



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο Ρόλος του Φόβου για την Καρδιακή Λειτουργία των
Ηλικιωμένων Ατόμων στην Ποιότητα Ζωής τους στα
Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας".»**

Κωνσταντίνα Παππά

Επισκέπτρια Υγείας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα, Αν. Καθ. Ψυχολογίας – ΤΕΙ Ηπείρου
Χρυσή Χατζόγλου, Αν. Καθ. Φυσιολογίας – Παν/μιο Θεσσαλίας
Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθ. Νοσηλευτικής – ΤΕΙ Λάρισας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μέλος τριμελούς Επιτροπής
Μέλος τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2015



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**“Elderly Person’s Connection of Cardiac Anxiety and Fear with
Quality of Life in the context Primary Health Care”**

Copyright © Κωνσταντίνα Παππά, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία αφορά στη διερεύνηση του φόβου της καρδιακής λειτουργίας των ηλικιωμένων στην ποιότητα ζωής τους και τη συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αυτό.

Στα πλαίσια, τόσο της ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας όσο και των μεταπτυχιακών σπουδών μου θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και την ευχαρίστηση προς τους Καθηγητές μου, για όλες τις γνώσεις που μου προσέφεραν. Επίσης ευχαριστώ θερμά στην οικογένειά μου για την ηθική και οικονομική στήριξη που μου παρείχε όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να τονίσω τη συμβολή της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής της διπλωματικής μου εργασίας για όλη την καθοδήγηση αλλά και για τις εύστοχες παρατηρήσεις τους και την ενθάρρυνση που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Γκούβα για την κατανόηση και σημαντική βοήθεια που μου προσέφερε για να πραγματοποιήσω την εν λόγω μελέτη και έρευνα.

Αυτή η εργασία αφιερώνεται...

Στην οικογένειά μου

χωρίς την οποία τίποτε δεν θα ήταν δυνατό....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
Περίληψη	8
Summary in English.....	10
Εισαγωγή	13
Ψυχική Υγεία και Τρίτη Ηλικία	16
Ο Φόβος της Καρδιακής Λειτουργίας στην Τρίτη Ηλικία	20
Φόβος του άγχους των σωματικών αισθήσεων της καρδιακής λειτουργίας	21
Η Ρόλος του Φόβου στην Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων	23
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	26
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	27
Υλικό και Μέθοδος	27
Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	28
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - SF- 36.....	28
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire	29
Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	30
Στατιστική επεξεργασία	30
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης.....	32
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	32
4. Περιγραφή των ερωτώμενων.....	32
4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων	33
5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	37
5.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν.....	37
5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών Υπερήλικων και Γυναικών Υπερήλικων	39
5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Υπερήλικων που έχουν εγγόνια και των Υπερήλικων που δεν έχουν εγγόνια	40

Διαφοροποιήσεις μεταξύ Υπερήλικων ως προς το αν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές	42
5.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του πόσο καλή υγεία πιστεύουν ότι είχαν στη ζωή τους οι υπερήλικες	44
Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών μεταξύ του πόσο καλή υγεία πιστεύουν ότι είχαν στη ζωή τους οι υπερήλικες	44
5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του τόπου διαμονής	46
Πίνακας 11: Διαφοροποιήσεις μεταξύ του Τόπου Διαμονής	46
6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις	47
6.1. Συσχετίσεις της ποιότητας ζωής και του φόβου της καρδιακής λειτουργίας ..	47
7. Συζήτηση	49
Οριοθετήσεις	49
Το προφίλ των ηλικιωμένων	49
Σωματική και Ψυχική Υγεία των Ηλικιωμένων	51
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)	52
Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων	53
8. Συμπεράσματα - Προτάσεις	55
Βιβλιογραφία	57

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα γηρατεία είναι ένα στάδιο της φυσιολογικής πορείας του ατόμου και έχει υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη λειτουργικής ικανότητας και η γενικότερη σωματική υγεία του ηλικιωμένου ατόμου δεν είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ύπαρξη καλής ποιότητας ζωής, διότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τις ατομικές προσδοκίες και την ικανότητα προσαρμογής.

Τα γεγονότα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου είναι καθοριστικοί παράγοντες για τη σωματική και ψυχική υγεία των υπερηλικων και κυρίως τα στρεσογόνα γεγονότα (Cohen et al, 1985). Τα γεγονότα της ζωής είναι εμπειρίες που έχουν θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο αλλά και επιρροή στην υγεία και την ποιότητα της ζωής των υπερηλικων. Αυτά τα άτομα πιθανώς έχουν βιώσει έναν μεγάλο αριθμό θετικών αλλά και αρνητικών εμπειριών κατά τη διάρκεια της ζωής τους, όπως έκπτωση της υγείας τους, τον θάνατο αγαπημένων τους ατόμων και οικονομικά προβλήματα. Γι' αυτό το λόγο τα γεγονότα που έχουν βιώσει έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην τωρινή σωματική και ψυχική τους υγεία και στην ποιότητα της ζωής τους (Preston & Mansfield, 1984).

