, διευκρινιστεί πως η ταχύτητα με την οποία συντελείται επηρεάζεται από ορισμένους παράγοντες όπως τον τόπο που διαμένει το άτομο, το είδος του επαγγέλματος και τις συνθήκες εργασίας, τη διατροφή που επιλέγει, την ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες και την έκθεση σε ακτινοβολία. Οι κύριες αυτές θεωρίες που είναι επτά, είναι οι ακόλουθες (Park & Festini, 2017):

- Θεωρία του προγραμματισμού της γήρανσης
- Θεωρία λάθους της γήρανσης
- Θεωρία της φθοράς
- Θεωρία της δραστηριότητας
- Θεωρία της συνοχής
- Θεωρία ανταλλαγής
- Θεωρία του εκσυγχρονισμού

Η θεωρία του προγραμματισμού της γήρανσης υποστηρίζει ότι ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί να ζήσει εντός ενός ορισμένου χρονικού πλαισίου και καθώς τα χρόνια περνούν γίνεται ευάλωτος σε παράγοντες που διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία του. Προκειμένου, λοιπόν, να αντιμετωπίσει τις απειλές, είναι απαραίτητη η παροχή εξωτερικής βοήθειας όπως η υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφής, η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων και ο περιορισμός της έντονης σωματικής δραστηριότητας (Park & Festini, 2017).

Η θεωρία του λάθους γήρανσης θεωρεί ότι υπάρχει μια ομάδα εξωτερικών παραγόντων που έχουν αρνητική επίδραση στο ανθρώπινο σώμα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν χημικές ουσίες που συσσωρεύονται σταδιακά στο σώμα και επιταχύνουν τη διαδικασία του γήρατος. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος συστήνεται η λήψη βιταμινών και αντιοξειδωτικών ουσιών και άλλων παραγόντων που δρουν ευεργετικά στην απομάκρυνση αυτών των χημικών από τον οργανισμό (Park & Festini, 2017).

Η θεωρία της φθοράς στοχεύει στον παραλληλισμό του σώματος με μια μηχανή που λειτουργεί συνεχόμενα με αποτέλεσμα να φθείρεται. Σε αντιστοιχία, η αδιάκοπη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος οδηγεί με την πάροδο του χρόνου στην φθορά και καταστροφή πολλών κυττάρων με αποτέλεσμα την ανεπαρκή ικανότητα του οργανισμού να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (Park & Festini, 2017).



Η θεωρία της δραστηριότητας υποστηρίζει ότι εάν οι ηλικιωμένοι επιλέγουν τη διατήρηση μιας ικανοποιητικής σωματικής και πνευματικής δραστηριότητας τότε διακατέχονται από το αίσθημα της ικανοποίησης και αποφεύγουν την κοινωνική απόσυρση και το συναίσθημα της ανεπάρκειας και απογοήτευσης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ανεύρεση νέων ενδιαφερόντων συμβατών με την ηλικία και τη σωματική αντοχή τους ώστε να καλύπτουν δημιουργικά και εποικοδομητικά το χρόνο τους (Park & Festini, 2017).

Η θεωρία της συνοχής στηρίζει την άποψη ότι οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να αποδέχονται τις αλλαγές που επιφέρει η σύγχρονη εποχή και να προσπαθούν να προσαρμοστούν σε αυτές. Οι ειδικοί προτείνουν, λοιπόν, την υιοθέτηση νέων ενδιαφερόντων χωρίς, όμως, ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα είναι απαραίτητη η διατήρηση μιας δημιουργικής ζωής χωρίς, όμως, έντονους ρυθμούς που επιβαρύνουν τη γήρανση (Park & Festini, 2017).

Η θεωρία της ανταλλαγής υποστηρίζει ότι οι ηλικιωμένοι, λανθασμένα, δεν επιθυμούν τη συναναστροφή με νεαρότερα άτομα και προσκολλώνται στις παρέες με τους συνομήλικούς τους. Αυτό συμβαίνει διότι αισθάνονται ότι δεν μπορούν να συνεισφέρουν σε αυτήν την ανταλλαγή και απομονώνονται (Park & Festini, 2017).

Η θεωρία του εκσυγχρονισμού διατυπώνει την πεποίθηση ότι μια εξελιγμένη κοινωνία με σύγχρονες ιδέες και χρήση τεχνολογικών επιτευγμάτων περιορίζει τη δυνατότητα ομαλούς ένταξης των ηλικιωμένων και ουσιαστικά τους οδηγεί στην κοινωνική αποστασιοποίηση (Park & Festini, 2017).

1.3. Δημογραφική γήρανση

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι σε παγκόσμια κλίμακα επικρατεί το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης. Οι αναλύσεις των επιστημόνων έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ο αριθμός των γεννήσεων έχει ελαττωθεί σημαντικά με αποτέλεσμα η γήρανση του πληθυσμού να γίνεται με ταχύ ρυθμό. Συγκριμένα, στην Παγκόσμια Συνέλευση για τη Γήρανση που έλαβε χώρα στη Βιέννη το 1982, συζητήθηκαν οι δυσοίωνες προβλέψεις των δημογραφικών μελετών που υποστηρίζουν ότι θα σημειωθεί τριπλασιασμός του πληθυσμού μέχρι το 2050 με σύγχρονο πενταπλασιασμό του αριθμού των ανθρώπων άνω των 60 ετών και αύξηση κατά επτά φορές των ατόμων ηλικίας 70 ετών και άνω (Δαρδαβέσης, 2011b).

Στις 11/7/2022, ο ΟΗΕ με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Πληθυσμού ανακοίνωσε την εκτίμηση ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός θα αγγίζει τα οκτώ δισεκατομμύρια εξαιτίας της προόδου που έχει σημειωθεί στην ιατρική επιστήμη. Οι επιστημονικές εξελίξεις έχουν επιμηκύνει το προσδόκιμο



επιβίωσης και έχουν μειώσει σημαντικά τα ποσοστά της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας. Παρόλα αυτά, υπάρχει μια πληθώρα κινδύνων που απειλεί την ανθρωπότητα όπως η κλιματική αλλαγή, οι πολεμικές επιχειρήσεις, η πείνα και η ένδεια καθώς και η παρουσία ή επανεμφάνιση πολλών μολυσματικών ιών. Αυτό σημαίνει ότι ο πλανήτης διατρέχει κίνδυνο και απαιτείται η συνεχής επαγρύπνηση και φροντίδα του (*Ageing: Population Division*, n.d.).

Πράγματι, στις 15/11/2022 η πρόβλεψη του ΟΗΕ επιβεβαιώθηκε, καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός έφτασε στα 8 δισεκατομμύρια. Η καταγραφή του συγκεκριμένου αριθμού αποτελεί ένα ιστορικό ορόσημο που εγείρει συγχρόνως αξιώσεις για την εξασφάλιση μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης για όλους, ανεξαιρέτως, τους ανθρώπους προκειμένου να διασφαλιστεί η δικαιοσύνη και η ισότητα τόσο για τη σημερινή γενιά όσο και για τις επόμενες. Αυτό προκύπτει από τις δημογραφικές αναλύσεις που επισημαίνουν ότι το 2037 ο πληθυσμός της γης θα αγγίζει τα 9 δισεκατομμύρια και το 2080 θα κορυφωθεί η συγκεκριμένη αυξητική τάση στα 10,4 δισεκατομμύρια όπου και θα παραμείνει. Οι επιστήμονες, όμως, κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου, τονίζοντας ότι έχει ήδη εμφανιστεί ένα σημαντικό πρόβλημα που αφορά τη γήρανση του πληθυσμού. Οι αριθμοί που αφορούν τις γεννήσεις έχουν μειωθεί και σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αναμένεται η επικράτηση ενός γερασμένου παγκόσμιου πληθυσμού με ότι συνεπάγεται σε νευραλγικούς τομείς της κοινωνικοοικονομικής ζωής. Τα στατιστικά στοιχεία αποτυπώνουν τη δεδομένη κατάσταση αναλυτικά. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, για παράδειγμα, το ποσοστό γονιμότητας διαμορφώνεται το έτος 2020, στο 1,5 παιδιά όταν το προσδόκιμο επιβίωσης σε παγκόσμια κλίμακα την ίδια χρονική περίοδο είναι τα 80,4 έτη. Επιπλέον, τα στοιχεία του ΟΗΕ αναφέρουν ότι η διάμεση ηλικία του πληθυσμού της γης είναι τα 44,1 έτη με τον αριθμό των ατόμων άνω των 65 ετών να αποτελεί το 20,8% (*Ageing: Population Division*, n.d.).

1.4. Ενεργός γήρανση

Το έτος 2019, ο Γενικός Γραμματέας των Ηνωμένων Εθνών δήλωσε ότι η αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού συνεχίζει με ταχύ ρυθμό αλλά και άνισο. Στις αναπτυσσόμενες χώρες και τις υποανάπτυκτες υπάρχει έντονο το πρόβλημα της σημαντικής αύξησης του αριθμού των κατοίκων και της εδραίωσης των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής που καθιστούν δύσκολη την επιβίωση στις συγκεκριμένες περιοχές. Αντίθετα, οι ανεπτυγμένες χώρες έρχονται αντιμέτωπες με τα δυσμενή αποτελέσματα της γήρανσης του πληθυσμού και σε αυτό το πλαίσιο προσπαθούν να προωθήσουν την «υγιή ενεργή γήρανση» με την εξασφάλιση της κοινωνικής μέριμνας. Επιπλέον, οι εκτιμήσεις επισημαίνουν και ένα άλλο πρόβλημα σε εξέλιξη που αφορά την αστική επέκταση. Πρόκειται για μια δυσμενή κατάσταση που απαιτεί ορθή διαχείριση διότι σύμφωνα με τις μελέτες μέχρι το 2050, το 68% του πληθυσμού της γης θα ζει σε αστικές περιοχές (*Ageing: Population Division*, n.d.).



Η διεθνής κοινότητα, όμως, έχει να αντιμετωπίσει και μια πληθώρα ποικίλων άλλων προβλημάτων στον οικονομικό, κοινωνικό και δημοσιονομικό τομέα που αποτελούν συνέπεια της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων και της αναμενόμενης μείωσης του ποσοστού των εργαζομένων. Επιπλέον, αποτελεί ευθύνη της κάθε κοινωνίας να παρέχει ποσοτική και ποιοτική φροντίδα στα άτομα της τρίτης ηλικίας και να μεριμνά για την υγειονομική κάλυψη και την παροχή αξιοπρεπούς σύνταξης στους ηλικιωμένους που εξαιτίας της υπάρχουσας παγκόσμιας οικονομικής κρίσης απειλείται η βιωσιμότητά τους. Για την αντιμετώπιση, λοιπόν, αυτής της πρόκλησης, η ευρωπαϊκή ένωση επικεντρώνεται στην ανάπτυξη στρατηγικών για την θέσπιση καλύτερων συνταξιοδοτικών προγραμμάτων και συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης όπως και μέτρων προώθησης της δημιουργικής απασχόλησης των ηλικιωμένων. Θεμελιώδης στόχος αποτελεί η ενθάρρυνση της τρίτης ηλικίας για εργασιακή απασχόληση και αποφυγή των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων που αποτελούσε συνήθη τακτική των παρελθόντων χρόνων (*EU4Health Programme 2021-2027 – a Vision for a Healthier European Union - European Commission, n.d.*).

Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της ΕΕ ανακήρυξαν το έτος 2012 ως «Ευρωπαϊκό Έτος Ενεργού Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των Γενεών» με την απόφαση αρ. 940/2011/ΕΕ που υπογράφηκε στο Στρασβούργο. Με την απόφαση αυτή προωθείται η υποστήριξη των προσπαθειών των κρατών μελών, των τοπικών αρχών, της κοινωνίας των πολιτών και του επιχειρηματικού κόσμου για την ενίσχυση της ενεργού γήρανσης και την δημιουργική απασχόληση και αξιοποίηση των ατόμων άνω των 60 ετών. Προς την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου προωθείται η συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών γενεών και η προσφορά ευκαιριών στους ηλικιωμένους ώστε να συμμετέχουν στο εργατικό δυναμικό περιορίζοντας την οικονομική δυσχέρεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό που αντιμετωπίζουν. Επίσης, είναι απαραίτητο να ενισχυθεί ο εθελοντισμός και η ενεργός συμμετοχή των ηλικιωμένων στη εργασιακή αρένα, με την προϋπόθεση της κατάλληλης τροποποίησης των εργασιακών συνθηκών και των προγραμμάτων δια βίου μάθησης ώστε να προσαρμόζονται στις ικανότητες και απαιτήσεις της τρίτης ηλικίας. Επιπλέον, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η εξασφάλιση της υγείας των ηλικιωμένων και η ανατροπή των αρνητικών προτύπων και στερεοτύπων που υφίσταται λόγω της ηλικίας (*EU4Health Programme 2021-2027 – a Vision for a Healthier European Union - European Commission, n.d.*).

Προς αυτήν την κατεύθυνση κινήθηκαν και τα Ηνωμένα Έθνη που με την διακήρυξη της «Δεκαετίας για την υγιή γήρανση (2021-2030)» έθεσαν ως στόχο την συνεργασία όλων των λαών βασισμένη στους Στόχους της Βιώσιμης Ανάπτυξης (*WHO's Work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030), n.d.*). Η συνεργασία αυτή αποβλέπει στη συντονισμένη δράση όλων των κυβερνήσεων, της κοινωνίας των πολιτών, των επαγγελματιών, του ακαδημαϊκού χώρου, των διεθνών οργανισμών και



των μέσων μαζικής ενημέρωσης σε ένα χρονικό πλαίσιο μιας δεκαετίας προκειμένου να ληφθούν και να εφαρμοστούν μέτρα για την βελτίωση της ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας και των οικογενειών τους. Με την συγκεκριμένη ενέργεια, η διεθνής κοινότητα ευελπιστεί ότι θα δοθεί η ευκαιρία στους ηλικιωμένους να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους και να εξασφαλίσουν μια αξιοπρεπή διαβίωση σε ένα υγιές περιβάλλον (World Health Organization, 2020). Επίσης, η Ευρωπαϊκή Ένωση προωθεί την επονομαζόμενη «Πράσινη Βίβλο» που είναι υπέρμαχος της αλληλεγγύης και προσπαθεί να κατανοήσει τους μηχανισμούς επίδρασης της γήρανσης και να αντιμετωπίσει τις συνέπειές της (*EU4Health Programme 2021-2027 – a Vision for a Healthier European Union - European Commission*, n.d.).

Γίνεται, λοιπόν, σαφές πως στόχος των προαναφερόμενων πρωτοβουλιών είναι η επίτευξη της «υγιούς και ενεργούς γήρανσης» η οποία αποτελεί την προβολή, εκμάθηση και εφαρμογή από την πρώιμη παιδική ηλικία των υγιεινών συνηθειών ζωής. Με την αποδοχή των ορθών προτύπων διατροφής, την αποφυγή επιβλαβών συνηθειών για την υγεία, τη συμμετοχή του ατόμου σε σωματικές δραστηριότητες και κοινωνικές εκδηλώσεις και τη βελτίωση των περιβαλλοντικών παραγόντων στο χώρο διαβίωσης και εργασίας είναι δυνατή η μείωση ή και αποφυγή εκδήλωσης χρόνιων ασθενειών που επιβαρύνουν τον οργανισμό και δυσχεραίνουν την καθημερινότητα του ατόμου. Ως εκ τούτου, το κάθε κράτος μεριμνά μέσω της δημόσιας πολιτικής του για την προώθηση του υγιεινού τρόπου ζωής και την έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας. Αν και το κάθε κράτος χαράσσει τη δική του στρατηγική με βάση τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του, τα τελευταία χρόνια πολλές χώρες εντάσσονται στο συλλογικό πρόγραμμα EU4Health 2021-2027 της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι στόχοι του συγκεκριμένου προγράμματος είναι επιγραμματικά οι ακόλουθοι (*EU4Health Programme 2021-2027 – a Vision for a Healthier European Union - European Commission*, n.d.):

- Βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης με απώτερο σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και κυρίως του καρκίνου όπως και την προαγωγή της υγείας.
- Σχεδιασμός κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης υγειονομικών κρίσεων σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο.
- Εξασφάλιση της πρόσβασης των ατόμων που έχουν ανάγκη σε ιατρικό εξοπλισμό και φαρμακευτικά σκευάσματα.
- Ενίσχυση και βελτίωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εφαρμογής των κανονισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της συνεργασίας των εθνικών συστημάτων υγείας και του ψηφιακού μετασχηματισμού της περίθαλψης.