Η σχέση ανάμεσα σε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ηλικιωμένων, όπως το άγχος για την καρδιακή λειτουργία δεν έχει ερευνηθεί μέχρι στιγμής τόσο σε Ελλαδικό επίπεδο όσο και σε διεθνές. Η σχετική απουσία, λοιπόν, ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό και διεθνή χώρο, τα οποία να αφορούν το άγχος για την καρδιακή λειτουργία στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, καθώς και ο τρόπος διασύνδεσης τους έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό και την εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Ως εκ τούτου ο σκοπός της παρούσας έρευνας, ήταν η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη σωματοποίηση του άγχους με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Η αύξηση του γηραιότερου πληθυσμού έχει αρνητικές συνέπειες για τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, καθώς τα κράτη δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένα έτσι ώστε να παρέχουν κατάλληλες υπηρεσίες που να μπορούν να αντιμετωπίσουν τα επακόλουθα προβλήματα.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης του φόβου για την καρδιακή λειτουργία και της ποιότητας ζωής των υπερηλικών και η επίδρασή τους στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση της γενικής υγείας των υπερηλικών με το άγχος τους για την καρδιακή λειτουργία αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2015 έως τον Σεπτέμβριο του 2015. Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 197 Έλληνες υπερηλικές. Από τους 197 ηλικιωμένους οι 103 (ποσοστό 52,3%) ήταν άνδρες και οι 94 (ποσοστό 47,7%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $74,3 \pm 1,5$, με εύρος 66-93 ετών. Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν $74,7 \pm 7,4$ με εύρος 66-93 ετών και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν $73,4 \pm 7,7$, με εύρος 68-88 ετών, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,238$), συγκρινόμενοι με το T-test.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) το Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey- SF-36) β) η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire- CAQ) και γ) ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ηλικιωμένων.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόσθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι: Οι υπερηλικές που δεν έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους υπερηλικές που έχουν εγγόνια στις κλίμακες Γενική υγεία (GH) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36), Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36), Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36). Οι υπερηλικές που δεν έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους υπερηλικές που έχουν εγγόνια στις κλίμακες Total CAQ, Fear – CAQ, Avoidance – CAQ και Heart Focused Attention – CAQ. Ο φόβος για την καρδιακή λειτουργία συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής των υπερηλικών και πιο συγκεκριμένα με τη σωματική λειτουργικότητα (PF), τον

σωματικό ρόλο (RP), την Ψυχική υγεία (MH), τον συναισθηματικό ρόλο (RE), τον κοινωνικό ρόλο (SF), την κλίμακα φυσικής υγείας (SF_PCS) και την κλίμακα ψυχικής υγείας (SF_PCS). Ο τόπος διαμονής των υπερηλικών επιδρά στη Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) ($p = 0,001$), στο Φόβο για τις δραστηριότητες της καρδιακής λειτουργίας (Fear - CAQ) ($p = 0,000$), στην Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention - CAQ) ($p = 0,002$), στη Γενική υγεία (GH) ($p = 0,025$) και στη Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) ($p = 0,028$). Όσοι υπερήλικες κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες, Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36), Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36), Συναισθηματικός Ρόλος (RE) (SF- 36), Ψυχική υγεία (MH) (SF- 36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36), Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36) και Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36). Όσοι υπερήλικες κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες Σύνολο κλιμάκων μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (Total CAQ), Fear (CAQ), Avoidance (CAQ) και Heart Focused Attention (CAQ).

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τα υπερήλικα άτομα να αισθάνονται καλύτερη ποιότητα ζωής.

Introduction: The increase in the older population has negative consequences for the elderly and their families, as states are not properly prepared so as to provide appropriate services to cater for the ensuing problems. A series of studies have shown an association between symptoms of psychological distress and quality of life..

Objectives: To quantify the link between cardiac anxiety functioning (commonly referred to as cardiophobia), and quality of life in older persons.

Aim: To test the hypothesis whether these symptoms of distress are mediated on older person's quality of life.

Methods: A cross-sectional design was performed. A sample of 197 older persons (103 men – 94 women, mean age 74.3 years, SD = 1.5 ranged 66–93) participated to the present study. The questionnaire included: a) question for the recording of social-demographic characteristics, b) The SF-36 Health Survey, c) The Cardiac Anxiety Questionnaire. Both SPSS for Windows 20.0 and STATA 10 were used for statistical analysis..

Results: Age was differ significantly among the two sexes ($t = -2789$, $p = .006$). Linear regression models found that for psychical health cardiac anxiety were fully mediate on levels of quality of life in older persons after controlling for age, gender and other socio-demographic variables. The elders who do not have grandchildren show statistically higher mean than their elders who have grandchildren in General health scales (GH) (SF- 36), The elders who do not have grandchildren show statistically lower average price than their elders who have grandchildren scales Total CAQ, Fear – CAQ, Avoidance – CAQ **and** Heart Focused Attention – CAQ. Fear of cardiac function associated with quality of life of the older persons. The place of residence of the elderly affects the total score on the anxiety on the heart function.

Conclusion: Quality of life is associated with cardiophobia in the case of geriatric. Therefore health care providers should consider the close linear association between psychological distress and quality of life in their continuing care of older persons.

Key Words: Older Persons, Psychological Distress, Cardiac Anxiety Questionnaire
Quality of Life, Health, Psychology, Primary Care Health.

Η ομάδα των ατόμων τρίτης ηλικίας, έχει να αντιμετωπίσει τη συνύπαρξη βιολογικών παθήσεων και ιδιαίτερων ψυχολογικών ζητημάτων. Από την πλευρά της νοσηρότητας στους ηλικιωμένους, επισημαίνεται ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από πολλά προβλήματα υγείας, χρειάζονται περισσότερο χρόνο νοσηλείας και παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές στις λειτουργικές τους δραστηριότητες (Δαρδαβέσης, 1988). Μερικά από τα πιο βασικά ψυχολογικά προβλήματα που αφορούν στα άτομα αυτά, είναι η απομόνωση και ο μαρασμός, καθώς και άλλα που προκύπτουν από τη νομική, οικονομική, ψυχολογική, ιατρική και ηθική κακομεταχείριση τους στη σύγχρονη κοινωνία (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1980). Η συνύπαρξη αυτών των δυσκολιών, ψυχολογικής και βιολογικής φύσης, που συναντάται στα άτομα της τρίτης ηλικίας, πιστοποιεί την πολυπλοκότητα των αναγκών τους και τη σημαντικότητα ερευνών γύρω από θέματα σχετικά με αυτή την ηλικιακή ομάδα και την ποιότητα της ζωής τους.

Στο επίπεδο της φροντίδας κοινότητας η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή μεταξύ ηλικιωμένων είναι η πιο συχνή και κυμαίνεται μεταξύ το 1,9% και 7,3% (Beekman, et al, 1998). Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι αυτή που οδηγεί τα ηλικιωμένα άτομα να αναζητήσουν βοήθεια (Tolin, et al, 2005). Μεταξύ των ηλικιωμένων που πάσχουν από κάποιου είδους αναπηρία ή κάποιο χρόνιο νόσημα, τα συμπτώματα άγχους εντοπίζονται στο 40% των ηλικιωμένων από τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Kunik, et al, 2005; Brenes, et al, 2005).

Σε μια έρευνα που αφορούσε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ψυχοκοινωνικής ευημερίας και της γνωστικής απόδοσης σε ομάδες ηλικιωμένων ατόμων που διέμεναν στην κοινότητα και σε διάφορα είδη διαμονής όπου τους προσφερόταν βοήθεια, διαπιστώθηκε ότι ο ατομικός έλεγχος, η αισιοδοξία και η γενικότερη ευτυχία είχαν θετική επίδραση στην γενικά καλή γνωστική λειτουργικότητα. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρέαζαν και τις δύο ομάδες, τα άτομα που διέμεναν στην κοινότητα παρουσίαζαν θετικότερα αποτελέσματα σε σχέση με τα άτομα που έμεναν σε ιδρύματα, ίσως διότι η διαμονή σε οικείο και υποστηρικτικό περιβάλλον βοηθά στην γενικότερα καλή ψυχική υγεία (Wincur, et al, 2007).

Οι ιατρικές παρεμβάσεις από μόνες τους δεν μπορούν να αλλάξουν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα στην περίπτωση των υπερηλίκων των ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών. Συνεπώς, θα πρέπει να υπάρχει μια ολοκληρωμένη

προσέγγιση, η οποία θα καλύπτει την παροχή θεραπείας και περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την προαγωγή της ψυχικής υγείας του εν λόγω πληθυσμού. Μια τέτοιου είδους προσέγγιση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει όλους τους φορείς των οποίων οι αποφάσεις έχουν αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του πληθυσμού (WHO, 2001).

Ωστόσο υπάρχει μια αντικειμενική δυσκολία στην ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων διότι πολλοί ηλικιωμένοι αρνούνται να παραδεχθούν ότι έχουν ψυχολογικά συμπτώματα και διότι όταν οι επαγγελματίες ασχολούνται με τις νόσους από τις οποίες πάσχουν τα ηλικιωμένα άτομα, δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα κάποιας ψυχικής διαταραχής (Wetherell, et al, 2005).

Υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα που υποδηλώνουν την δυνητική αξία των φαρμακευτικών και συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων για την θεραπεία των αγχωδών διαταραχών μεταξύ των υπερηλικών. Ο αντίκτυπος των ψυχολογικών προσεγγίσεων που θα επιτρέπουν να δοθεί προσοχή στις ψυχολογικές ανάγκες αυτών των ατόμων είναι σημαντικός καθώς υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι έτσι μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των υπερηλικών. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η κοινοτική υποστήριξη είναι οι κατάλληλοι πάροχοι αυτής της φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία που αντιμετωπίζει ο υπερηλικός πληθυσμός όσον αφορά στις μετακινήσεις του (Wetherell, et al, 2005).

Σε μια έρευνα για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων διαπιστώθηκε ότι η άσκηση, οι τακτικές επισκέψεις των επαγγελματιών υγείας στα σπίτια των ηλικιωμένων καθώς και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (Windle, et al, 2008).

Μια ακόμη μελέτη που αφορούσε στην ευημερία των φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων με άνοια στην κοινότητα με παρεμβάσεις όπως εκπαίδευση, ψυχοθεραπεία και βοήθεια μέσω του διαδικτύου, διαπιστώθηκε ότι η ψυχοθεραπεία του φροντιστή καθυστέρησε τον εγκλεισμό σε ίδρυμα του ηλικιωμένου ατόμου και ότι οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης που συμπεριελάμβαναν εκπαίδευση σε ικανότητες αντιμετώπισης σε συνδυασμό με παροχή πληροφοριών για την άνοια, ήταν περισσότερο αποτελεσματικές από αυτές που απλά παρείχαν γενική εκπαίδευση (Peacock & Forbes, 2003).

Η παροχή φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους που συμπεριλαμβάνει τόσο την οικογένειά του όσο και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δίνει τη δυνατότητα ενίσχυσης της διεξαγωγής των καθημερινών δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων και συνήθως η παροχή φροντίδας αφορά στην συμβουλευτική. Ωστόσο για να γίνει αυτό θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται πολλοί επαγγελματίες

υγείας από διάφορους τομείς έτσι ώστε να παρέχεται μια ολιστική φροντίδα σε αυτόν τον πληθυσμό (Lewis, 2007). Τα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα αποτελούν μια πολύ ευάλωτη ομάδα και χρήζουν ειδικής στήριξης.

Ψυχική Υγεία και Τρίτη Ηλικία

Η ψυχική υγεία είναι μια δυναμική κατάσταση αλληλοεπιδράσεων και μπορεί να καθοριστεί από ποικίλους παράγοντες οι οποίοι μπορούν είτε να αυξήσουν είτε να απειλήσουν την ευημερία ενός ατόμου. Αυτοί οι παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν την ψυχική υγεία αφορούν στη συμπεριφορά και στην κουλτούρα ζωής του ατόμου, όπως οι ικανότητες αντιμετώπισης και οι διαπροσωπικές του σχέσεις, αλλά και κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, η κοινωνική θέση, η σωματική υγεία, ο τόπος διαμονής καθώς και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η θέση τους στην κοινότητα (WHO, 2004).