1.5. Δημογραφική εξέλιξη στην Ελλάδα



Στην Ελλάδα, ο πληθυσμός των μόνιμων κατοίκων στη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου (1951-2020) αυξήθηκε κατά 3,1 εκατομμύρια. Λόγος αυτής της αλλαγής ήταν ότι σημειώθηκε μια αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω των 15 ετών και της ηλικιακής ομάδας μεγαλύτερης των 65 ετών. Αντίθετα, εξαιτίας της υπογεννητικότητας που άρχισε σταδιακά να παρατηρείται στη χώρα μας, ο αριθμός των παιδιών της ηλικίας 0-14 ετών σημείωσε σημαντική μείωση. Μια άλλη αλλαγή που έλαβε χώρα ήταν η αύξηση του προσδόκιμου ορίου επιβίωσης. Με βάση, λοιπόν, τα επίσημα στοιχεία η μέση προσδοκώμενη ζωή στη γέννηση αυξήθηκε κατά 17 έτη και διαμορφώθηκε στα 79,2 έτη στους άνδρες και στα 84,2 έτη ζωής αντίστοιχα στις γυναίκες. Παράλληλα, διογκώθηκε αρκετά και ο αριθμός των θανάτων για τον λόγο ότι ο ελληνικός πληθυσμός έχει γίνει γηραιότερος. Τα στοιχεία αυτά στην πλειοψηφία τους προέκυψαν από την απογραφή του πληθυσμού το 2021 (*Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2021 - ELSTAT, n.d.*) και σκιαγράφησαν μια δυσμενή δημοσιονομική εξέλιξη για τη χώρα. Εκτός, όμως, από το σημαντικό πρόβλημα της υπογεννητικότητας, η συνεχής αύξηση του πληθυσμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας έχει εγείρει ανησυχία για την ποιότητα της διαβίωσής του. Για την διαχείριση, λοιπόν, της δεδομένης κατάστασης επιβάλλεται οργάνωση και θέσπιση πολιτικών που θα είναι σε θέση να παρέχουν καλές συνθήκες στους ηλικιωμένους ώστε να μπορούν να γηράσκουν με αξιοπρέπεια και να παραμένουν ενεργά και δραστήρια μέλη της ελληνικής κοινωνίας. Για να γίνει, όμως, πράξη αυτός ο οραματισμός, επιβάλλεται η ενθάρρυνση της υγιούς γήρανσής του (Κοτζαμάνης, 2021).

1.6. Θεμελιώδη δικαιώματα ηλικιωμένων

Σύμφωνα με το άρθρο 25 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, που θέσπισε η Ευρώπη, αποτελεί χρέος όλων να σέβονται το δικαίωμα των ατόμων της τρίτης ηλικίας να ζουν με αξιοπρέπεια και με τη δυνατότητα συμμετοχής σε κοινωνικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις (*Charter of Fundamental Rights of the European Union, n.d.*). Τα μέλη κράτη, λοιπόν, κινούμενα προς αυτήν την κατεύθυνση διαμορφώνουν στρατηγικές για την υποστήριξη αυτών των δικαιωμάτων και την προάσπισή τους στη ζωή των ηλικιωμένων τόσο στο οικιακό περιβάλλον όσο και στις μονάδες παροχής φροντίδας. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου τα δικαιώματα αυτά παραβιάζονται ή αγνοούνται. Για την αντιμετώπιση της κατακριτέας αυτής συμπεριφοράς έχει προταθεί το ευρωπαϊκό πρόγραμμα DAPHNE III (*Daphne III Funding Programme - European Commission, n.d.*). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα επιδιώκει την καταπολέμηση του φαινομένου της κακοποίησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας και αποτελεί έναν χάρτη με τα δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη φροντίδας και στήριξης για μακρύ χρονικό διάστημα. Το πρόγραμμα DAPHNE III θεσπίστηκε το 2010 και περιλαμβάνει τα ακόλουθα δέκα δικαιώματα (*Daphne III Funding Programme - European Commission, n.d.*):



- **Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, στη σωματική και πνευματική ευεξία, στην ασφάλεια και στην ελευθερία:** Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει εξαιτίας της φυσιολογικής φθοράς του οργανισμού χρειάζεται τη φροντίδα τρίτων και αρκετές φορές βασίζεται σε αυτούς. Ωστόσο, εξακολουθεί να έχει το αναφαίρετο δικαίωμα να διατηρεί την αξιοπρέπειά του, να αγωνίζεται για τη διατήρηση της σωματικής του ακεραιότητας και της ψυχικής του ισορροπίας, να αναζητά την οικονομική εξασφάλιση και να του παρέχεται η κατάλληλη ιατροφαρμακευτική φροντίδα και υποστήριξη.
- **Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού:** Οι ηλικιωμένοι, όπως και κάθε άνθρωπος, διεκδικούν την ελεύθερη επιλογή στη διαμόρφωση της προσωπικής τους ζωής με βάση το είδος της αυτονομίας που τους επιτρέπει η σωματική και πνευματική τους υγεία. Διεκδικούν το δικαίωμα του σεβασμού των επιλογών τους αν και πολλές φορές εξαιτίας του γήρατος δυσκολεύονται να τις εκφράσουν με σαφήνεια. Επίσης, είναι λογικό να μπορούν να αποφασίζουν αυτοβούλως για τον τρόπο της διαμονής τους, δηλαδή να προτιμούν την δική τους οικία ή τη φιλοξενία σε εξειδικευμένες μονάδες ή σε οικεία τους πρόσωπα. Επιπλέον, η ανάγκη της ιατρικής παρακολούθησης δεν τους στερεί το δικαίωμα της ενημέρωσης για την κατάστασή της υγείας τους και την εξουσιοδότηση σε ένα άτομο της εμπιστοσύνης τους για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα που πρέπει να λάβουν.
- **Δικαίωμα στη προσωπική ζωή:** Η ιδιωτική ζωή αποτελεί θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα και όπως όλοι, με τον ίδιο τρόπο και τα άτομα της τρίτης ηλικίας επιλέγουν είτε τη μοναξιά είτε την παρέα με πρόσωπα της αρεσκείας τους. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί ότι στην περίπτωση της αναγκαίας παρουσίας φροντιστών στην καθημερινότητα ενός ηλικιωμένου απαιτείται ιδιαίτερη ευαισθησία, διακριτικότητα και ανοχή για να μπορεί να διασφαλίζεται το δικαίωμα της προστασίας της ιδιωτικής ζωής.
- **Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας:** Η εμφάνιση προβλημάτων υγείας στους ηλικιωμένους δεν είναι ασύνηθες φαινόμενο και συχνά απαιτείται υγειονομική περίθαλψη που ενίοτε είναι μακροχρόνια. Για την εξασφάλιση, ωστόσο, μιας καλής φροντίδας απαιτείται η εναρμόνιση της με τις ανάγκες των ηλικιωμένων, χωρίς την επίδειξη διακρίσεων, που να έχει ποιότητα και να είναι συμβατή με την οικονομική κατάσταση του ενδιαφερόμενου. Ειδικότερα, εάν θεωρείται απαραίτητη η παρουσία φροντιστή που μπορεί να είναι επαγγελματίας του χώρου της υγείας, μέλος του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προσφιλές άτομο, απαιτείται η εξειδικευμένη εκπαίδευσή του. Επίσης, σε αυτό το πλαίσιο είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί ότι όλα άτομα που συμμετέχουν στην παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους πρέπει να είναι σε στενή συνεργασία μεταξύ τους ώστε να εξασφαλιστεί το συμφέρον των συγκεκριμένων ευπαθών ατόμων.



- **Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης:** Τα άτομα της τρίτης ηλικίας οφείλουν να γνωρίζουν αναλυτικές πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας τους και τις επιλογές που υπάρχουν σχετικά με τη θεραπεία τους. Αυτό σημαίνει ότι έχουν το δικαίωμα να γνωρίζουν κάθε είδος επίπτωσης των φαρμάκων, των εξετάσεων και των επεμβατικών τεχνικών στην ψυχοσωματική τους υγεία και στην καθημερινότητά τους. Η ενημέρωση αυτή μπορεί να γίνει μέσω της πρόσβασής των ιδίων ή και των ατόμων που έχουν εξουσιοδοτήσει στα ιατρικά τους αρχεία. Επιπρόσθετα, πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πληροφόρησης σχετικά με την ύπαρξη όλων των διαθέσιμων υπηρεσιών που ενδείκνυται για τη διαχείριση του ιατρικού τους προβλήματος καθώς και του οικονομικού κόστους.
- **Δικαίωμα στην επικοινωνία, στην κοινωνική συμμετοχή και στις πολιτιστικές δραστηριότητες:** Οι ηλικιωμένοι ανάλογα με τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντά τους θα πρέπει να έχουν τις ευκαιρίες να συμμετέχουν με ενεργό τρόπο στην πολιτική και κοινωνική ζωή του τόπου τους όπως και στις πολιτιστικές εκδηλώσεις. Παράλληλα, εφόσον το επιθυμούν, οι ηλικιωμένοι θα μπορούσαν να προσφέρουν εθελοντική ή αμειβόμενη εργασία, να συμμετέχουν σε προγράμματα δια βίου μάθησης και να ενθαρρύνονται στη χρήση των νέων τεχνολογικών επιτευγμάτων. Τέλος, κρίνεται αναγκαία η δυνατότητα μετακίνησης για τη συναναστροφή με άλλους ανθρώπους και την καλλιέργεια των ενδιαφερόντων και δεξιοτήτων τους ώστε να επιτευχθεί η αλληλεγγύη μεταξύ των διαφορετικών γενεών.
- **Δικαίωμα στην ελευθερία έκφρασης, σκέψης, πεποιθήσεων και θρησκευτικής ιδεολογίας:** Ουσιαστικά, η πλειονότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας έχει ανάγκη τη στήριξη και βοήθεια τρίτων προκειμένου να επιβιώσει και να έχει μια ποιοτική ζωή. Αυτό, ωστόσο, δεν αναιρεί το δικαίωμά τους να ζουν με βάση τις δικές τους πεποιθήσεις και αρχές.
- **Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και στο σεβασμό στην τελευταία περίοδο της ζωής και στο θάνατο:** Με το πέρασμα του χρόνου και την εδραίωση του γήρατος, οι ασθένειες κάνουν αισθητή την παρουσία τους και απαιτούν φροντίδα, παρηγορητική θεραπεία και διαχείριση του πόνου που αποτελεί από τα συνήθη συμπτώματα. Η διαδικασία αυτή της πορείας προς το θάνατο θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από αξιοπρέπεια και σεβασμό των αναγκών και των επιθυμιών των ηλικιωμένων από τα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους. Στην περίπτωση, όμως, που λόγω της φυσικής και πνευματικής δυσχέρειας, είναι αδύνατη η έκφραση των προσωπικών επιθυμιών σχετικά με το είδος της παρηγορητικής φροντίδας στα τελικά στάδια της ζωής, θα πρέπει να γίνονται σεβαστές οι πρότερες απόψεις των ηλικιωμένων με την προϋπόθεση ότι εναρμονίζονται με το ισχύον



νομικό πλαίσιο της χώρας που ζουν. Επίσης, σε περίπτωση θανάτου, αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του εκλιπόντος ηλικιωμένου να γίνει διαχείριση των λειψάνων του με βάση τις επιθυμίες του και τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις.

- **Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικο μέσο:** Κάθε ηλικιωμένος που αποτελεί θύμα κακομεταχείρισης ή κακοποίησης είτε στην οικεία του είτε σε μονάδα φροντίδας έχει το δικαίωμα της αναζήτησης νομικής βοήθειας αλλά και της άρνησής της. Στην περίπτωση που είναι θετικοί στην προσφυγή στη δικαιοσύνη, οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τον τρόπο της καταγγελίας στις αρμόδιες αρχές χωρίς να έχουν το φόβο των αρνητικών συνεπειών. Το ίδιο δικαίωμα έχουν και τα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους.
- **Υποχρεώσεις:** Εκτός από τα αναφαίρετα δικαιώματα που έχουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας λόγω του γήρατος, έχουν και ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι στα άτομα που έχουν αναλάβει την υποστήριξη και φροντίδα τους. Μια από αυτές είναι ο σεβασμός των αναγκών και των δικαιωμάτων των φροντιστών τους και η επίδειξη σεβασμού προς την προσωπικότητα και την προσφορά τους. Επίσης, λόγω του ότι το γήρας προκαλεί έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, θα πρέπει εκ των προτέρων να προνοήσουν και να ορίσουν κάποιο άτομο της εμπιστοσύνης τους που θα λαμβάνει τις αποφάσεις για τη διαχείριση της υγείας τους, της θεραπείας και της φροντίδας τους με βάση τις δικές τους προκαθορισμένες οδηγίες και επιθυμίες.



2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1. Εισαγωγή

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια πολυδιάστατη και πολύπλοκη στην οποία, προς το παρόν, δεν έχει δοθεί ένας ορισμός που να είναι καθολικά αποδεκτός. Υπάρχουν, ωστόσο, διάφοροι ορισμοί που την οριοθετούν ποικιλοτρόπως ανάλογα με τους παράγοντες που χρησιμοποιούνται ως κριτήρια όπως οι εμπειρίες, οι αντιλήψεις, οι ατομικές προτιμήσεις και ο τύπος της καθημερινής ζωής. Μεταξύ των υπαρχόντων ορισμών υπάρχουν και εκείνοι που θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου και των ερεθισμάτων και επιρροών από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι αποτελεί την έκφραση όλων των πτυχών της ζωής του ανθρώπου. (Post, 2014)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής έχει άμεση συσχέτιση με τον τρόπο που ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τη ζωή του η οποία διαμορφώνεται από αξίες κοινωνικές και πολιτιστικές και τους προσωπικούς στόχους, ενδιαφέροντα και προβληματισμούς. Για αυτόν το λόγο προκειμένου να εκτιμηθεί επιτυχώς η ποιότητα της ζωής θα πρέπει να συνυπολογιστούν όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη ζωή, οι υποκειμενικοί αλλά και οι αντικειμενικοί. (Post, 2014)

Βασικό στοιχείο για την επίτευξη μιας ποιοτικής ζωής αποτελεί η υγεία που δεν συνιστά απλά την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας -άποψη που διατύπωσε ο ΠΟΥ ΤΟ 1946 – αλλά την παρουσία της σωματικής ακεραιότητας, της ψυχικής ισορροπίας και της κοινωνικής ευεξίας. Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι υγεία και ασθένεια δεν έχουν ταύτιση, απεναντίας η υγεία οριοθετεί μια ιδεατή κατάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης που περιλαμβάνει και άλλες πτυχές της ζωής εκτός από τη σωματική ευρωστία. Ειδικότερα, η υγεία επιτυγχάνεται όταν το άτομο αποκτά τη δεξιότητα χειρισμού και υπέρβασης των δυσκολιών και αναζητά τρόπους πρόληψης και αποφυγής καταστάσεων που απειλούν την ακεραιότητα και λειτουργικότητά του. Όταν η προσπάθεια αυτή στέφεται από επιτυχία, τότε σημειώνεται βελτίωση της ποιότητας ζωής που οδηγεί σε προσωπική ανέλιξη και κοινωνική ανάπτυξη. Άλλωστε, αυτός είναι και ο κύριος σκοπός της ζωής των ανθρώπων, να ζουν μια ζωή σε συνθήκες που τους εξασφαλίζουν ικανοποίηση και όχι απλά να επιβιώνουν. (Post, 2014)

Σύμφωνα με τους ειδικούς, οι έννοιες της ποιότητας ζωής και της υγείας συνιστούν κοινωνικά φαινόμενα που καθορίζονται από διάφορες αρχές, όπως την καθολικότητα, την εξατομίκευση, την πλήρωση των προσωπικών αναγκών με τελικό σκοπό την επίτευξη της ικανοποίησης. Η εκπλήρωση του συγκεκριμένου στόχου, όμως, καθορίζεται από τη δράση και συνέργεια ορισμένων παραγόντων



όπως το εισόδημα, ο τρόπος της ζωής, οι διατροφικές συνήθειες, οι συνθήκες διαβίωσης, οι κοινωνικές σχέσεις, το μορφωτικό επίπεδο, η παρουσία ασθενειών, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, το περιβάλλον όπου ζει το άτομο, τα κοινωνικά στερεότυπα και οι προσωπικές αντιλήψεις. (Post, 2014)