Όταν οι άνθρωποι έχουν μια καλή ψυχική υγεία τότε μπορούν δυνητικά να εκμεταλλευτούν τις δυνατότητες και ικανότητές τους στο έπακρο και να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές της ζωής καθώς και τα σοβαρά γεγονότα που μπορεί να εμφανιστούν και να έχουν καλή ποιότητα ζωής (WHO, 2004).

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στα ηλικιωμένα άτομα αφορά στη δημιουργία ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να ενδυναμώσουν και να προάγουν τη βέλτιστη υγεία και ανάπτυξη. Η επίτευξη της καλής ψυχικής υγείας προάγει και την ποιότητα της ζωής του ατόμου (Jane-Llopis, et al, 2007).

Η σχέση μεταξύ της επικράτησης ψυχικών διαταραχών και αντίξωων οικονομικών συνθηκών έχει τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες που υποστηρίζουν ότι το χαμηλό εισόδημα καθώς και η συνταξιοδότηση έχουν θετική επίδραση στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, επιδεινώνοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων (Beekman, et al, 1999; Fryers, et al, 2005). Το χαμηλό εισόδημα παίζει έναν πολύ καθοριστικό ρόλο για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων καθώς παρεμποδίζει την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και σαφώς υπονομεύει τις σωστές συνθήκες διαβίωσής τους (WHO, 2004).

Το γεγονός ότι δεν νοείται γενική υγεία χωρίς την ύπαρξη καλής ψυχικής και πνευματικής υγείας είναι ευρέως αποδεκτό. Όταν δεν υπάρχει καλή ψυχική υγεία και εκδηλώνεται μια ψυχική διαταραχή, η ποιότητα της ζωής των ατόμων που έχουν κλονισμένη ψυχική υγεία μπορεί να μειωθεί δραματικά και μπορεί να επιδεινωθούν υπάρχοντα προβλήματα σωματικής υγείας (Wittchen & Jacobi, 2005).

Οι αντιλήψεις του περιβάλλοντος του ατόμου απέναντι στην γήρανση παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική υγεία των υπερηλίκων. Υπάρχει η συχνή αντίληψη

ότι τα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα είναι ευερέθιστα, μη συνεργάσιμα και ο περίγυρός τους τα πλησιάζει με ήδη αρνητικά συναισθήματα (Hagestad & Uhlenberg, 2005). Αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται από τα ίδια τα συναισθήματα των υπερηλικών που θεωρούν τους εαυτούς τους ως άχρηστους αλλά και εμπόδιο για την οικογένειά τους συμβάλλοντας έτσι στην εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών (Ahto, et al, 1997).

Στα πιο ηλικιωμένα άτομα το άγχος έχει συσχετισθεί με την σωματική αναπηρία (Brenes, et al, 2005; Lenze, et al, 2001), την μειωμένη ποιότητα ζωής, αλλά και την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Stanley, et al, 2001). Το άγχος και η κατάθλιψη μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών κυρίως έχει συσχετισθεί με αυξημένη θνησιμότητα (Kawachi, et al, 1994). Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν μόνα τους είχαν υψηλότερα ποσοστά οικονομικών δυσκολιών, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Chou & Chi, 2001). Πολλά ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν με την οικογένεια τους αισθάνονται ότι έχουν χάσει την αξιοπρέπειά τους, την ανεξαρτησία τους και αισθάνονται ότι έχουν παραμεληθεί ή αγνοηθεί από την οικογένειά τους (Nalini, 2000). Τα άτομα που διαμένουν σε γηροκομείο διαπιστώνεται ότι έχουν μια αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους και χαμηλή αυτοεκτίμηση σε σχέση με αυτούς που διαμένουν με την οικογένειά τους (Antonelli, et al, 2002).

Υπάρχουν πολλοί συγγραφείς που υποστηρίζουν ότι οι υπερήλικες μοιράζονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως χαμηλά ποσοστά νευρωτισμού και υψηλά ποσοστά εξωστρέφειας, ικανότητας και εμπιστοσύνης (Martin, et al, 2006).

Η υποκειμενική εκτίμηση της υγείας μπορεί να έχει περισσότερες αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία από ότι η αντικειμενική κατάσταση της υγείας (Sullivan, 1997). Έχει βρεθεί ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα υγείας που συσχετίζονται με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό εισόδημα, τις φτωχές πρακτικές υγείας αλλά και την αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας και την χαμηλή αυτάρκεια (Gondo & Roen, 2007). Σε μια έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι υπερήλικες που αισθάνονταν υγιείς και αυτάρκεις, είχαν λιγότερα προβλήματα υγείας και καλύτερες πρακτικές. Το προφίλ υγείας των ατόμων άνω των 85 ετών διαπιστώθηκε ότι ήταν σε καλύτερη κατάσταση από τους νεότερους ηλικιωμένους αφού το 79% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η υγεία τους είτε είχε μείνει η ίδια σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, είτε είχε βελτιωθεί (Hogan, et al, 1999).

Οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία συχνά θέτουν σε κίνδυνο την ικανότητα να λειτουργήσει ένα άτομο σε αντίξοες συνθήκες. Μια τεχνική αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία είναι και η θρησκεία, και έχει διαπιστωθεί ότι αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης προβλημάτων συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά συνολικής ποιότητας ζωής, καθώς

οι ασθενείς θεωρούν ότι μέσω της θεικής παρέμβασης έχουν καλύτερη υγεία σε σύγκριση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της θρησκείας (Campbell, et al, 2010).

Έχει διαπιστωθεί ότι η ενασχόληση με θρησκευτικές δραστηριότητες έχει θετική επίδραση στην κατάθλιψη μεταξύ ηλικιωμένων (Patil, et al, 2000). Ωστόσο, έχουν υπάρξει μελέτες που δεν έχουν βρει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της στρατηγικής της θρησκείας και της ποιότητας της ζωής ή των θετικών εκβάσεων στην υγεία των ατόμων (Park, et al, 2008). Ωστόσο, η στρατηγική αυτή διαπιστώνεται ότι συνδέεται με συμπεριφορές όπως η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και χαμηλότερων επιπέδων ανικανότητας (Karademas, 2010).

Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ των υπερηλίκων, η κοινωνική υποστήριξη, όταν αυτή υπάρχει, δρα προστατευτικά έναντι της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ακόμη και όταν αυτά τα άτομα εκτίθενται σε αρνητικές καταστάσεις και διαπιστώνεται επίσης ότι η κοινωνική υποστήριξη παρέχει προστασία έναντι της σοβαρής κατάθλιψης (Dalgard, et al, 1995). Ωστόσο διαπιστώνεται ότι λόγω της απώλειας των κοντινών δεσμών τους αλλά και την αυξημένη εξάρτησή τους οι υπερήλικες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην μοναξιά (Jeune, 2002). Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με την οικογένειά τους είχαν καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που διέμεναν σε γηροκομεία. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι αναφορικά με την σωματική και συναισθηματική τους λειτουργία τα άτομα στα γηροκομεία παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά (Heydari, et al, 2012). Διαπιστώνεται ότι ο τόπος διαμονής συσχετίζεται με την καλή ή την κακή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Οι ψυχιατρικές διαταραχές εκτιμάται ότι είναι υψηλότερες κατά 50% στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε γηροκομεία σε σχέση με τον υπόλοιπο ηλικιωμένο πληθυσμό (Black, et al, 1997; Rabins, et al, 1996).

Ένα από τα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι και ο κοινωνικός στιγματισμός που σχετίζεται με την ψυχική νόσο. Αυτό από μόνο του οδηγεί τους ηλικιωμένους να είναι απρόθυμοι στο να αναζητήσουν βοήθεια διότι ανησυχούν για την γνώμη των συγγενών τους και των φίλων τους σε μια προσπάθεια να αποφύγουν το δυσμενές κοινωνικό σχόλιο, την πιθανότητα να τους αποφεύγουν και να τους θέσουν στο περιθώριο (Rabins, et al, 1996).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορεί να διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ των διαφόρων ομάδων ηλικιωμένων. Τα άτομα άνω των 85 που διαπιστώνεται ότι είναι περισσότερο εξωστρεφή είναι λιγότερο πιθανό να αισθανθούν μοναξιά από τα άτομα που χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια (Long, et al, 2000). Σε μια έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία βρέθηκε ότι η

προσωπικότητα των υπερηλίκων χαρακτηριζόταν από ήπιο βαθμό ενθουσιασμού, ανεβασμένα αλλά ασταθή διάθεση, εκνευρισμό αλλά και υπερδραστηριότητα, ωστόσο όμως δεν χαρακτηριζόταν από εμμονές και ανησυχία. Επίσης είχαν υψηλά ποσοστά στην διαπροσωπική ευαισθησία, την ηθική καχυποψία και την αίσθηση του δίκαιου. Έτσι οι υπερήλικες στην Σουηδία χαρακτηρίστηκαν ως άτομα ευαίσθητα, λογικά, ασφαλή συναισθηματικά, σταθερά, αξιόπιστα, ώριμα και ευσυνείδητα (Samuelsson, et al, 1997).

Έχει διαπιστωθεί από μερικές μελέτες ότι το αίσθημα της ντροπής είναι ένας διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ της αυτοκριτικής και της κατάθλιψης, παίζοντας έναν έμμεσο ρόλο στην τελική εμφάνιση της κατάθλιψης. Επίσης τα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλή αυτοκριτική αισθάνονται αδύναμα και ανίκανα να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές τους αλλαγές (Ashby, et al, 2006; Whelton & Greenberg, 2005).

Τα ηλικιωμένα άτομα διαπιστώνεται ότι έχουν την τάση να πλησιάζουν περισσότερο προς τη θρησκεία λόγω του ότι νιώθουν ότι αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης των προβλημάτων τους παρέχει ένα είδους κοινωνικής υποστήριξης μέσω της προσωπικής επαφής που έχουν στις θρησκευτικές συναθροίσεις. Έτσι δημιουργούν φιλίες οι οποίες είναι ένας παράγοντας που συμβάλει στην μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή που νιώθουν τα ηλικιωμένα άτομα (Montross, et al, 2006).

Ο Φόβος της Καρδιακής Λειτουργίας στην Τρίτη Ηλικία

Ο φόβος αποτελεί ένα από τα πιο βασικά ανθρώπινα συναισθήματα, που η λειτουργία του συνίσταται, κατά κύριο λόγο, στην προφύλαξη/ επιβίωση του οργανισμού από τα απειλητικά ερεθίσματα (Jones, 2005, Armfield, 2006, Hamm, 2005). Εκτός, από αυτή τη λειτουργική διάσταση του φόβου, φόβος φαίνεται να διαμεσολαβεί σε πλείστες άλλες καταστάσεις και πέρα της προστασίας. Οι φόβοι μπορεί να είναι πολύ προσωπικοί -όπως φόβος της αρρώστιας, φόβος της ανεργίας, φόβος του καρκίνου, φόβος της ανικανότητας, φόβος της μοναξιάς, φόβος του θανάτου. Οι φόβοι μπορεί να είναι κοινωνικοί όπως φόβος της παγκόσμιας αύξησης της θερμοκρασίας λόγω του φαινομένου του θερμοκηπίου, της καταστροφής του περιβάλλοντος, της τρομοκρατίας, ή του πολέμου (Kelsall, 2007).