Η σημασία της ποιότητας ζωής είναι τόσο σημαντική που αποτελεί αντικείμενο μελέτης των επιστημόνων του χώρου της υγείας. Ως μεμονωμένη έννοια, όμως, έχει στενά όρια στον τομέα της κλινικής έρευνας και επικεντρώνεται αποκλειστικά στις πτυχές που σχετίζονται με την υγεία. Αναφέρεται, λοιπόν, ως ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και δεν περιλαμβάνει την πληθώρα των προαναφερόμενων παραγόντων που δρουν καταλυτικά στη διαμόρφωσή της. Οι αλλαγές, ωστόσο, που έγιναν και αφορούν την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη μέση διάρκεια της ζωής στις χώρες του δυτικού κόσμου δημιούργησαν προβληματισμούς και ανησυχίες για τον αν τα πρόσθετα χρόνια της ζωής συνοδεύονται και από την επιθυμητή ποιότητα. Με βάση τη νέα κατάσταση, η επιστημονική κοινότητα έθεσε ως προτεραιότητα την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και οι μετρήσεις της νοσηρότητας και θνησιμότητας περιορίστηκαν ως δευτερευούσης σημασίας. Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας καλούνται πλέον να υιοθετήσουν έναν νέο και πλήρη ορισμό της υγείας που δεν θα περιορίζεται μόνο στις βιολογικές επεκτάσεις μιας νόσου αλλά θα συνυπολογίζουν τις σωματικές, νοητικές, ψυχικές και κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου που ασθενεί. Επίσης, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει γνωστή θεραπευτική προσέγγιση μιας νόσου αλλά η διαχείριση της στηρίζεται στην ανακουφιστική αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας είναι πολύ σημαντικό να εξασφαλίζεται η ποιότητα ζωής του ατόμου. (Post, 2014)

2.2. Ποιότητα ζωής και Τρίτη Ηλικία

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας καθώς οδεύουν προς το τέλος της ζωής τους έχουν την ανάγκη να αισθανθούν ότι ο βίος τους ήταν δημιουργικός και συνέβαλε θετικά στην εξέλιξη και ευημερία του κοινωνικού συνόλου. Ο όρος που συχνά χρησιμοποιούν στον απολογισμό της ζωής τους είναι «καλή ζωή» και αναφέρεται στον τρόπο που οι άνθρωποι συμπεριφέρονται και αισθάνονται. Πρόκειται για μια πολύπλοκη διαδικασία η οποία δέχεται επιδράσεις από πολλούς παράγοντες όπως την ψυχοσωματική υγεία, τη νοητική λειτουργία, την κοινωνική συμπεριφορά, το οικονομικό υπόβαθρο, την ποιότητα της ζωής, το ρόλο που διαδραματίζουν στο κοινωνικό σύνολο και το αίσθημα πλήρωσης και ικανοποίησης που αισθάνονται. Η καλή ζωή ως επακόλουθο έχει το «ευ ζην» που σχετίζεται με έναν ποιοτικό βίο, την κοινωνική στήριξη και την αποφυγή αρνητικών συναισθημάτων όπως την απογοήτευση και την κατάθλιψη. (Van Leeuwen et al., 2019)



Για να ικανοποιηθεί, όμως, η ανάγκη της ποιοτικής ζωής στους ηλικιωμένους, θα πρέπει να εκπληρώνονται οι ακόλουθες προϋποθέσεις (Μαρκουλάκη, 2000):

- Η ζωή τους οφείλει να χαρακτηρίζεται από αξιοπρέπεια, σεβασμό και κατανόηση.
- Είναι απαραίτητη η εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού εισοδήματος που θα τους προσφέρει ένα ποιοτικό βιοτικό επίπεδο.
- Η κατοικία τους είναι απαραίτητο να είναι διαμορφωμένη με τρόπο συμβατό με τις καθημερινές ανάγκες της ηλικίας τους και ένα οικολογικό περιβάλλον που δεν θα προκαλεί επιβάρυνση της υγείας τους.
- Να μην στερούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Προκειμένου να αποφευχθεί το αίσθημα ότι είναι περιθωριοποιημένοι και περιττοί, προτείνεται η προσφορά εργασίας εφόσον βέβαια το επιθυμούν.
- Αποτελεί εσωτερική ανάγκη των ηλικιωμένων η παραμονή στο σπίτι τους μέχρι το πέρας της ζωής τους.

2.3. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την ποιότητα ζωής

Το γήρας επιφέρει πολλές αλλαγές που επιδρούν τόσο στην υγεία όσο και στην ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Η διαδικασία αυτής της φυσιολογικής και προοδευτικής φθοράς επηρεάζεται από ορισμένους κύριους παράγοντες που είναι οι ακόλουθοι: κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακές σχέσεις, σωματική δραστηριότητα, περιβάλλον, ψυχολογική κατάσταση, διατροφή (Olsson et al., 2023).

2.3.1. Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Η οικονομική κρίση που πλήττει επί μακρό χρονικό διάστημα τις ασθενείς εισοδηματικά τάξεις ευθύνεται με βάση τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της φτώχειας. Πράγματι, τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών έχουν 19% μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό να έρθουν αντιμέτωποι με την ένδεια (EUR-Lex - 52010IP0209 - EN - EUR-Lex, n.d.).

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Όταν κυμαίνεται σε χαμηλά στρώματα, τότε σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και με μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης. Αυτό συμβαίνει διότι οι οικονομικά ασθενέστεροι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με περισσότερο δυσμενείς συνθήκες στον εργασιακό τους χώρο αλλά και στη ζωή τους γενικότερα με αποτέλεσμα η γήρανση του οργανισμού όπως και ο θάνατος να επέρχεται νωρίτερα σε σχέση με τους εύρωστους οικονομικά ανθρώπους. Πράγματι, μελέτες έχουν αποδείξει



ότι σε άτομα με χαμηλό οικονομικό εισόδημα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 40-85 ετών παρατηρείται μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά 2,1 έτη (Stringhini et al., 2017). Επίσης, αξιοσημείωτη παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι η συνταξιοδότηση του ατόμου αλλάζει την οικονομική κατάσταση με αρνητικό τρόπο στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Αυτό συμβαίνει διότι η συνταξιοδότηση χαρακτηρίζεται από μείωση του εισοδήματος σε σχέση με την περίοδο που το άτομο ήταν ενεργό επαγγελματικά, γεγονός που προκαλεί δυσκολίες στην κάλυψη των βιοποριστικών αναγκών. Επιπλέον, εξαιτίας της παρουσίας χρόνιων προβλημάτων υγείας απαιτείται η δαπάνη σεβαστών χρηματικών ποσών για την αγορά φαρμάκων και την κάλυψη της ιατρικής περίθαλψης. Αυτό, όπως είναι φυσικό, προκαλεί οικονομική επιβάρυνση που δυσχεραίνει την ποιότητα της ζωής. (Μαρκουλάκη, 2000)

Δυστυχώς, όμως, η δυσμενής αυτή κατάσταση φαίνεται να έχει χειρότερη εικόνα στις γυναίκες της τρίτης ηλικίας οι οποίες βιώνουν την ένδεια σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό οφείλεται, κυρίως, στο ότι η σύνταξη τους δεν ξεπερνά το βασικό όριο για την διαβίωση εξαιτίας της χαμηλότερης εργασιακής αμοιβής συγκριτικά με το αντρικό φύλο. Επίσης, λόγω των οικογενειακών υποχρεώσεων, η εργασιακή τους απασχόληση δεν είναι πάντα συνεχής όπως υπάρχουν και περιπτώσεις απασχόλησής τους στις οικογενειακές επιχειρήσεις άμισθες και χωρίς ασφαλιστική κάλυψη (*EUR-Lex - 52010IP0209 - EN - EUR-Lex*, n.d.). Όντως, τα πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ που αφορούν την Ελλάδα έχουν επισημάνει ότι οι γυναίκες ηλικίας άνω των 65 ετών αντιμετωπίζουν σε ποσοστό 15,6% τον κίνδυνο της φτώχειας έναντι του αντίστοιχου ποσοστού του 11% που καταγράφεται στο ανδρικό φύλο (ΕΛΣΤΑΤ, 2021).

Αντίθετα, τα άτομα που ανήκουν σε υψηλή οικονομική θέση επιβιώνουν περισσότερα χρόνια με χαρακτηριστικό παράδειγμα τους πολύ πλούσιους που ζουν 8 χρόνια περισσότερο από τους εργάτες χωρίς ειδίκευση και 4 έτη από τα άτομα της μεσαίας τάξης. Το υψηλό εισόδημα εξασφαλίζει τη δυνατότητα κατοχής ποιοτικών αγαθών που παρέχουν ιδανικό επίπεδο διατροφής, στέγασης, μόρφωσης, ψυχαγωγίας και αναψυχής. Επίσης, η άνετη οικονομική ζωή δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη κοινωνικών συναναστροφών και αισθήματος ικανοποίησης από τη ζωή. (National Academies of Sciences et al., 2021)

2.3.2. Μορφωτικό επίπεδο

Το μορφωτικό επίπεδο έχει άμεση συσχέτιση με την πιθανότητα εμφάνισης της ένδειας καθώς σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης συνοδεύεται από χαμηλό κίνδυνο φτώχειας (Balaj et al., 2024). Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ για το έτος 2021, τα ποσοστά κινδύνου φτώχειας με βάση το στάδιο εκπαίδευσης που ολοκληρώνεται είναι τα ακόλουθα (*Κεντρική Σελίδα ΕΛΣΤΑΤ - ELSTAT*, n.d.):



- Όταν ολοκληρώνεται η προσχολική, η πρωτοβάθμια και το πρώτο στάδιο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το ποσοστό καταγράφεται στο 25,8%.
- Με την ολοκλήρωση του δεύτερου σταδίου της δευτεροβάθμιας και της μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το ποσοστό είναι 23,1%.
- Όταν το άτομο έχει ολοκληρώσει και τα δύο στάδια της δευτεροβάθμιας εκπαιδευτικής διαδικασίας, τότε το ποσοστό περιορίζεται στο 7,9%.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι ηλικιωμένοι με ανεπαρκή μόρφωση δεν απειλούνται μόνο από την οικονομική δυσπραγία αλλά και από άγχος και κατάθλιψη που οφείλονται στις αλλαγές που προκαλεί η γήρανση στην καθημερινότητά τους. Η διαταραγμένη αυτή ψυχολογική κατάσταση τους ωθεί, πολλές φορές, στην υιοθέτηση επιβλαβών συνηθειών για την υγεία όπως την ανθυγιεινή διατροφή, το κάπνισμα και την απουσία σωματικής άσκησης. Αντίθετα, εκείνοι οι ηλικιωμένοι που είναι δέκτες υψηλού επιπέδου μόρφωσης είναι κάτοχοι εμπειριών και γνώσεων που τους δίνουν τη δυνατότητα απόκτησης βελτιωμένης γνωστικής λειτουργίας και υγιεινού τρόπου ζωής (Balaj et al., 2024).

Πράγματι, το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να παρέχει στον άνθρωπο θέση εργασίας με σταθερότητα και υψηλότερο εισόδημα που δίνει την ευκαιρία διαβίωσης με υγιεινό τρόπο λόγω της οικονομικής ευχέρειας που δίνει πρόσβαση στους κατάλληλους υλικούς πόρους. Σε αυτό το συμπέρασμα έχουν καταλήξει αξιόπιστες μελέτες που έχουν οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι η όσο το δυνατόν μακρύτερη χρονικά σχολική εκπαίδευση συνδέεται με μεγαλύτερη διάρκεια ζωής και ποιοτικότερη υγεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί έρευνα που έδειξε ότι οι λευκοί απόφοιτοι κολεγίου εμφανίζουν μέτρια ή κακή υγεία σε ποσοστό 9% έναντι του αντίστοιχου 57% που παρατηρείται σε άτομα χωρίς απολυτήριο λυκείου (Zajacova & Lawrence, 2018).

2.3.3. Οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον

Σύμφωνα με μία έρευνα (Antonucci et al., 2014), κάθε άνθρωπος στη διάρκεια της ζωής του εντάσσεται σε ένα «κοινωνικό δίκτυο» που αποτελείται από ένα σύνολο ατόμων, κυρίως συγγενείς και φίλους, που συνδέονται με το κεντρικό άτομο. Το δεδομένο δίκτυο συμπορεύεται με το άτομο σε όλα τα στάδια της ζωής του και δέχεται αλλαγές ανάλογα με την αναπτυξιακή φάση του ανθρώπινου βίου. Συγκεκριμένα, στη νεανική ηλικία το κοινωνικό δίκτυο περιλαμβάνει περισσότερους φίλους ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες τη σημαντικότερη θέση κατέχει η οικογένεια καθώς οι ηλικιωμένοι δεν είναι ανοικτοί στη σύναψη νέων φιλικών σχέσεων. Αυτό συμβαίνει γιατί με το πέρασμα των χρόνων οι άνθρωποι γίνονται επιλεκτικοί στις κοινωνικές τους επαφές, περιορίζουν το εύρος του κοινωνικού τους δικτύου και διατηρούν σχέσεις μόνο με τα μέλη της οικογένειάς τους και τους στενούς έμπιστους φίλους τους. Η δυσπραγία, όμως, αυτή στη δημιουργία



νέων φίλων καθώς και η πιθανότητα απώλειας κάποιου μέλους του κοινωνικού δικτύου, κυρίως λόγω θανάτου, ευθύνονται για την ανάπτυξη της μοναξιάς και της θλίψης (Ευκλείδη, 2011). Δυστυχώς, όμως, το αίσθημα της απομόνωσης και της κοινωνικής απόσυρσης οδηγεί στην έκπτωση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων και στην πρόωγη θνησιμότητα. Αυτό οφείλεται στην φυσιολογικά επιδεινούμενη κινητική δυσλειτουργία που δυσκολεύει τον άνθρωπο στις καθημερινές του ενασχολήσεις (Gale et al., 2018).

Αντίστοιχη έρευνα σχετικά με την επίδραση των προαναφερόμενων παραγόντων στα άτομα ηλικίας 60-93 ετών έγινε και στην Ελλάδα (Thomopoulou et al., 2010) όπου διαπιστώθηκε ότι το είδος της οικογενειακής κατάστασης των ατόμων έχει άμεση επίδραση στη μοναξιά και την ποιότητα ζωής τους. Με βάση αυτήν την έρευνα, οι παντρεμένοι έχουν καλύτερο επίπεδο ζωής και το αίσθημα της μοναξιάς είναι περιορισμένο σε σύγκριση με τους διαζευγμένους και τους χήρους. Επιπλέον, διατυπώθηκε το συμπέρασμα ότι τα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν με τα μέλη της οικογένειάς τους έχουν καλύτερη ψυχολογία και προσαρμόζονται ομαλότερα στις νέες συνθήκες ζωής γιατί έχουν την απαιτούμενη κοινωνική υποστήριξη. Αντίθετα, οι χήροι και οι διαζευγμένοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη της μοναξιάς εξαιτίας της απώλειας των διαπροσωπικών τους σχέσεων και της κοινωνικής τους δραστηριότητας. Από όλες, όμως, τις περιπτώσεις, περισσότερο σοβαρή μείωση της ποιότητας στη ζωή του ατόμου προκαλείται με το θάνατο του συντρόφου διότι η χηρεία αναπόφευκτα αποτελεί γενεσιουργό αιτία πολλών αρνητικών συναισθημάτων όπως του άγχους και του φόβου που οδηγούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας σε ψυχολογικές διαταραχές.

Στην ίδια έρευνα μελετήθηκε, επίσης, η επίδραση του φύλου στην ποιότητα της ζωής. Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν έδωσαν τη σημαντική πληροφορία πως αν και οι γυναίκες ζουν κατά 6-8 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες, η μοναξιά που βιώνουν είναι εντονότερη και η ποιότητα της ζωής τους χαμηλή. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του άγχους που διακατέχει τις γυναίκες σχετικά με την υγεία τους αλλά και την οικογένειά τους αλλά και λόγω της χαμηλής τους αυτοεκτίμησης. Ένα άλλο δυσάρεστο συμπέρασμα είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες στην τρίτη ηλικία έρχονται αντιμέτωπες με περισσότερα προβλήματα υγείας σε σχέση τους άνδρες που εμφανίζονται νωρίτερα και οδηγούν σε λειτουργικές αναπηρίες και ανάγκη στήριξης και εξάρτησης από τρίτα άτομα. Σε αυτό το πλαίσιο, η πλειονότητα των γυναικών αδυνατεί να ανταποκριθεί στις συνήθεις υποχρεώσεις του σπιτιού και δυσκολεύεται στην διεκπεραίωση των καθημερινών αναγκών. Επιπλέον, οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες έχουν οικονομική εξάρτηση από τα μέλη της οικογένειάς τους γιατί είτε το εισόδημα τους είναι μικρότερο από των συζύγων τους είτε δεν έχουν καθόλου οικονομικούς πόρους. (Thomopoulou et al., 2010)

2.3.4. Σωματική δραστηριότητα



Η σωματική δραστηριότητα σε τακτική βάση αποτελεί συνήθεια ζωτικής σημασίας για τους ηλικιωμένους γιατί προάγει μια καλής ποιότητας ζωή, τους δίνει τη δυνατότητα να διατηρούν την ανεξαρτησία τους και να συμμετέχουν ενεργά και αδιάλειπτα στις καθημερινές τους ενασχολήσεις. Η συγκεκριμένη δραστηριότητα συμβάλλει στην εδραίωση της καλής υγείας και ως ένα βαθμό δύναται να επιβραδύνει της διαδικασία της φυσικής παρακμής που επέρχεται με τη γήρανση (Jantunen et al., 2017).