Στο πλαίσιο της υγείας, ο φόβος, φαίνεται, να διαμεσολαβεί σε όλα τα επίπεδα. Ο φόβος κάνει τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται τον κόσμο ως απειλητικό και να βρίσκονται συνεχώς σε μια κατάσταση επαγρύπνησης για τις αρνητικές εκβάσεις της υγείας. Αυτού του είδους, οι φόβο-εξαρτώμενες αξιολογήσεις των υπηρεσιών υγείας, παράγουν και τα ανάλογα αποτελέσματα στην αντίληψη, την κρίση και στη λήψη απόφασης πάνω στα θέματα υγείας (Campos, et all., 2004). Πολλοί προσωπικοί και κοινωνικοί φόβοι έχουν τις ρίζες τους σε ένα διάχυτο συναίσθημα ανησυχίας σε σχέση με την υγεία. Μερικοί από αυτούς τους φόβους φαίνονται ασήμαντοι, όμως μπορούν να έχουν πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο. Παραδείγματος χάριν, πολλές γυναίκες φοβούνται την ταλαιπωρία της εξέτασης κατά Παπανικολάου (PAP-Test) (Kelsall, 2007). Έρευνες δείχνουν ότι ο σχετικός φόβος γύρω από την υγεία συνδέεται, επίσης, με τη συχνή χρησιμοποίηση πηγών τηλε-πληροφορίας (online information sources) (Eastin & Guinsler, 2006).

Ένα μεγάλο σώμα ερευνητικών μελετών είναι πεπεισμένο για την εμπλοκή του φόβου στις καρδιακές παθήσεις, καταδεικνύοντας τα ως αιτιακό παράγοντα τις βιολογικές απαντήσεις του άγχους στον ανθρώπινο οργανισμό (Kubzansky et all., 2006). Σύμφωνα με τον Cox, η σχετική ένταση του άγχους ενός ατόμου που αφορά ένα αντικείμενο φόβου μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας ατομικής διαφοροποίησης, με την έννοια ότι αυξημένα επίπεδα άγχους πρωταρχικά παράγονται, όταν πυροδοτούνται από συγκεκριμένα φοβικά ερεθίσματα, τα οποία είναι παρόμοια και πιο κοντά στους δικούς τους φόβους. Υπάρχουν μάλιστα

ισχυρές ενδείξεις, για παράδειγμα, ότι η ειδικότητα του άγχους που σχετίζεται με αντικείμενα/καταστάσεις φόβου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό της συχνότητας και της έντασης του άγχους που εκλύεται κατά τη διάρκεια βιολογικών προκλήσεων (Cox, 1996). Ο Rainville και οι συνεργάτες του, σε μια πρόσφατη μελέτη, έδειξαν μάλιστα, ότι ο φόβος μπορεί να συνδεθεί και με αυξημένο ποσοστό καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας που απεικονίζεται μέσω των ποικίλων συνδυασμών των συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών αλλαγών (Rainville et, all.,2006).

Αντιλαμβανόμαστε ότι ο φόβος της καρδιακής λειτουργίας συνδέεται με την υγεία και την ποιότητα ζωής ποικιλοτρόπως. Μια άλλη σχέση του φόβου συναντάμε σε περιπτώσεις όπου ασθενείς, μετά το πέρας της θεραπείας περνούν μια μακρά περίοδο φόβου και αγωνίας, νιώθουν απροστάτευτοι, επειδή ελλοχεύει ο κίνδυνος της επανεμφάνισης της αρρώστιας. Αυτός ο φόβος είναι κατανοητός και δικαιολογήσιμος λαμβάνοντας υπόψη τον επίμονο κίνδυνο της επανάληψης για ορισμένες ασθένειες όπως ο καρκίνος (Harbeck & Haidinger, 2007). Μια πρόσφατη ανάλυση κατέδειξε τον αυξανόμενο κίνδυνο επανάληψης της ασθένειας κατά τη διάρκεια του χρόνου που οι ασθενείς αντιμετωπίζονταν με ψευδοφάρμακο (placebo), μετά τη διακοπή της θεραπείας τους. Όπως ήταν αναμενόμενο, επομένως, οι ασθενείς μπορούν να είναι πρόθυμοι να λάβουν μια μακροπρόθεσμη θεραπεία, για να αποτρέψουν την επανάληψη υπό τον όρο ότι τα οφέλη ξεπερνούν τους κινδύνους σε βάρος τους και η ποιότητα ζωής τους διατηρείται (Harbeck & Haidinger, 2007).

Ο φόβος και η αγωνία, κατά συνέπεια, είναι άλλη μια σημαντική κατηγορία συναισθημάτων, που έχουν συσχετισθεί στα πλαίσια της υγείας, και που επεξηγεί κατά κάποιο τρόπο και το εύρος του αντίκτυπου των συναισθηματικών καταστάσεων στις διαδικασίες υγείας (Consedine & Moskowitz, 2007). Σε αυτό το πλαίσιο μάλιστα, η αέναη διαμάχη ανάμεσα στο φόβο και το άγχος δείχνει να εκμηδενίζεται. Ο φόβος και η ανησυχία φαίνεται να λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο, ανεξάρτητα εάν η απειλή περιλαμβάνει τα ύψη, ζώα, σκοτάδι, δημόσιες θέσεις, χωρισμό, ή αν οι απειλές σχετίζονται με την υγεία και τον ιατρικό χώρο. Όπως και να έχει όταν «χτυπάει» την πόρτα μας μια απειλή το μόνο συναίσθημα που εμφανίζεται αυτόματα είναι ο φόβος που οδηγεί σε μια μετατόπιση των γνωστικών μας διεργασιών προς την αξιολόγηση της απειλής και την αποφυγή της (Consedine & Moskowitz, 2007).

Φόβος του άγχους των σωματικών αισθήσεων της καρδιακής λειτουργίας

Η έννοια του άγχους στις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας (HFA; Heart Focused Anxiety) αφορά το φόβο των σχετικών καρδιακών ερεθισμάτων που βασίζονται στις αντιληπτές αρνητικές συνέπειές του θωρακικού πόνου, τόσο σε άτομα με καρδιολογικό πρόβλημα, όσο και σε υγιή άτομα (Eifert & Forsyth, 1999). Η ιδέα αυτή αναπτύχθηκε από τον Reiss και τους συνεργάτες και αναφέρεται στην τάση του ατόμου να αντιλαμβάνεται τις σωματικές αισθήσεις άγχους (όπως η ταχυκαρδία και η δυσφορία) ως απειλητικές και επικίνδυνες (Reiss et al., 1986). Αυτή η εννοιολογική κατασκευαστική δομή του επικεντρωμένου άγχους στην καρδιακή λειτουργία (HFA), φαίνεται να συσχετίζεται με πιο ειδικούς τρόπους στην ανάπτυξη της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος (anxiety sensitivity). Εκτιμώντας ότι η ευαισθησία αυτή εμπεριέχεται στο φόβο του άγχους των διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων απέναντι σε μια επερχόμενη απειλή (Reiss & McNally, 1985), η HFA αναφέρεται σε πιο συγκεκριμένες μορφές ερεθισμάτων φόβου του πόνου (Eifert, 1992; Taylor & Cox, 1998; Eifert & Forsyth, 1999).

Η Ρόλος του Φόβου στην Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων

Το συναίσθημα του φόβου είναι δυνατό να αποδιοργανώσει, να «μπλοκάρει» δηλαδή τις αισθήσεις. Μια έρευνα υποστήριξε ότι τα άτομα με υψηλό άγχος υγείας, αναπτύσσουν ένα τέτοιο σχέδιο (pattern) γνωστικής επεξεργασίας της παρέμβασης που προδιαθέτει στην ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων με καταστροφικούς όρους. Για παράδειγμα ενώ το άγχος για την κατάσταση υγείας συνδέεται με μεγαλύτερη ευαισθησία στον σωματικό πόνο, τα αγχώδη άτομα αποδεικνύονται πραγματικά ακατάλληλα στη ακριβή διάκριση των φυσικών συμπτωμάτων (Marcus et al., 2007). Σε αρκετές περιπτώσεις, μάλιστα, η ανησυχία και η επιθυμία να ρυθμιστούν τα φοβικά και αγχώδη συναισθήματα, συνδέονται τακτικά με επιβλαβείς συμπεριφορές για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των τσιγάρων (Patton, et al., 1996) του οινόπνευματος (Kushner et al., 1994) και ουσιών (Pagano et al., 2007), οι επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Crepaz & Marks, 2001), και είτε αυξάνοντας την όρεξη σε μορφή υπερφαγίας (Polivy et al., 1994), είτε καταστέλλοντας την όρεξη μέσω αυτόνομών απαντήσεων (Macht, 2008).

Στις ψυχικές παθήσεις από την άλλη μεριά, ο φόβος δημιουργεί πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα, αλλά εδώ «λάμπει» δια της απουσίας της δυνατότητας έκφρασης του. Ο Fowles (1980), πρότεινε το μοντέλο του «χαμηλού» φόβου (the low-fear model) και υπέθεσε ότι η φτωχή κοινωνικοποίηση των ψυχικά ασθενών (psychopaths) είναι το αποτέλεσμα της μειωμένης ικανότητας τους να εκφράσουν το φόβο τους. Κατά συνέπεια, παρουσιάζουν μια έλλειψη αναμονής απωθητικών γεγονότων και μια μειωμένη δυνατότητα να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τις αρνητικές συνέπειες των αντιδράσεων της παρελθοντικής συμπεριφορά τους (Birbaumer et al., 2005). Το συναίσθημα του φόβου επιπλέον, συνδέεται και με γενικότερες στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία. Από καιρό έχει αναγνωριστεί ότι οι άνθρωποι με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζονται με αρνητικά στερεότυπα που συνδέονται με το φόβο της ασθένειας. Παραδείγματος χάριν ο Bucknill (1860) αναφέρεται στην αδικαιολόγητη αντιπάθεια «του ευρέως κοινού στον παράφρονα» και ο Rabkin (1975) συμπέρανε ότι «...οι ψυχασθενείς έχουν πάρει τη θέση των λεπρών ως στόχους της δημόσια αποστροφής, της απέχθειας και της απόρριψης» (p. 435) (Levey and Howells, 1994). Γίνεται φανερό πως ο κύριος μηχανισμός κάτω από αυτές τις συμπεριφορές, εντοπίζεται στο φόβο που υποβόσκει.