Πράγματι, η σωματική άσκηση έχει ευεργετική επίδραση στη μείωση του κινδύνου για πρόωρο θάνατο, στον περιορισμό της εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και στην ελάττωση του ποσοστού της συνολικής θνησιμότητας. Αυτό συμβαίνει γιατί η σωματική άσκηση έχει τη δυνατότητα επιβράδυνσης της λειτουργικής έκπτωσης που εμφανίζεται εξαιτίας της μυϊκής αδυναμίας και του περιορισμού της κινητικότητας που επιφέρει το γήρας. Αντίθετα, η ενασχόληση των ατόμων της τρίτης ηλικίας με προγράμματα τακτικής άσκησης αποτελεί ένα αποτελεσματικό μέσο αποφυγής των λειτουργικών δυσχερειών και ελλειμμάτων που σχετίζονται με τη γήρανση. Δυστυχώς, όμως, οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν την άσκηση εξαιτίας πολλών ανασταλτικών παραγόντων όπως η κόπωση, η δυσκολία μετάβασης στο γυμναστήριο ή στις μονάδες αποκατάστασης, οι δυσμενείς καιρικές συνθήκες που δυσχεραίνουν την άσκηση σε εξωτερικό χώρο και η έλλειψη ενδιαφέροντος (Cacciata et al., 2019).

2.3.5. Περιβάλλον

Το φυσικό περιβάλλον αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ανθρώπινου βίου και η σημασία του στην ποιότητα της ζωής ήταν γνωστή από τα αρχαία χρόνια. Οι άνθρωποι των παλαιότερων ετών εξαιτίας της στενής τους αλληλεπίδρασης με το φυσικό περιβάλλον είχαν εκτιμήσει τη σημαντική του προσφορά και φρόντιζαν ώστε οι παρεμβάσεις τους να βρίσκονται σε αρμονία με τη φύση. Στη σύγχρονη εποχή, όμως, οι συνθήκες έχουν αλλάξει και παρατηρείται μια εκμετάλλευση του εδάφους, του αέρα και των υδάτων με σκοπό την οικονομική ευημερία, ενέργεια που διαταράσσει την οικολογική ισορροπία και επιδρά αρνητικά στην ποιότητα του περιβάλλοντος. Επιπρόσθετα, η χρήση των φυσικών πηγών ως χώρο εναπόθεσης και αποθήκευσης των αποβλήτων τις υποβαθμίζει και τις καθιστά μη αξιοποιήσιμες για την κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου. Επιπλέον, λόγω των αυξανόμενων απαιτήσεων σε ενέργεια για τη συντήρηση του παγκόσμιου πληθυσμού παρατηρείται αφενός εξάντληση των φυσικών πόρων και πηγών τους και αφετέρου παραγωγή μεγάλων ποσοτήτων τοξικών αποβλήτων που το περιβάλλον αδυνατεί να διαχειριστεί. Όλα αυτά, αναπόφευκτα, οδηγούν σε βαθμιαία υποβάθμιση του περιβάλλοντος που προκαλεί αρνητικές και επιζήμιες επιδράσεις στην υγεία των ανθρώπων και στην ποιότητα της ζωής τους ειδικά σε εκείνους που διαμένουν σε αστικές περιοχές. Είναι γνωστό ότι η αστικοποίηση έχει βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων με την προσφορά θέσεων εργασίας και την παροχή ευκαιριών, ωστόσο



λειτουργεί με αντίστροφο τρόπο στους κατοίκους βιομηχανικών ζωνών και σε εκείνους που ανήκουν στις οικονομικά ασθενείς τάξεις που αναγκάζονται να ζουν σε περιβάλλοντα ανθυγιεινά. (Chang et al., 2020)

Από τα κύρια προβλήματα που αφορούν το φυσικό περιβάλλον και δυσχεραίνουν την ποιότητα ζωής όσο και την εύρυθμη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση των αστικών περιοχών που χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση σωματιδίων στον αέρα που προκαλούν αναπνευστικά προβλήματα ή επιδεινώνουν τα ήδη υπάρχοντα σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα είναι οι συνέπειες της κλιματικής αλλαγής όπως οι τεράστιες διακυμάνσεις της θερμοκρασίας στον ίδιο γεωγραφικό τόπο στη διάρκεια του ημερολογιακού έτους και η αυξημένη υγρασία. Η παρουσία των συγκεκριμένων ακραίων καιρικών φαινομένων προκαλεί επιβάρυνση στις καρδιαγγειακές παθήσεις, αυξάνει τον κίνδυνο εμφραγμάτων και τροποποιεί τα πρότυπα εμφάνισης των μεταδοτικών μολυσματικών ασθενειών. Ως ενδεικτικό παράδειγμα αναφέρεται η αλλαγή της θερμοκρασίας που επιδρά στον κύκλο ζωής και την κατανομή των λοιμωδών των νοσημάτων απειλώντας τον πλανήτη με τη συχνή εμφάνιση επιδημιών. (Τούντας, 2009)

Δυστυχώς, στη σύγχρονη εποχή έχει υποτιμηθεί σημαντικά ο ρόλος του φυσικού περιβάλλοντος στην υγεία του ανθρώπου και στην ποιότητα της ζωής του καθώς οι ρυθμοί έχουν περιορίσει τις ευκαιρίες επαφής του πληθυσμού με τη φύση (Τούντας, 2009). Σε αυτό συμβάλλει η σταδιακή μείωση των χώρων πρασίνου που δρα αρνητικά στην ψυχολογική ευεξία των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς η φύση και η δια ζώσης σχέση μαζί της προάγουν την ψυχική υγεία και το αίσθημα ευτυχίας των ανθρώπων (Nejade et al., 2022).

2.3.6. Ψυχική κατάσταση

Στην τρίτη ηλικία είναι απαραίτητο να καλύπτονται ορισμένες βασικές ανάγκες ώστε οι ηλικιωμένοι να είναι σε θέση να βιώνουν το γήρας και τη φυσιολογική πορεία προς το θάνατο με αξιοπρέπεια. Καταρχάς, αποτελεί προτεραιότητα η διατήρηση της σωματικής υγείας και η δυνατότητα να συμμετέχουν σε κοινωνικές δημιουργικές δραστηριότητες, να συναναστρέφονται με τα φιλικά τους πρόσωπα και να διατηρούν την αυτονομία τους. Όλα αυτά μπορούν να ικανοποιήσουν τις τρεις θεμελιώδεις αρχές του κύκλου της ζωής που είναι η διατήρηση της ταυτότητάς τους, η ανάγκη για συνέχεια που ορίζεται ως η ικανότητα ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων και η ανάγκη για αποτελεσματικότητα (Βούλγαρη, 2000). Δυστυχώς, όμως, η επίτευξη των προηγούμενων στόχων είναι σε πολλές περιπτώσεις δύσκολη ή και ουτοπική εξαιτίας της πληθώρας των περιορισμών που βιώνουν οι ηλικιωμένοι στην καθημερινή τους ζωή. Τα οικονομικά προβλήματα, η κοινωνική απόσυρση, η δυσκολία μετακίνησης, το έντονο αίσθημα της μοναξιάς, ο περιορισμένος ρόλος τους και η αβεβαιότητα που νιώθουν για την υγεία τους και το μέλλον ευθύνονται για την εμφάνιση



πληθώρας ψυχολογικών διαταραχών που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους. Επίσης, δεν θα πρέπει να παραληφθεί και ο ρόλος της συνταξιοδότησης στην ψυχολογία του ατόμου. Η απομάκρυνση από τον εργασιακό χώρο και το αντικείμενο επαγγελματικής ενασχόλησης δημιουργεί την λανθασμένη εντύπωση στα άτομα της τρίτης ηλικίας ότι δεν αποτελούν χρήσιμα μέλη του κοινωνικού συνόλου. Βέβαια, η στάση αυτή δεν χαρακτηρίζεται από καθολικότητα διότι η προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου, ο τρόπος που απασχολείται και η ικανότητα προσαρμογής του στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές συνθήκες καθορίζουν το είδος της επίδρασης της συνταξιοδότησης στη μετέπειτα ζωή του ατόμου (Μαρκουλάκη, 2000).

Στη χώρα μας, ειδικότερα, που στο πέρασμα του χρόνου έχουν συντελεστεί πολλές αλλαγές στο πλαίσιο του εκσυγχρονισμού έχουν καταγραφεί πολλά προβλήματα στη ψυχολογία των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα, το φαινόμενο της αστικοποίησης, η εκβιομηχάνιση και το μεταναστευτικό κύμα αποτέλεσαν την αιτία για πολλές κοινωνικές αλλαγές, για μετάλλαξη της δομής της οικογένειας, την αντικατάσταση παλαιών πατροπαράδοτων αξιών και την απόρριψη των ηλικιωμένων ως πηγή εμπειριών και γνώσης. Όλα αυτά δημιουργούν δυσκολία αποδοχής και προσαρμογής στα άτομα της τρίτης ηλικίας που καλούνται να διαχειριστούν την απομόνωση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι στα παρελθόντα έτη τα προβλήματα των ηλικιωμένων ήταν αντικείμενο μέριμνας των οικείων τους προσώπων που τους παρείχαν φροντίδα και σεβασμό. Στη σύγχρονη εποχή, όμως, εξαιτίας των αλλαγών που έχουν συντελεστεί, ο ρόλος των ηλικιωμένων τόσο στο οικογενειακό περιβάλλον όσο και στο κοινωνικό σύνολο έχει υποβαθμιστεί και αυτό τους προκαλεί έντονη απογοήτευση και αίσθημα περιθωριοποίησης (Μαρκουλάκη, 2000).

2.3.7. Διατροφή

Η συντήρηση του ανθρώπινου οργανισμού, η διατήρηση των ανώτερων λειτουργιών του και η εξασφάλιση μιας ποιοτικής ζωής επιτυγχάνεται μεταξύ άλλων με την υιοθέτηση ενός υγιεινού προγράμματος διατροφής. Αποτελεί, ωστόσο, κοινή παραδοχή ότι στη διάρκεια των πρόσφατων σαράντα ετών οι διατροφικές συνήθειες που ακολουθούν οι πολίτες των αναπτυγμένων χωρών δέχονται επιδράσεις από πολλούς παράγοντες όπως το εισόδημα, τον αστικό τρόπο ζωής, τις αλλαγές στις συνήθειες ζωής και εργασίας και τη διαφήμιση. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες τις περισσότερες φορές έχουν αρνητική επίδραση και ευθύνονται για την συχνή εμφάνιση σοβαρών νοσημάτων όπως των νεοπλασιών, του σακχαρώδη διαβήτη, των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και της στεφανιαίας νόσου (Δαρδαβέσης, 2011b).

Στην αντίπερα όχθη, η κατανάλωση κατάλληλων τροφών που εξασφαλίζουν την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών του ανθρώπου ευνοούν την ελάττωση συχνότητας εμφάνισης ασθενειών και την παράταση της χρονικής διάρκειας της ζωής. Κατ' επέκταση, η ισορροπημένη διατροφή και η



εφαρμογή ενός υγιεινού τρόπου ζωής προάγουν την ευεξία, την ποιότητα του ανθρώπινου βίου και την ανεξαρτησία του ατόμου και ιδιαίτερα της τρίτης ηλικίας. Ειδικά η κατανάλωση σε καθημερινή βάση επαρκών ποσοτήτων φρούτων και λαχανικών παρέχουν τις απαιτούμενες βιταμίνες Α, C και Ε που με τις αντιοξειδωτικές τους ιδιότητες επιβραδύνουν τη διαδικασία του γήρατος (Δαρδαβέσης, 2011b).

Η διατροφή των υπερηλίκων, όμως, αποτελεί μια ειδική κατηγορία που επηρεάζεται από δύο είδη παραγόντων: τους κοινωνικοοικονομικούς και τους οργανικούς. Στην ομάδα των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων ανήκει η οικονομική δυσπραγία των ηλικιωμένων που τους στερεί τη δυνατότητα ένταξης στη διατροφή τους ειδών πλούσιων σε θρεπτικά συστατικά, όπως το ψάρι και το κρέας, εξαιτίας της υψηλής αγοραστικής τιμής τους. Επίσης, στην ίδια κατηγορία παραγόντων ανήκει και η μοναχική ζωή των ηλικιωμένων που τους προσθέτει τη δυσκολία προμήθειας των απαραίτητων τροφίμων και τη μεταφορά τους στο σπίτι. Αυτό τους οδηγεί στην απόφαση να μην προετοιμάζουν οι ίδιοι το φαγητό τους αλλά να καταφεύγουν σε εστιατόρια όπου δεν γνωρίζουν την ποιότητα των υλικών που χρησιμοποιούνται με κίνδυνο να προκαλούνται διαταραχές στην υγεία τους (Δαρδαβέσης, 2011b).

Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να επισημανθεί πως η μοναξιά στη διατροφή στερεί από τον ηλικιωμένο την κοινωνική αλληλεπίδραση που θα είχε εάν σιτιζόταν μαζί με άλλους ανθρώπους. Η μοναξιά, επίσης, μειώνει το αίσθημα της ευχαρίστησης και διευκολύνει την ανάπτυξη αδιαφορίας για την εξασφάλιση ποιοτικού και θρεπτικού γεύματος που με τη σειρά του επηρεάζει το επίπεδο της ζωής των ηλικιωμένων (Tani et al., 2015).

Στην επόμενη κατηγορία των οργανικών παραγόντων ανήκουν, μεταξύ άλλων, οι χρόνιες παθήσεις που επηρεάζουν την πρόσληψη της τροφής και αρκετές φορές οδηγούν σε υποσιτισμό. Στη συνέχεια, ένα σύνηθες και κοινό πρόβλημα των ηλικιωμένων είναι οι δυσλειτουργικές οδοντοστοιχίες που παρακωλύουν τη φυσιολογική μάσηση, την ορθή αντίληψη της γεύσης και μειώνουν την διάθεση για φαγητό. Επιπλέον, η παρουσία συγκεκριμένων παθήσεων που απαιτούν ειδικό διαιτολόγιο όπως η ηπατοπάθεια, ο σακχαρώδης διαβήτης και η νεφρική ανεπάρκεια περιορίζουν τις επιλογές των ατόμων της τρίτης ηλικίας που δυσανασχετούν από τις στερήσεις. Τέλος, η λήψη φαρμακευτικών ουσιών για μακρύ χρονικό διάστημα επηρεάζει αρνητικά τόσο την αίσθηση της γεύσης όσο και την όρεξη με τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Δαρδαβέσης, 2011b).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα προηγούμενα, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η αντιμετώπιση της υποθρεψίας και της αθρεψίας που είναι δύο συχνές διατροφικές διαταραχές των ηλικιωμένων που έχουν αρνητική επίδραση στη λειτουργικότητα των οργανικών τους συστημάτων. Ενδεικτικά αναφέρεται η ευπάθεια του ανοσοποιητικού συστήματος στις λοιμώξεις ως απόρροια της



ανεπαρκούς πρόσληψης θρεπτικών ουσιών με την τροφή. Στο γαστρεντερικό σύστημα, εν συνεχεία, οι υπάρχουσες δυσλειτουργίες λόγω γήρατος όπως η ατροφική γαστρίτιδα και η δυσκοιλιότητα αναστέλλουν ή περιορίζουν την πρόσληψη θρεπτικών ουσιών με αποτέλεσμα την εμφάνιση της υποθρεψίας (*Εθνικός Διατροφικός Οδηγός*, n.d.). Το κυκλοφορικό σύστημα, με τη σειρά του, δεν παραμένει αλώβητο. Η υποθρεψία και η αθρεψία ευθύνονται για την μυϊκή αδυναμία του σώματος που σε συνδυασμό με την ανεπαρκή κινητικότητα αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης φλεβοθρομβώσεων και διαταραχών στην καρδιακή λειτουργία των ηλικιωμένων. Η μυϊκή αδυναμία, επίσης, επηρεάζει και το αναπνευστικό σύστημα που εξαιτίας της έκπτωσης στη λειτουργικότητά του εμφανίζει ευπάθεια στις λοιμώξεις. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί και ο αρνητικός ρόλος του υποσιτισμού στη νοητική λειτουργία που οδηγεί στην εκδήλωση κατάθλιψης, στη δυσκολία συγκέντρωσης και στην μη τήρηση των διατροφικών συστάσεων που έχουν δοθεί στα άτομα της τρίτης ηλικίας (Δαρδαβέσης, 2011b).

Στο πλαίσιο, λοιπόν, της διατροφής των ηλικιωμένων ένα σημαντικό κεφάλαιο αποτελεί το ποσό της ημερήσιας θερμιδικής κάλυψής τους. Οι μελέτες των ειδικών σε αυτό το θέμα έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα άτομα άνω των 60 ετών χρειάζονται λιγότερες θερμίδες συγκριτικά με τους νεότερους ενήλικες προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους. Με βάση τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Αρχής για την Ασφάλεια των Τροφίμων (2013) και άλλων οργανισμών, οι άνδρες ηλικίας 60-75 ετών χρειάζονται 2000-2400 θερμίδες την ημέρα ενώ οι γυναίκες καλύπτονται με 1600-1900. Στην περίπτωση που τα άτομα ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 70-75 ετών με χαμηλό επίπεδο δραστηριότητας, το ποσό των θερμίδων περιορίζεται στις 1700-2200 για τους άνδρες και 1500-1800 για τις γυναίκες. Η προαναφερόμενη διαφοροποίηση καθιστά σαφές πως το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας διαδραματίζει τον κύριο ρόλο στην εκτίμηση και υπολογισμό των αναγκαίων ενεργειακών αναγκών σε καθημερινή βάση. Για αυτόν το λόγο όταν απαιτείται η αύξηση της ημερήσιας πρόσληψης του αριθμού των θερμίδων είναι απαραίτητο με βάση τις συστάσεις να αυξηθεί και η σωματική δραστηριότητα του ατόμου (*Εθνικός Διατροφικός Οδηγός*, n.d.).

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση του παράγοντα της διατροφής θα πρέπει να αναφερθεί ότι για τη διατήρηση ενός υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής απαιτείται ένα ιδανικό μοντέλο διατροφής. Στη χώρα μας έχουμε το πλεονέκτημα της μεσογειακής διατροφής που συμβάλλει στην εξασφάλιση μια καλής υγείας με την κατανάλωση παραδοσιακών τροφίμων και ποτών. Ειδικότερα, η καθημερινή λήψη γαλακτοκομικών προϊόντων, φυτικών τροφών και ελαιόλαδου, η χαμηλή κατανάλωση πουλερικών και κρέατος καθώς και η συνετή λήψη αλκοολούχων ποτών ορίζουν τη μεσογειακή διατροφή που έχει πολλές ευεργετικές επιδράσεις στην ανθρώπινη υγεία. Συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης των καρδιαγγειακών παθήσεων, των νεοπλασιών



και του σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης, η κατανάλωση γαλακτομικών και ψαριών συνεισφέρει στην επίτευξη μακροζωίας και αποφυγής της κατάθλιψης (Foscolou et al., 2019).

2.4. Μοναξιά και ποιότητα ζωής

Η μοναξιά είναι ένα «δυσάρεστο και οδυνηρό» συναίσθημα που δεν είναι συνώνυμο με την κοινωνική απομόνωση – οι άνθρωποι μπορεί να αισθάνονται μοναξιά ακόμα και όταν αντικειμενικά δεν είναι μόνοι, αλλά αντιλαμβάνονται τις σχέσεις τους ως ανεπαρκείς (Cacioppo et al., 2010). Ενώ οι άνθρωποι όλων των ηλικιών μπορεί να αισθάνονται μοναξιά, αυξημένα ποσοστά παρατηρούνται στους νεότερους ενήλικες και στους μεγαλύτερους (> 75 ετών) (Yang & Victor, 2011).

Η μοναξιά μπορεί να προκαλέσει ακόμη και πόνο: μία μελέτη (Eisenberger et al., 2003) έδειξε ότι οι περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τον σωματικό πόνο ενεργοποιήθηκαν επίσης όταν οι συμμετέχοντες ένιωθαν κοινωνικά αποκλεισμένοι σε ένα εικονικό παιχνίδι. Έχει υποτεθεί ότι αυτός ο κοινωνικός πόνος μπορεί να έχει αναπτυχθεί ως εξελικτικό πλεονέκτημα για την προστασία των ανθρώπων από την (επικίνδυνη) απομόνωση (Cacioppo et al., 2010).

Έχουν εντοπιστεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου για μοναξιά: χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα, απουσία ρομαντικών ή άλλων σχέσεων, κακή σωματική υγεία και κακή λειτουργικότητα (Hawkley et al., 2008). Όσον αφορά τη μοναξιά σε μεγαλύτερη ηλικία, μια ανασκόπηση 38 μελετών διαπίστωσε ότι οι ίδιοι παράγοντες κινδύνου ισχύουν για αυτήν την ηλικιακή ομάδα, αλλά επιπροσθέτως εντόπισαν παράγοντες κινδύνου όπως το γυναικείο φύλο, τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τα γνωστικά ελλείμματα (Cohen-Mansfield et al., 2016). Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από πόνο είναι πιο πιθανό να βιώσουν μοναξιά (Emerson et al., 2018).

Η μοναξιά με τη σειρά της έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στη συνολική ψυχική και σωματική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης θνησιμότητας και της εμφάνισης άνοιας (Emerson et al., 2018; Hawkley et al., 2008; Rafnsson et al., 2020). Η μοναξιά είναι ένας αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας για την ανάπτυξη και την πρόγνωση της κατάθλιψης και, πέρα από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τις γνωστικές ικανότητες σε ηλικιωμένους (Cacioppo et al., 2010; Van Den Brink et al., 2018).

Μεταξύ της υγείας και της μοναξιάς υπάρχει μια αλληλεπίδραση που χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα. Η υποβάθμιση του επιπέδου της ψυχοσωματικής ευρωστίας εξαιτίας της αδυναμίας να διατηρηθεί ένας σωστός τρόπος ζωής οδηγεί στην εκδήλωση της επιθυμίας για κοινωνική απομόνωση και αίσθημα μοναξιάς (Alpass & Neville, 2003). Η παρουσία, όμως, της μοναχικότητας ως βίωμα αλλά και ως συναίσθημα είναι μια δυσχερής κατάσταση με αρνητικές



επιπτώσεις. Η εμφάνιση της κατάθλιψης και της χαμηλής ικανοποίησης του ατόμου από την προσωπική του ζωή είναι μερικές από όσες έχουν καταγραφεί από τους ερευνητές (Golden et al., 2009). Στη συνέχεια, τα προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της ψυχικής υγείας, οι διαταραχές της αρτηριακής πίεσης και η ελάττωση της σωματικής δραστηριότητας είναι άλλα συνοδά αποτελέσματα της μοναξιάς.

Θα πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί ότι οι ερευνητές έχουν εστιαστεί στη σχέση της μοναξιάς με την κατάθλιψη που είναι δύο καταστάσεις πολύ συχνές στα άτομα της τρίτης ηλικίας με στενή αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Αν και η μοναξιά αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που προκαλούν την εκδήλωση της κατάθλιψης, οι δύο αυτές κλινικές οντότητες θεωρούνται ανεξάρτητες μεταξύ τους (Luanaigh & Lawlor, 2008). Ειδικά, για την κατάθλιψη αναφέρεται ότι αποτελεί συνέπεια της υποβάθμισης της ποιότητας της υγείας και της έκπτωσης της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων ατόμων. Επιπλέον, θεωρείται ως ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα της ψυχικής υγείας του ατόμου και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων.

Σε ό,τι αφορά την μοναξιά, οι ειδικοί επισημαίνουν ότι από τις πλέον δυσμενείς της επιδράσεις είναι η κοινωνική απομόνωση και ο αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας. Σύμφωνα με τις έρευνες, οι κοινωνικές επαφές έχουν σημαντική επίδραση και είναι ζωτικής σημασίας για την ευημερία του ανθρώπου και προάγουν την ποιοτική υγεία. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που είτε από επιλογή είτε από τις συνθήκες της ζωής τους επιλέγουν την κοινωνική απόσυρση, αντιμετωπίζουν συχνότερα τον κίνδυνο για εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων, ευπάθειας σε λοιμώξεις, απώλεια μνήμης και μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας. Οι ερευνητές έχουν εστιάσει στο ζήτημα της θνησιμότητας και προσπαθούν να την προσδιορίσουν με βάση το φύλο, την ηλικία και την υποκειμενική υγεία που αποτελεί το πιο ευαίσθητο και ειδικό εργαλείο αξιολόγησης της γενικής κατάστασης της ανθρώπινης υγείας. Τα αποτελέσματα των ερευνών έχουν αποδείξει ότι όταν ένα άτομο βιώνει έντονη μοναξιά δεν αποτελεί αποκλειστικά συνέπεια του τρόπου και των συνθηκών ζωής και υγείας του αλλά και έναν παράγοντα που μπορεί να επιδεινώσει την πρόγνωση της επιβίωσης (Tilvis et al., 2012).



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Σκοπός Μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ της μοναξιάς και της ψυχικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν σε αστικά κέντρα. Επίσης, να επαληθεύσει τους παράγοντες της μοναξιάς, όπως το βιολογικό φύλο, το μορφωτικό υπόβαθρο, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο καταγωγής, την οικονομική κατάσταση, και την επαφή με τα παιδιά τους.

Πληθυσμός πρόσβασης

Χρήστες Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων της Αθήνας.

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- Ποιο το επίπεδο μοναξιάς ηλικιωμένων που διαβιών σε αστικές περιοχές;
- Ποιο το επίπεδο κατάθλιψης, άγχους και στρες ηλικιωμένων ατόμων που διαβιών σε αστικές περιοχές;
- Το επίπεδο μοναξιάς των ηλικιωμένων σχετίζεται με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες;
- Ποιοι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με το αίσθημα της μοναξιάς;

3.3. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη

Κριτήρια ένταξης

- ✓ Άνδρες και γυναίκες.
- ✓ Ηλικία 65 ετών και άνω.
- ✓ Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- ❖ Ηλικία κάτω των 18 ετών.
- ❖ Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.



- ❖ Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

3.4. Ερευνητική διαδικασία

Πρόκειται για μία μελέτη παρατήρησης, τύπου χρονικής στιγμής (cross-sectional). Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling). Η έρευνα διεξήχθη σε Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων της Αθήνας, τον Ιούνιο του 2024. Πριν την υλοποίησή της διασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες από τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Οι συμμετέχοντες συναίνεσαν, αφού προηγουμένως ενημερώθηκαν πλήρως ότι η διαδικασία είναι ανώνυμη και πως τα προσωπικά τους στοιχεία και οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, και ανά πάσα ώρα και στιγμή μπορούν να αποχωρήσουν. Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από την ερευνήτρια.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς με ερωτήσεις αποκλειστικά κλειστού τύπου, που αποτελείται από τρεις επιμέρους ενότητες:

- Η πρώτη αφορά στα εξής κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά: α) Βιολογικό φύλο (Ανδρας, Γυναίκα), β) Οικογενειακή κατάσταση (Άγαμος/η ή Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α, Έγγαμος/η ή Σε συμβίωση), γ) Οικονομική κατάσταση (Κακή, Μέτρια, Καλή), δ) Τόπος καταγωγής (Χωριό/ Κωμόπολη, Πόλη), ε) Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης (Έως και πρωτοβάθμια εκπαίδευση, Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, Μεταδευτεροβάθμια/ Τριτοβάθμια εκπαίδευση), στ) Αριθμός τέκνων, και ζ) Πόσο συχνά έχετε επαφή με το/τα παιδί/ιά σας (Ποτέ, Σπάνια, Κάποιες φορές τον μήνα, Κάποιες φορές την εβδομάδα, Καθημερινά). Η συγκεκριμένη ενότητα ερωτήσεων δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας και είναι βασισμένη στις προσωπικές ανάγκες για μελέτη και παρατήρηση της ερευνήτριας. Πρόκειται δηλαδή, για μία ομάδα ερωτήσεων που δεν βασίστηκε σε κάποια σταθμισμένη κλίμακα, αλλά περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες θα συσχετιστούν στο στάδιο της στατιστικής ανάλυσης για να διεξαχθούν τα συμπεράσματα ως προς το θέμα της μελέτης.
- Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21). Πρόκειται για ένα σταθμισμένο ερευνητικό εργαλείο, 21 ερωτήσεων, υπολογισμού του επιπέδου άγχους, κατάθλιψης, και στρες. Έχει προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει μεταφραστεί σε αυτή βασισμένη στη διαδικασία της αντίστροφης ανεξάρτητης μετάφρασης (Lyra et al., 2011). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας είναι Cronbach's $\alpha=0,965$. Το ερωτηματολόγιο διαθέτει επίσης καλή εγκυρότητα περιεχομένου καθώς και καλή δομική εγκυρότητα. Οι προτάσεις της κλίμακας είναι τύπου Likert με τέσσερις διαβαθμίσεις (0 έως 3) και αφορά τρεις



- υποκλίμακες: α) κατάθλιψη, β) άγχος, και γ) στρες. Η κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Η συνολική βαθμολογία για κάθε μία από τις υποκλίμακες προκύπτει από το άθροισμα των βαθμών πολλαπλασιαζόμενο επί 2 (από 0 έως και 42). Υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης/ άγχους/ στρες. Οι βαθμολογίες κατάθλιψης κατηγοριοποιούνται ως κανονικές (0-9), ήπιες (10-13), μέτριες (14-20), σοβαρές (21-27) και εξαιρετικά σοβαρές (28 και άνω). Οι βαθμολογίες άγχους ταξινομούνται ως κανονικές (0-7), ήπιες (8-9), μέτριες (10-14), σοβαρές (15-19) και εξαιρετικά σοβαρές (20 και άνω). Οι βαθμολογίες στρες ταξινομούνται ως κανονικές (0-14), ήπιες (15-18), μέτριες (19-25), σοβαρές (26-33), και εξαιρετικά σοβαρές (34 και άνω).
- Κλίμακα μοναξιάς (Scale for Overall Emotional and Social Loneliness, SOESL-11) στην ελληνική έκδοση (Κύρκου et al., 2019). Η μοναξιά είναι δείκτης της κοινωνικής ευημερίας και αφορά το αίσθημα της έλλειψης στενής σχέσης (συναισθηματική μοναξιά) ή έλλειψης ενός ευρύτερου κοινωνικού δικτύου (κοινωνική μοναξιά). Η Κλίμακα OESL-11, αποτελείται από 11 στοιχεία, τα οποία οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν με βάση το βαθμό συναισθηματικής (ερωτήσεις 2, 3, 5, 6, 9 και 10) και κοινωνικής μοναξιάς (ερωτήσεις 1, 4, 7, 8, και 11) που αισθάνονται τη δεδομένη στιγμή που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από τον μέσο όρο των βαθμών. Συγκεκριμένα η βαθμονόμηση τόσο της συνολικής κλίμακας όσο και των δύο υποκλιμάκων (συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά) κυμαίνεται από το 0 (καθόλου μοναξιά) έως το 4 (σοβαρή μοναξιά).

3.5. Στατιστική μεθοδολογία

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 26. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας (p -value) ορίστηκε στο 5%. Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή μέση τιμή και τυπική απόκλιση, ενώ οι διακριτές σε απόλυτη και σχετική συχνότητα.

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας της κλίμακας μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha (α), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0,7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0,5 και 0,6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή α ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.



Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson. Για τη διερεύνηση των παραγόντων που μπορούν να προβλέψουν μία συνεχή μεταβλητή έγινε χρήση της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης.

Εκτός του ελέγχου σημαντικότητας (p -value), για την αξιολόγηση της σπουδαιότητας μίας επίδρασης, θα γίνει χρήση και του μεγέθους επίδρασης (effect size). Το μέγεθος επίδρασης είναι μία αντικειμενική και τυποποιημένη μέτρηση του μεγέθους της παρατηρούμενης επίδρασης. Όσο μεγαλύτερο το μέγεθος της επίδρασης τόσο σημαντικότερη η επίδραση. Το μέγεθος επίδρασης, η πρακτική δηλαδή σημασία του αποτελέσματος, θα υπολογιστεί βάσει των κριτηρίων του Cohen. Σύμφωνα με τον Cohen, σχετικά με τους δείκτες συσχέτισης, το μέγεθος της επίδρασης είναι χαμηλό εάν η τιμή του είναι μικρότερη από 0,3, μέσο εάν κυμαίνεται μεταξύ 0,3-0,5 και μεγάλο εάν είναι μεγαλύτερο από 0,5. Στην περίπτωση του ελέγχου διαφοράς των διακυμάνσεων, το μέγεθος της επίδρασης είναι χαμηλό εάν η τιμή του είναι μικρότερη από 0,01, μέσο εάν κυμαίνεται μεταξύ 0,01-0,14 και μεγάλο εάν είναι μεγαλύτερο από 0,14.



4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 95 άτομα, 46 γυναίκες (48,4 %) και 49 άνδρες (51,6 %), μέσης ηλικίας $73,7 \pm 5,8$ έτη. Τα 50 άτομα (52,6 %) είναι έγγαμα ή σε συμβίωση. Ως προς την οικονομική τους κατάσταση το 26,3 % ανέφερε κακή, το 34,7 % μέτρια, και το 38,9 % καλή. Τα 73 άτομα (76,8 %) κατάγονται από χωριό ή κωμόπολη. Έως και δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχει λάβει το 24,2 %, Δευτεροβάθμια ή Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση το 50,5 %, και Τριτοβάθμια εκπαίδευση το 25,3 %. Το 2,1 %, των συμμετεχόντων, δεν έχει παιδιά, το 9,5 % έχει ένα παιδί, το 44,2 % έχει 2 παιδιά, και το 44,2 % έχει περισσότερα από 2 παιδιά. Το 6,5 % δεν έχει επαφή με τα παιδιά του, το 24,7 % έχει σπάνια επαφή, το 35,5 % έχει επαφή κάποιες φορές τον μήνα, το 26,9 % κάποιες φορές την εβδομάδα, και το 6,5 % έχει επαφή σε καθημερινή βάση.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά δείγματος

		N	N %
Βιολογικό φύλο	Γυναίκα	46	48,4%
	Άνδρας	49	51,6%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η ή Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α	45	47,4%
	Έγγαμος/η ή Σε συμβίωση	50	52,6%
Οικονομική κατάσταση	Κακή	25	26,3%
	Μέτρια	33	34,7%
	Καλή	37	38,9%
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	73	76,8%
	Πόλη	22	23,2%
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης	Έως και πρωτοβάθμια εκπαίδευση	23	24,2%
	Δευτεροβάθμια/ Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	48	50,5%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	24	25,3%
Αριθμός τέκνων	Κανένα	2	2,1%
	1	9	9,5%
	2	42	44,2%
	>2	42	44,2%
Επαφή με παιδιά	Ποτέ	6	6,5%
	Σπάνια	23	24,7%
	Κάποιες φορές τον μήνα	33	35,5%
	Κάποιες φορές την εβδομάδα	25	26,9%
	Καθημερινά	6	6,5%



4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

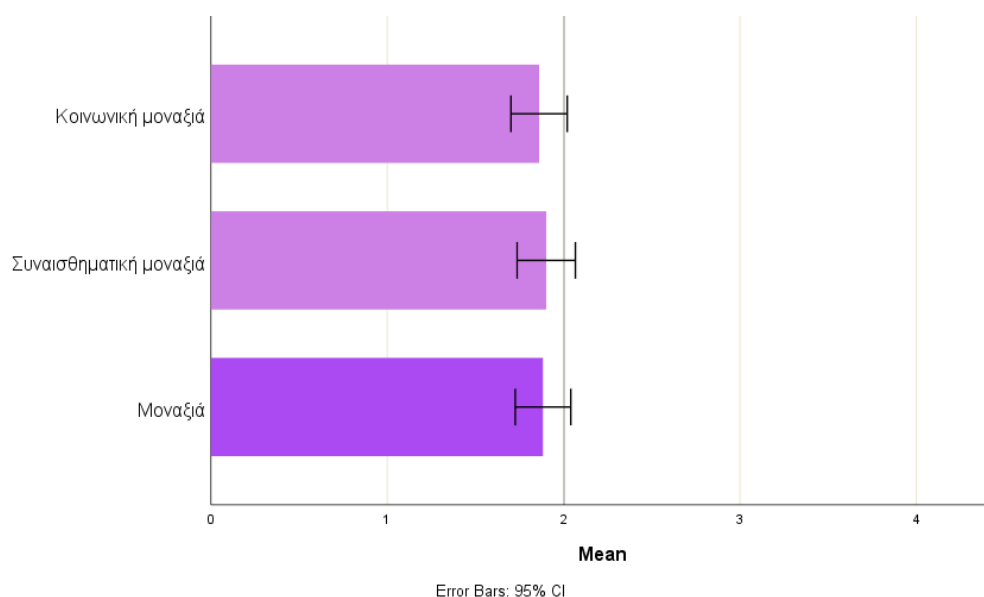
4.2.1. Ποιο το επίπεδο μοναξιάς ηλικιωμένων που διαβιούν σε αστικές περιοχές;

Ο δείκτης Cronbach's alpha, των υποκλιμάκων της συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς, υπολογίστηκε 85,6 % και 80,1 %, αντίστοιχα. Πρόκειται για τιμές που δηλώνουν μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Η μέση συνολική βαθμολογία της μοναξιάς υπολογίστηκε 1,88, της συναισθηματικής μοναξιάς 1,90, και της κοινωνικής μοναξιάς 1,86. Οι συγκεκριμένες τιμές, λόγω του ότι βρίσκονται πλησίον της κεντρικής τιμής που είναι το 2, δείχνουν ένα μέτριο επίπεδο μοναξιάς στα άτομα του δείγματος.

Πίνακας 2. Μέση τιμή (mean) και τυπική απόκλιση (standard deviation) της βαθμολογίας της κλίμακας της μοναξιάς καθώς και των υποκλιμάκων της

	Mean	Standard Deviation
Μοναξιά	1,88	0,77
Συναισθηματική μοναξιά	1,90	0,81
Κοινωνική μοναξιά	1,86	0,78



Γράφημα 1. Γραφική παράσταση της μέσης βαθμολογίας της κλίμακας της μοναξιάς καθώς και των υποκλιμάκων της



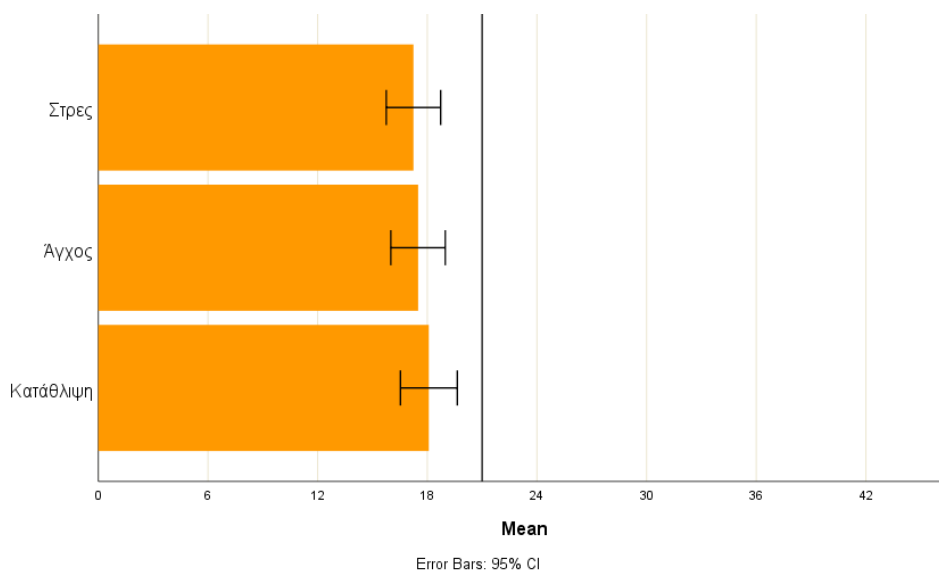
4.2.2. Ποιο το επίπεδο κατάθλιψης, άγχους και στρες ηλικιωμένων ατόμων που διαβιούν σε αστικές περιοχές;

Ο δείκτης Cronbach's alpha, των υποκλιμάκων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, υπολογίστηκε 88,8 %, 88,1 %, και 88,6 %, αντίστοιχα. Πρόκειται για τιμές που δηλώνουν μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Η μέση βαθμολογία της κατάθλιψης υπολογίστηκε 18,1, του άγχους 17,5, και του στρες 17,2. Βάσει αυτών των τιμών το μέσο επίπεδο της κατάθλιψης των συμμετεχόντων χαρακτηρίζεται ως μέτριο, του άγχους σοβαρό, και του στρες μέτριο.

Πίνακας 3. Μέση τιμή (mean) και τυπική απόκλιση (standard deviation) της των υποκλιμάκων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες

	Mean	Standard Deviation
Κατάθλιψη	18,08	7,63
Άγχος	17,49	7,32
Στρες	17,24	7,30



Γράφημα 2. Γραφική παράσταση της μέσης βαθμολογίας των υποκλιμάκων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες



4.2.3. Το επίπεδο μοναξιάς των ηλικιωμένων σχετίζεται με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες;

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 4 συμπεραίνουμε τα εξής:

- Η συνολική κλίμακα της μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης, $r(95) = 0,865$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα μοναξιάς αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,87 > 0,5$).
- Η συνολική κλίμακα της μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα του άγχους, $r(95) = 0,859$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα μοναξιάς αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα άγχους. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,86 > 0,5$).
- Η συνολική κλίμακα της μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα του στρες, $r(95) = 0,879$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα μοναξιάς αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα στρες. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,88 > 0,5$).
- Η υποκλίμακα της συναισθηματικής μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης, $r(95) = 0,838$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,84 > 0,5$).
- Η υποκλίμακα της συναισθηματικής μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα του άγχους, $r(95) = 0,818$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα άγχους. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,82 > 0,5$).
- Η υποκλίμακα της συναισθηματικής μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα του στρες, $r(95) = 0,833$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα στρες. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,83 > 0,5$).
- Η υποκλίμακα της κοινωνικής μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης, $r(95) = 0,833$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,83 > 0,5$).
- Η υποκλίμακα της κοινωνικής μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα του άγχους, $r(95) = 0,846$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς



αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα άγχους. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,85 > 0,5$).

- Η υποκλίμακα της κοινωνικής μοναξιάς συσχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα του στρες, $r(95) = 0,869$, $p < 0,001$. Δηλαδή, υψηλά επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα στρες. Η πρακτική αξία της συσχέτισης είναι μεγάλη ($\text{effect size} = 0,87 > 0,5$).

Πίνακας 4. Έλεγχοι συσχέτισης, κατά ζεύγη, της κλίμακας της μοναξιάς και των υποκλιμάκων της με τις υποκλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες

		Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες
Μοναξιά	Pearson Correlation	0,865**	0,859**	0,879**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	95	95	95
Συναισθηματική μοναξιά	Pearson Correlation	0,838**	0,818**	0,833**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	95	95	95
Κοινωνική μοναξιά	Pearson Correlation	0,833**	0,846**	0,869**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000
	N	95	95	95

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01 (2-tailed).



4.2.4. Ποιοι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με το αίσθημα της μοναξιάς;

Συνολική κλίμακα της μοναξιάς

Κατά την ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης ο συντελεστής προσδιορισμού του μοντέλου (R_{adj}^2) υπολογίστηκε ίσος με 0,423. Δηλαδή, οι ανεξάρτητες μεταβλητές «Επαφή με παιδιά» και «Οικονομική κατάσταση» ερμηνεύουν το 42,3 % της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής «Συνολική κλίμακα της μοναξιάς».

Πίνακας 5. Συντελεστής προσδιορισμού Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης της εξαρτημένης μεταβλητής «Συνολική κλίμακα της μοναξιάς»

Model Summary ^c					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,623 ^a	,388	,382	,58842	
2	,660 ^b	,435	,423	,56852	1,124
a. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά					
b. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά, Οικονομική κατάσταση					
c. Dependent Variable: Μοναξιά					



Εν συνεχεία, ο έλεγχος της ανάλυσης διασποράς ($F_{2,90} = 34,683$, $p < 0,001$) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης που δημιουργήθηκε έχει στατιστικά σημαντική προβλεψιμότητα της εξαρτημένης μεταβλητής «Συνολική κλίμακα της μοναξιάς», από τον βέλτιστο γραμμικό συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών «Επαφή με παιδιά» και «Οικονομική κατάσταση».

Πίνακας 6. Ανάλυση διασποράς (εξαρτημένη μεταβλητή «Συνολική κλίμακα της μοναξιάς»)

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	20,002	1	20,002	57,768	,000 ^b
	Residual	31,508	91	,346		
	Total	51,510	92			
2	Regression	22,420	2	11,210	34,683	,000 ^c
	Residual	29,090	90	,323		
	Total	51,510	92			
a. Dependent Variable: Μοναξιά						
b. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά						
c. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά, Οικονομική κατάσταση						



Από τη μελέτη του τελικού μοντέλου της πολλαπλής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι:

- Οι συμμετέχοντες που έχουν λιγότερες επαφές με τα παιδιά τους, δοθέντος ότι η τιμή της ανεξάρτητης μεταβλητής «Οικονομική κατάσταση» παραμένει σταθερή, καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία της συνολικής κλίμακας της μοναξιάς σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έχουν περισσότερες επαφές ($p < 0,001$). Η πρακτική αξία της επίδρασης είναι μεγάλη (effect size = 0,4).
- Οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε χειρότερη οικονομική κατάσταση, δοθέντος ότι η τιμή της ανεξάρτητης μεταβλητής «Επαφή με παιδιά» παραμένει σταθερή, καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία της συνολικής κλίμακας της μοναξιάς σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση ($p = 0,008$). Η πρακτική αξία της επίδρασης είναι μεγάλη (effect size = 0,2).

Πίνακας 7. Συντελεστές μοντέλου Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (εξαρτημένη μεταβλητή «Συνολική κλίμακα της μοναξιάς»)

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	3,294	,191		17,205	,000	2,914	3,675
	Επαφή με παιδιά	-,457	,060	-,623	-7,601	,000	-,576	-,337
2	(Constant)	3,623	,221		16,426	,000	3,185	4,061
	Επαφή με παιδιά	-,421	,059	-,574	-7,073	,000	-,539	-,303
	Οικονομική κατάσταση	-,205	,075	-,222	-2,735	,008	-,354	-,056
a. Dependent Variable: Μοναξιά								



Υποκλίμακα της συναισθηματικής μοναξιάς

Κατά την ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης ο συντελεστής προσδιορισμού του μοντέλου (R_{adj}^2) υπολογίστηκε ίσος με 0,390. Δηλαδή, οι ανεξάρτητες μεταβλητές «Επαφή με παιδιά» και «Οικονομική κατάσταση» ερμηνεύουν το 39 % της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής «Συναισθηματική μοναξιά».

Πίνακας 8. Συντελεστής προσδιορισμού Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης της εξαρτημένης μεταβλητής «Συναισθηματική μοναξιά»

Model Summary ^c					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,584	,341	,334	,64747	
2	,635	,403	,390	,61958	1,210
a. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά					
b. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά, Οικονομική κατάσταση					
c. Dependent Variable: Συναισθηματική μοναξιά					



Εν συνεχεία, ο έλεγχος της ανάλυσης διασποράς ($F_{2,90} = 30,402$, $p < 0,001$) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης που δημιουργήθηκε έχει στατιστικά σημαντική προβλεψιμότητα της εξαρτημένης μεταβλητής «Συναισθηματική μοναξιά», από τον βέλτιστο γραμμικό συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών «Επαφή με παιδιά» και «Οικονομική κατάσταση».

Πίνακας 9. Ανάλυση διασποράς (εξαρτημένη μεταβλητή «Συναισθηματική μοναξιά»)

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	19,742	1	19,742	47,092	,000
	Residual	38,148	91	,419		
	Total	57,890	92			
2	Regression	23,341	2	11,671	30,402	,000
	Residual	34,549	90	,384		
	Total	57,890	92			
a. Dependent Variable: Συναισθηματική μοναξιά						
b. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά						
c. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά, Οικονομική κατάσταση						



Από τη μελέτη του τελικού μοντέλου της πολλαπλής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι:

- Οι συμμετέχοντες που έχουν λιγότερες επαφές με τα παιδιά τους, δοθέντος ότι η τιμή της ανεξάρτητης μεταβλητής «Οικονομική κατάσταση» παραμένει σταθερή, καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία της συναισθηματικής μοναξιάς σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έχουν περισσότερες επαφές ($p < 0,001$). Η πρακτική αξία της επίδρασης είναι μεγάλη (effect size = 0,4).
- Οι συμμετέχοντες που βρίσκονται σε χειρότερη οικονομική κατάσταση, δοθέντος ότι η τιμή της ανεξάρτητης μεταβλητής «Επαφή με παιδιά» παραμένει σταθερή, καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία της συναισθηματικής μοναξιάς σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση ($p = 0,003$). Η πρακτική αξία της επίδρασης είναι μεγάλη (effect size = 0,3).

Πίνακας 10. Συντελεστές μοντέλου Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (εξαρτημένη μεταβλητή «Συναισθηματική μοναξιά»)

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	3,303	,211		15,674	,000	2,884	3,721
	Επαφή με παιδιά	-,454	,066	-,584	-6,862	,000	-,585	-,322
2	(Constant)	3,703	,240		15,407	,000	3,226	4,181
	Επαφή με παιδιά	-,410	,065	-,528	-6,323	,000	-,539	-,281
	Οικονομική κατάσταση	-,250	,082	-,256	-3,062	,003	-,412	-,088
a. Dependent Variable: Συναισθηματική μοναξιά								



Υποκλίμακα της κοινωνικής μοναξιάς

Κατά την ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης ο συντελεστής προσδιορισμού του μοντέλου (R_{adj}^2) υπολογίστηκε ίσος με 0,402. Δηλαδή, οι ανεξάρτητες μεταβλητές «Επαφή με παιδιά» και «Βιολογικό φύλο» ερμηνεύουν το 40,2 % της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής «Κοινωνική μοναξιά».

Πίνακας 11. Συντελεστής προσδιορισμού Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης της εξαρτημένης μεταβλητής «Κοινωνική μοναξιά»

Model Summary ^c					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,622	,387	,380	,59538	
2	,644	,415	,402	,58498	1,065
a. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά					
b. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά, Βιολογικό φύλο					
c. Dependent Variable: Κοινωνική μοναξιά					



Εν συνεχεία, ο έλεγχος της ανάλυσης διασποράς ($F_{2,90} = 31,866$, $p < 0,001$) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης που δημιουργήθηκε έχει στατιστικά σημαντική προβλεψιμότητα της εξαρτημένης μεταβλητής «Συναισθηματική μοναξιά», από τον βέλτιστο γραμμικό συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών «Επαφή με παιδιά» και «Βιολογικό φύλο».

Πίνακας 12. Ανάλυση διασποράς (εξαρτημένη μεταβλητή «Κοινωνική μοναξιά»)

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	20,350	1	20,350	57,407	,000
	Residual	32,258	91	,354		
	Total	52,607	92			
2	Regression	21,809	2	10,905	31,866	,000
	Residual	30,798	90	,342		
	Total	52,607	92			
a. Dependent Variable: Κοινωνική μοναξιά						
b. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά						
c. Predictors: (Constant), Επαφή με παιδιά, Βιολογικό φύλο						



Από τη μελέτη του τελικού μοντέλου της πολλαπλής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι:

- Οι συμμετέχοντες που έχουν λιγότερες επαφές με τα παιδιά τους, δοθέντος ότι η τιμή της ανεξάρτητης μεταβλητής «Οικονομική κατάσταση» παραμένει σταθερή, καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία της κοινωνικής μοναξιάς σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έχουν περισσότερες επαφές ($p < 0,001$). Η πρακτική αξία της επίδρασης είναι μεγάλη (effect size = 0,5).
- Οι άνδρες του δείγματος, δοθέντος ότι η τιμή της ανεξάρτητης μεταβλητής «Επαφή με παιδιά» παραμένει σταθερή, καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία της κοινωνικής μοναξιάς σε σύγκριση με τις γυναίκες του δείγματος ($p = 0,042$). Η πρακτική αξία της επίδρασης είναι μεγάλη (effect size = 0,3).

Πίνακας 13. Συντελεστές μοντέλου Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (εξαρτημένη μεταβλητή «Κοινωνική μοναξιά»)

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	3,286	,194		16,961	,000	2,901	3,671
	Επαφή με παιδιά	-,461	,061	-,622	-7,577	,000	-,581	-,340
2	(Constant)	3,124	,206		15,177	,000	2,715	3,533
	Επαφή με παιδιά	-,450	,060	-,608	-7,507	,000	-,569	-,331
	Βιολογικό φύλο	,252	,122	,167	2,065	,042	,010	,494
a. Dependent Variable: Κοινωνική μοναξιά								



5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού, με την πρόβλεψη ότι ο αριθμός τους θα αυξηθεί παράλληλα με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε διάφορες περιοχές του κόσμου. Το 2020, ο παγκόσμιος πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω ανήλθε σε 1 δισεκατομμύριο. Αναμένεται ότι αυτός ο αριθμός θα φτάσει τα 1,4 δισεκατομμύρια μέχρι το 2030, γεγονός που θα σημαίνει ότι ένας στους έξι ανθρώπους παγκοσμίως θα ανήκει σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Μέχρι το 2050, οι ηλικιωμένοι 60 ετών και άνω θα έχουν διπλασιαστεί, φτάνοντας τα 2,1 δισεκατομμύρια. Επιπλέον, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω αναμένεται να τριπλασιαστεί από το 2020 έως το 2050, φτάνοντας τα 426 εκατομμύρια (*World Population Prospect 2022: Release Note about Major Differences in Total Population Estimates for Mid, n.d.*).

Το ποσοστό του πληθυσμού που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω ξεπερνά το 20% στις ανεπτυγμένες χώρες και αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτή η αύξηση θα παρατηρηθεί σε όλες τις ηπείρους, με ταχύτερους ρυθμούς στις αναπτυσσόμενες χώρες. Παρά το γεγονός ότι η πανδημία του κορωνοϊού το 2019 ενδέχεται να έχει προκαλέσει κάποιες καθυστερήσεις, οι νεότεροι πληθυσμοί παρουσίασαν λιγότερες σοβαρές επιπτώσεις σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους, γεγονός που υποδηλώνει ότι η γήρανση των νεότερων ομάδων θα διατηρήσει αυτές τις τάσεις και στο μέλλον. (Newman, 2023).

Οι ηλικιωμένοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνία, συμμετέχοντας ενεργά ως μέλη των οικογενειών τους και των κοινοτήτων τους, ενώ πολλοί από αυτούς είναι εθελοντές ή απασχολούνται επαγγελματικά. Αν και η πλειονότητα απολαμβάνει καλή υγεία, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός που διατρέχει κίνδυνο να αναπτύξει ψυχικές παθήσεις, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, αρκετοί μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως μειωμένη κινητικότητα, χρόνιο πόνο, αδυναμία, άνοια ή άλλες ιατρικές καταστάσεις, οι οποίες απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα. Με την πάροδο του χρόνου, οι πιθανότητες εμφάνισης πολλαπλών καταστάσεων υγείας αυξάνονται (Teo et al., 2023).

Σε προχωρημένες ηλικίες, η ψυχική υγεία επηρεάζεται όχι μόνο από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και από τις σωρευτικές συνέπειες των προηγούμενων εμπειριών και των συγκεκριμένων παραγόντων άγχους που σχετίζονται με τη διαδικασία της γήρανσης. Η έκθεση σε δυσκολίες, η σημαντική απώλεια της φυσικής ικανότητας και η μείωση της λειτουργικότητας μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχολογική δυσφορία. Οι ηλικιωμένοι είναι πιο επιρρεπείς σε ανεπιθύμητα γεγονότα, όπως το πένθος ή η μείωση του εισοδήματος, καθώς και σε μια μειωμένη αίσθηση σκοπού που μπορεί να προκύψει με τη συνταξιοδότηση. Παρά τις πολλές συνεισφορές τους



στην κοινωνία, πολλοί ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν τον ηλικιακό διαχωρισμό, ο οποίος μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία (Teo et al., 2023).

Περίπου το 14% των ενηλίκων άνω των 60 ετών βιώνουν ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τις Παγκόσμιες Εκτιμήσεις Υγείας (GHE) του 2019, αυτές οι διαταραχές αντιπροσωπεύουν το 10,6% της συνολικής αναπηρίας (σε έτη ζωής προσαρμοσμένα στην αναπηρία, DALY) στους ηλικιωμένους. Οι πιο συχνές ψυχικές καταστάσεις που παρατηρούνται σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Το GHE 2019 υποδεικνύει ότι παγκοσμίως, σχεδόν το ένα τέταρτο των θανάτων από αυτοκτονίες (27,2%) αφορά άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω (VizHub - GBD Results, n.d.).

Οι ψυχικές παθήσεις στους ηλικιωμένους συχνά δεν αναγνωρίζονται επαρκώς και δεν λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία, ενώ το στίγμα που σχετίζεται με αυτές τις καταστάσεις μπορεί να αποτρέπει τους ανθρώπους από το να ζητήσουν βοήθεια. Η ψυχική υγεία αναγνωρίζεται ως κρίσιμος δείκτης της γενικής υγείας των ηλικιωμένων και είναι καθοριστική για μια επιτυχημένη διαδικασία γήρανσης. Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση, ως υποκειμενικές και αντικειμενικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από την έλλειψη κοινωνικών σχέσεων, έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για αρκετές δεκαετίες (Zhang et al., 2023). Προγενέστερες έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική απομόνωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους στους ηλικιωμένους (Δαρδαβέσης, 2011b). Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τα πιο διαδεδομένα συναισθηματικά ζητήματα που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος πληθυσμός. Αυτές οι καταστάσεις όχι μόνο έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και στην ποιότητα ζωής τους, αλλά επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο αναπηρίας και αυτοκτονίας, επιφέροντας παράλληλα σημαντική οικονομική επιβάρυνση στην κοινωνία (Blazer, 2003).

Η μοναξιά μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα επώδυνο συναίσθημα που προκύπτει από την αίσθηση ότι οι κοινωνικές ανάγκες ενός ατόμου δεν ικανοποιούνται επαρκώς, είτε λόγω της ποσότητας είτε κυρίως της ποιότητας των κοινωνικών του σχέσεων. Ως εκ τούτου, η μοναξιά συνιστά μια ψυχική και εσωτερική κατάσταση, διακριτή από τη σωματική απομόνωση. Η μοναξιά έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει αρνητικά το άγχος, το ανοσοποιητικό σύστημα και την καρδιαγγειακή υγείας (Tilvis et al., 2012).

Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ της μοναξιάς και της ψυχικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν σε αστικά κέντρα. Επίσης, να επαληθεύσει τους παράγοντες της μοναξιάς, όπως το βιολογικό φύλο, το μορφωτικό υπόβαθρο, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο καταγωγής, την οικονομική κατάσταση, και την επαφή με τα παιδιά τους.



Το μελετώμενο δείγμα αποτελείται από 95 άτομα, με σχεδόν ισόποση κατανομή βάσει βιολογικού φύλου. Επίσης, περίπου τα μισά άτομα του δείγματος είναι έγγαμα ή σε συμβίωση και τα άλλα μισά άγαμα ή διαζευγμένα ή σε κατάσταση χηρείας. Ως προς την οικονομική τους κατάσταση ένα στους τέσσερις ανέφερε κακή, περίπου ένας στους τρεις 34,7 % μέτρια, και δύο στους πέντε καλή. Τα τρία τέταρτα των συμμετεχόντων κατάγονται από χωριό ή κωμόπολη και το ένα τέταρτο από πόλη. Έως και δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν λάβει το ένας στους τέσσερις, Δευτεροβάθμια ή Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση ένας στους δύο, και Τριτοβάθμια εκπαίδευση ένας στους τέσσερις. Το 2,1 %, των συμμετεχόντων, δεν έχει παιδιά, το 9,5 % έχει ένα παιδί, και το 88,4 % έχει 2 παιδιά και άνω. Περίπου ένας στους δέκα δεν έχει καθόλου επαφή με τα παιδιά του, το ένα τέταρτο έχει σπάνια επαφή, το ένα τρίτο έχει επαφή κάποιες φορές τον μήνα, το ένα τέταρτο κάποιες φορές την εβδομάδα, και περίπου ένας στους δέκα έχει επαφή σε καθημερινή βάση.

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε, στα άτομα του δείγματος, μέτριο επίπεδο μοναξιάς, μέτριο επίπεδο κατάθλιψης, σοβαρό επίπεδο άγχους, και μέτριο επίπεδο στρες. Επίσης, βρέθηκε ότι η υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς, τόσο συνολικά όσο και η συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά, σχετίζονται με μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης, άγχους, και στρες.

Οι συμμετέχοντες που έχουν λιγότερες επαφές με τα παιδιά τους καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία της συνολικής κλίμακας της μοναξιάς, της συναισθηματικής μοναξιάς, και της κοινωνικής μοναξιάς σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που έχουν περισσότερες επαφές. ο εύρημά μας επιβεβαιώνεται από τους Krieger et al., οι οποίοι σε μελέτη τους διαπίστωσαν ότι κατά την τρίτη ηλικία, τα άτομα παρατηρούν τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα τους, στην υγεία τους, στις αντοχές και τις δυνάμεις τους, καθώς και στην ταχύτητα των νοητικών τους ικανοτήτων (Krieger et al., 2013)κ. Η απώλεια συντρόφου ή/και αγαπημένων προσώπων τους οδηγεί σε έντονα συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Ως αποτέλεσμα, πολλοί από αυτούς καταλήγουν να βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Ardebil et al., 2013).

Οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται σε χειρότερη οικονομική κατάσταση καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία της συνολικής κλίμακας της μοναξιάς και της συναισθηματικής μοναξιάς σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση. Το εύρημά μας επιβεβαιώνεται επίσης από τους Kearney et al, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η ανεπαρκής οικονομική κατάσταση και η κοινωνική απομόνωση οδηγούν σε αίσθημα αποξένωσης από το περιβάλλον. Αυτοί οι παράγοντες τους κάνουν να μην δίνουν σημασία σε τίποτα και να μην αντιλαμβάνονται θετικές προοπτικές στη ζωή τους. (Kearney et al., 2013). Επικεντρώνονται στην πολυπλοκότητα της μοναξιάς, με αποτέλεσμα να πλήττεται τόσο η κοινωνική όσο και η ψυχική τους υγεία.



Οι άνδρες του δείγματος παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κοινωνική μοναξιά σε σύγκριση με τις γυναίκες. Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, οι άνδρες φαίνεται να είναι πιο απομονωμένοι από τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με τη διαφορά αυτή να είναι ιδιαίτερα έντονη στους άνδρες που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ και σε εκείνους με προβληματικό ιστορικό σχέσεων. Είναι αξιοσημείωτο ότι τα επίπεδα κοινωνικής απομόνωσης αυξάνονται σταθερά από την εφηβεία μέχρι την ενήλικη ζωή, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (Umberson et al., 2022).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη υποδεικνύουν ότι η ψυχοπαθολογία συνδέεται άμεσα με την εκδήλωση της μοναξιάς. Ως εκ τούτου, είναι κρίσιμο να προλαμβάνεται αυτό το αρνητικό συναίσθημα προτού επιδεινώσει την κατάσταση των ηλικιωμένων. Για τους ηλικιωμένους, η κοινωνική σύνδεση κατέχει κρίσιμη σημασία στην ελάφρυνση παραγόντων κινδύνου όπως η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά. Σε αυτή τη φάση της ζωής, οι σημαντικές κοινωνικές δραστηριότητες μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στη βελτίωση της ψυχικής υγείας, της ικανοποίησης από τη ζωή και της συνολικής ποιότητας ζωής. Επιπλέον, έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Παραδείγματα παρεμβάσεων περιλαμβάνουν προγράμματα φιλίας, ομάδες υποστήριξης και κοινότητας, εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, δημιουργικές ομάδες τέχνης, υπηρεσίες αναψυχής και εκπαίδευσης, καθώς και προγράμματα εθελοντισμού (Teo et al., 2023).

Η προστασία των ηλικιωμένων από την κακοποίηση και την ηλικία είναι εξαιρετικά σημαντική. Οι κύριες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη θέσπιση πολιτικών και νόμων που καταπολεμούν τις διακρίσεις, εκπαιδευτικές δράσεις και πρωτοβουλίες που προάγουν τη διαγενεακή αλληλεπίδραση. Ποικιλία παρεμβάσεων για τους φροντιστές – όπως η φροντίδα ανάπαυλας, η παροχή συμβουλών, η εκπαίδευση, η οικονομική στήριξη και οι ψυχολογικές υποστηρίξεις – μπορούν να ενισχύσουν τους φροντιστές ώστε να διατηρήσουν μια υγιή και θετική σχέση φροντίδας, αποφεύγοντας έτσι την κακοποίηση των ηλικιωμένων (Teo et al., 2023).

Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση σε ζητήματα ψυχικής υγείας, καθώς και σε σχετικές νευρολογικές και καταστάσεις χρήσης ουσιών, είναι κρίσιμη για τους ηλικιωμένους ενήλικες. Η προσέγγιση αυτή θα πρέπει να συμμορφώνεται με τα πρότυπα ολοκληρωμένης φροντίδας για τους ηλικιωμένους, εστιάζοντας στην κοινότητα και στην μακροχρόνια υποστήριξη ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές και απώλεια λειτουργικότητας. Επιπλέον, είναι σημαντική η εκπαίδευση και η υποστήριξη των φροντιστών. Συνήθως προτείνεται η εφαρμογή ενός συνδυασμού παρεμβάσεων ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με άλλες μορφές υποστήριξης που αφορούν την υγεία, την προσωπική φροντίδα και τις κοινωνικές ανάγκες των ατόμων (Teo et al., 2023).



Η παρούσα μελέτη, παρά τη σημασία της, ενδέχεται να έχει ορισμένους περιορισμούς που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε μελλοντικές έρευνες. Ο κυριότερος περιορισμός είναι ότι τα αποτελέσματα προήλθαν αποκλειστικά από τη χρήση ερωτηματολογίων και ποσοτικών μεθόδων, ενώ η εφαρμογή ποιοτικών μεθόδων θα μπορούσε να προσφέρει περισσότερες λεπτομέρειες και πιο ουσιαστικές πληροφορίες. Επιπλέον, θα πρέπει να τονιστεί ότι το μέγεθος του δείγματος και η φύση του, ως δείγμα ευκολίας και όχι τυχαίας επιλογής, περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Ageing: Population Division. (n.d.). Retrieved July 8, 2024, from <https://www.un.org/development/desa/pd/content/ageing-1>
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7(3), 212–216. <https://doi.org/10.1080/1360786031000101193>
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82. <https://doi.org/10.1093/GERONT/GNT118>
- Ardebil, M. D., Bouzari, Z., Shenass, M. H., & Keighobadi. (2013). Depression and health related quality of life in breast cancer patients. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(1), 69–71.
- Balaj, M., Henson, C. A., Aronsson, A., Aravkin, A., Beck, K., Degail, C., Donadello, L., Eikemo, K., Friedman, J., Giouleka, A., Gradeci, I., Hay, S. I., Jensen, M. R., McLaughlin, S. A., Mullany, E. C., O'connell, E. M., Sripada, K., Stonkute, D., Sorensen, R. J. D., ... Gakidou, E. (2024). Effects of education on adult mortality: a global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 9(3), e155–e165. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00306-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00306-7)
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249–265. <https://doi.org/10.1093/GERONA/58.3.M249>
- Cacciata, M., Stromberg, A., Lee, J. A., Sorkin, D., Lombardo, D., Clancy, S., Nyamathi, A., & Evangelista, L. S. (2019). Effect of exergaming on health-related quality of life in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 30. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2019.01.010>
- 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), 453–463. <https://doi.org/10.1037/A0017216>
- Chang, K. K. P., Wong, F. K. Y., Chan, K. L., Wong, F., Ho, H. C., Wong, M. S., Ho, Y. S., Yuen, J. W. M., Siu, J. Y. M., & Yang, L. (2020). The Impact of the Environment on the Quality of



- Life and the Mediating Effects of Sleep and Stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–17. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17228529>
- Charter of Fundamental Rights of the European Union*. (n.d.). Retrieved July 8, 2024, from <https://www.refworld.org/legal/agreements/eu/2012/en/13901>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Daphne III Funding Programme - European Commission*. (n.d.). Retrieved July 8, 2024, from https://ec.europa.eu/justice/grants1/programmes-2007-2013/daphne/index_en.htm
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. *Science (New York, N.Y.)*, 302(5643), 290–292. <https://doi.org/10.1126/SCIENCE.1089134>
- Emerson, K., Boggero, I., Ostir, G., & Jayawardhana, J. (2018). Pain as a Risk Factor for Loneliness Among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 30(9), 1450–1461. <https://doi.org/10.1177/0898264317721348>
- EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union - European Commission*. (n.d.). Retrieved July 8, 2024, from https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en
- EUR-Lex - 52010IP0209 - EN - EUR-Lex*. (n.d.). Retrieved July 8, 2024, from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX:52010IP0209>
- Foscolou, A., Koloverou, E., Matalas, A. L., Tyrovolas, S., Chrysohoou, C., Sidossis, L., Rallidis, L., & Panagiotakos, D. B. (2019). Decomposition of Mediterranean Dietary Pattern on Successful Aging, Among Older Adults: A Combined Analysis of Two Epidemiological Studies. *Journal of Aging and Health*, 31(9), 1549–1567. <https://doi.org/10.1177/0898264318780608>
- 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 and Ageing*, 47(3), 392–397. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFX188>



- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), 694–700. <https://doi.org/10.1002/gps.2181>
- Hawkey, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), S375. <https://doi.org/10.1093/GERONB/63.6.S375>
- Hayflick, L. (1998). How and why we age. *Experimental Gerontology*, 33(7–8), 639–653. [https://doi.org/10.1016/S0531-5565\(98\)00023-0](https://doi.org/10.1016/S0531-5565(98)00023-0)
- Jantunen, H., Wasenius, N., Salonen, M. K., Perälä, M. M., Osmond, C., Kautiainen, H., Simonen, M., Pohjolainen, P., Kajantie, E., Rantanen, T., Von Bonsdorff, M. B., & Eriksson, J. G. (2017). Objectively measured physical activity and physical performance in old age. *Age and Ageing*, 46(2), 232–237. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFW194>
- Kastenbaun, R. (1982). *Η Τρίτη Ηλικία* (Ψυχογιός (Ed.)).
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., Simpson, T. L., & Study. (2013). Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 4(26), 426.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Heterogeneity in its manifestations. Geriatric vulnerability can manifest with various forms and characteristics. *Behavior Therapy*, 44(3), 501–513.
- Luanaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/GPS.2054>
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26(S2), 1731–1731. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73435-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73435-6)
- National Academies of Sciences, E. and M. D. of B. and S. S. and E. C. on N. S. C. on P. C. on R. M. M. R. and S. D., Becker, T., Majmundar, M. K., & Harris, K. M. (2021). The Relationship



- Between Economic Factors and Mortality. *High and Rising Mortality Rates Among Working-Age Adults*, 1–570. <https://doi.org/10.17226/25976>
- Nejade, R. M., Grace, D., & Bowman, L. R. (2022). What is the impact of nature on human health? A scoping review of the literature. *Journal of Global Health*, 12, 04099. <https://doi.org/10.7189/JOGH.12.04099>
- Newman, A. B. (2023). The Epidemiology and Societal Impact of Aging-Related Functional Limitations: A Looming Public Health Crisis. The journals of gerontology. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 78(Suppl 1), 4–7. <https://doi.org/10.1093/gerona/glad021>
- Olsson, M., Björkelund, A. J., Sandberg, J., Blomberg, A., Börjesson, M., Currow, D., Malinovski, A., Sköld, M., Wollmer, P., Torén, K., Östgren, C. J., Engström, G., & Ekström, M. (2023). Factors important for health-related quality of life in men and women: The population based SCAPIS study. *PLOS ONE*, 18(11). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0294030>
- Park, D. C., & Festini, S. B. (2017). Theories of Memory and Aging: A Look at the Past and a Glimpse of the Future. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(1), 82. <https://doi.org/10.1093/GERONB/GBW066>
- Post, M. W. M. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 167–180. <https://doi.org/10.1310/SCI2003-167>
- Rafnsson, S. B., Orrell, M., D’Orsi, E., Hogervorst, E., & Steptoe, A. (2020). Loneliness, Social Integration, and Incident Dementia Over 6 Years: Prospective Findings From the English Longitudinal Study of Ageing. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(1), 114–124. <https://doi.org/10.1093/GERONB/GBX087>
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F., D’Errico, A., Barros, H., Bochud, M., Chadeau-Hyam, M., Clavel-Chapelon, F., Costa, G., Delpierre, C., Fraga, S., Goldberg, M., Giles, G. G., Krogh, V., Kelly-Irving, M., ... Tumino, R. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *The Lancet*, 389(10075), 1229–1237. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)



- Tani, Y., Sasaki, Y., Haseda, M., Kondo, K., & Kondo, N. (2015). Eating alone and depression in older men and women by cohabitation status: The JAGES longitudinal survey. *Age and Ageing*, 44(6), 1019. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFV145>
- Teo, R. H., Cheng, W. H., Cheng, L. J., Lau, Y., & Lau, S. T. (2023). Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 107, 104904. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2022.104904>
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Journal Biology of Exercise*, 6(2), 13–28. <https://doi.org/10.4127/jbe.2010.0037>
- Tilvis, R. S., Routasalo, P., Karppinen, H., Strandberg, T. E., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2012). 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(1), 18–22. <https://doi.org/10.1016/J.EURGER.2011.08.004>
- Umberson, D., Lin, Z., & Cha, H. (2022). Gender and Social Isolation across the Life Course. *Journal of Health and Social Behavior*, 63(3), 319. <https://doi.org/10.1177/00221465221109634>
- Van Den Brink, R. H. S., Schutter, N., Hanssen, D. J. C., Elzinga, B. M., Rabeling-Keus, I. M., Stek, M. L., Comijs, H. C., Penninx, B. W. J. H., & 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. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 266–277. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000014>
- Van Leeuwen, K. M., Van Loon, M. S., Van Nes, F. A., Bosmans, J. E., De Vet, H. C. W., Ket, J. C. F., Widdershoven, G. A. M., & Ostelo, R. W. J. G. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS ONE*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0213263>
- VizHub - GBD Results. (n.d.). Retrieved October 17, 2024, from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- WHO's work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030). (n.d.). Retrieved July 8, 2024, from <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>



World Population Prospect 2022: release note about major differences in total population estimates for mid. (n.d.).

Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31(8), 1368–1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>

Zajacova, A., & Lawrence, E. M. (2018). The relationship between education and health: reducing disparities through a contextual approach. *Annual Review of Public Health*, 39, 273. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-PUBLHEALTH-031816-044628>

Zhang, Y., Kuang, J., Xin, Z., Fang, J., Song, R., Yang, Y., Song, P., Wang, Y., & Wang, J. (2023). Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110, 104980. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2023.104980>

Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2021 - ELSTAT. (n.d.). Retrieved July 8, 2024, from <https://www.statistics.gr/2021-census-pop-hous>

Βούλγαρη, Α. (2000). *Ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων που ζουν σε ίδρυμα* (BHTA (Ed.)).

Γκόνος, Σ. (1998). *Γήρανση και μακροβιότητα: ο ρόλος των γενετικών παραγόντων και του περιβάλλοντος* (Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ed.)).

Δαρδαβέσης, Θ. (2011a). *Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας στο Θέματα Γηριατρικής και γεροντολογίας* (Πεδίο).

Δαρδαβέσης, Θ. (2011b). *Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας στο Θέματα Γηριατρικής και γεροντολογίας* (Πεδίο (Ed.)).

Εθνικός Διατροφικός Οδηγός. (n.d.). Retrieved July 9, 2024, from <http://www.diatrofikoiodigoi.gr/?page=diatrofikoi-odigoi-elders>

ΕΛΣΤΑΤ. (2021). *Η Ελλάδα με Αριθμούς*. <https://www.statistics.gr/greece-in-figures#tab-2020>

Ενκλείδη, Α. (2011). *Γήρας και Υγεία στο Θέματα Γηριατρικής και γεροντολογίας* (Πεδίο (Ed.)).

Κεντρική Σελίδα ΕΛΣΤΑΤ - ELSTAT. (n.d.). Retrieved December 8, 2019, from <https://www.statistics.gr/>



- Κοτζαμάνης, Β. (2021). *Δημογραφικές εξελίξεις και προκλήσεις* (ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ (Ed.)).
- Κύρκου, Α., Κοτρώτσιου, Ε., Γκούβα, Μ., & Μάλλη, Φ. (2019). *Διερεύνηση της μοναξιάς που βιώνουν οι ηλικιωμένοι*. <https://doi.org/10.26253/HEAL.UTH.7713>
- Μαρκουλάκη, Ε. (2000). *Κοινωνικοί παράγοντες και Τρίτη ηλικία* (ΒΗΤΑ (Ed.)).
- Μόσιαλος, Η. (2020). *Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα και Πολιτικές* (Ε. Εκδόσεις (Ed.)).
- Τούντας, Γ. (2009). *Κοινωνία και Υγεία* (Οδυσσέας (Ed.)).



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Βιολογικό φύλο

- ☐ Γυναίκα
☐ Άνδρας

Οικογενειακή κατάσταση

- ☐ Άγαμος/η ή Διαζευγμένος/η ή Χήρος/α
☐ Έγγαμος/η ή Σε συμβίωση

Εργασιακή κατάσταση

- ☐ Πλήρης απασχόληση
☐ Μερική απασχόληση/ Ανεργία/ Σύνταξη/ Οικιακά

Οικονομική κατάσταση

- ☐ Κακή
☐ Μέτρια
☐ Καλή

Τόπος καταγωγής

- ☐ Χωριό/ Κωμόπολη
☐ Πόλη

Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης

- ☐ Έως και πρωτοβάθμια εκπαίδευση
☐ Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
☐ Μεταδευτεροβάθμια/ Τριτοβάθμια εκπαίδευση

Πόσα παιδιά έχετε; _____

Εάν έχετε παιδιά, πόσο συχνά έχετε επαφή μαζί τους;

- ☐ Ποτέ
☐ Σπάνια
☐ Μέχρι κάποιες φορές τον μήνα
☐ Μέχρι κάποιες φορές την εβδομάδα
☐ Καθημερινά



Κλίμακα μοναξιάς (Scale for Overall Emotional and Social Loneliness, SOESL-11)

Παρακαλούμε, σημειώστε στις παρακάτω δηλώσεις το βαθμό που ισχύουν για σας, αυτή την περίοδο της ζωής σας.

ΔΗΛΩΣΗ	Δεν ισχύει καθόλου	Νομίζω δεν ισχύει	Δεν ξέρω	Ισχύει ικανοποιητικά	Ισχύει απόλυτα
Υπάρχει πάντα κάποιος με τον οποίο μπορώ να μιλήσω για τα καθημερινά μου προβλήματα.					
Μου λείπει να έχω έναν πραγματικά πολύ στενό φίλο.					
Νοιώθω μέσα μου ένα κενό.					
Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που μπορώ να στηρίζομαι όταν έχω προβλήματα.					
Μου λείπει η χαρά της παρέας των άλλων.					
Θεωρώ ότι ο κύκλος φίλων και γνωστών μου είναι πολύ περιορισμένος.					
Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που μπορώ να εμπιστευτώ πλήρως.					
Υπάρχουν αρκετά άτομα που νιώθω κοντά τους.					
Μου λείπει να έχω ανθρώπους γύρω μου.					
Συχνά αισθάνομαι ότι απορρίφθηκα.					
Μπορώ να καλέσω τους φίλους μου όποτε τους χρειάζομαι.					



Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21)

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

ΔΗΛΩΣΗ	Δεν ίσχυσε καθόλου	Ίσχυσε σε έναν μικρό βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα	Ίσχυσε σε έναν ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα	Ίσχυσε πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές
Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου.				
Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό.				
Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα.				
Δυσκολευόμουν να πάρω ανάσα (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, «κόψιμο» της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)				
Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα.				
Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζα.				
Αισθάνθηκα να τρέμω (πχ. στα χέρια).				
Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα.				
Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητη/ος στους άλλους.				
Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον.				
Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενόχληση.				



Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω.				
Ένιωθα μελαγχολία και απογοήτευση.				
Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα.				
Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό.				
Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό.				
Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο.				
Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστη/ος.				
Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία).				
Ένιωσα φόβο χωρίς να υπάρχει λόγος.				
Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα.				





Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.