Η αγοραφοβία (agoraphobia) με ή χωρίς διαταραχή πανικού (panic disorder), είναι μια από τις πιο κοινές και σημαντικές αγχώδεις διαταραχές στο γενικό πληθυσμό στο δυτικό κόσμο με επι σε ένα έτος 2-3% στην Ευρώπη. Η αγοραφοβία χωρίς πανικό εμφανίζεται σε άλλο 1% του πληθυσμού (Taylor, 2006). Σε κλινικά δείγματα άνω των 95% των ασθενών με αγοραφοβία συνδέονται με μία τρέχουσα ή προηγούμενη εμφάνιση διαταραχής πανικού (Taylor, Asmundson & Wald, 2007). Η διαταραχή πανικού συσχετίζεται επίσης, με παθολογικές καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων την πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας, την ημικρανία, το άσθμα και την υπέρταση. Δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένο, αν αυτές οι συσχετίσεις αποτελούν τυχαία ευρήματα των επιδημιολογικών ερευνών ή πραγματική αιτιολογική συσχέτιση. Οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς, επίσης, που παρουσιάζουν διαταραχές πανικού και συμπεριφορές αποφυγής έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνητότητας ασθενείς και ο λόγος για αυτή την συσχέτιση είναι ασαφής (Taylor, 2006).

Άτομα ηλικιωμένα και με χρόνιες ασθένειες έχουν καλύτερη υγεία όταν είναι αισιόδοξα και δείχνουν να απολαμβάνουν τη ζωή (Considine & Moskowitz, 2007). Μια έρευνα έδειξε ότι άτομα με αισιόδοξη διάθεση, έχουν ταχύτερη ανάρρωση και ανάκτηση των λειτουργιών τους (π.χ. να καθίσουν, να περπατήσουν, να επιστρέψουν στην εργασία τους) σε σχέση με τα λιγότερα αισιόδοξα. Επίσης, η αισιόδοξία πιθανολογείται ότι συμβάλλει στην υιοθέτηση προστατευτικών συμπεριφορών σε σχέση με την υγεία, όπως η λήψη βιταμινών, η κατανάλωση μιας ισορροπημένης διατροφής, και η σωματική άσκηση (Campos, et al., 2004). Μια επιδημιολογική μελέτη σε ηλικιωμένους στην κοινότητα, έδειξε ότι η ευτυχία συνδυάζεται με μειωμένη θνησιμότητα ανεξάρτητα από την βαρύτητα της κατάσταση της υγείας και του φύλλου (Zuckerman et al., 1984).

Οι έρευνες έχουν καταδείξει τη διασύνδεση των διάφορων αρνητικών συγκινήσεων με την εμπειρία της κακής υγείας και ποιότητας ζωής καθώς επίσης και με την ανάπτυξη διάφορων νοσολογικών καταστάσεων (Traue, 2001). Η κατάθλιψη, μάλιστα, έχει βρεθεί ότι όχι μόνο συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα, αλλά συμβάλλει κιόλας στην όξυνση των αρνητικών και στη μείωση των θετικά συναισθημάτων (Campos, et al., 2004). Οι Frasure-Smith et al. (1995), λόγω χάρη βρήκαν ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Ο θυμός εμφανίζεται να έχει την αμεσότερη διασύνδεση από όλα τα συναισθήματα σε σχέση με την υγεία, υποστηρίζουν οι Considine & Moskowitz. Η οργή, για παράδειγμα, συσχετίζεται θετικά με σωματικά ενοχλήματα στους ηλικιωμένους, με μεγαλύτερη ένταση στο χρόνο πόνο και συχνότερη χρήση υπηρεσιών υγείας. Επίσης, στη στεφανιαία νόσο ο ρόλος του θυμού είναι καλύτερα τεκμηριωμένος (Considine & Moskowitz, 2007).

Ο Rachman (2004), προτείνει ότι αν εκλάβουμε το φόβο ως μια κατασκευή ελλειπώς συνδεδεμένων συστημάτων αντίδρασης, μπορεί τελικά, να μας οδηγήσει σε μια νέα ιδέα σε σχέση με τις προκαλούμενες συμπεριφορές, που μπορεί να είναι η επίδειξη θάρρους (Courage) ή και η αφοβία (fearless). Η έννοια του θάρρους μπορεί να πάρει διαφορετικές μορφές με την έννοια ότι οι τύποι θάρρους μπορούν να διαφοροποιηθούν ευρέως από την άποψη του είδους του φόβου που πρέπει να αντιμετωπιστεί και ο στόχος που πρέπει να επιτευχθεί (Putman, 1997). Με άλλα λόγια, ένα πρόσωπο μπορεί να είναι πρόθυμο να πλησιάσει ένα φοβογόνο αντικείμενο ή μια κατάσταση παρά το αίσθημα ενός υψηλού βαθμού υποκειμενικού φόβου και δυσάρεστων σωματικών αισθήσεων (Rachman, 2004).

Αυτό ο Rachman το χαρακτηρίζει ως «εμμονή μιας συμπεριφοράς προσέγγισης» και συνώνυμο του θάρρους. Υποστηρίζει επίσης, ότι υπάρχει μια ποικιλία παραγόντων που μπορεί να καθορίζουν αυτή τη θαρραλέα συμπεριφορά, όπως η αυτοπεποίθηση ή και η κατοχή ενός υψηλού επιπέδου κίνητρου εξαρτώμενο από την αποκαλούμενη "περιστασιακή απαίτηση" (π.χ. πόλεμος) (Rachman, 2004). Ο Hollander επίσης, θεωρεί ότι μια άλλη κατάλληλη λέξη που χαρακτηρίζει την συμπεριφορά στο φόβο, που προέρχεται από ένα είδος «έλλειψης» αυτού του αρχέγονου μηχανισμού, δεν είναι άλλη από τη λέξη «αφοβία». Η αφοβία και η τόλμη είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα των ηρωικών φιγούρων (Hollander, 2004), ενώ ο φόβος και ο πανικός ανευρίσκεται κυρίως στις γυναίκες στα παιδιά και τους γέροντες. Απότοκος του φόβου η δειλία θεωρείται γνώρισμα του αδύναμου ψυχικά ανθρώπου (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές 2006).

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου του φόβου για την καρδιακή λειτουργία των ηλικιωμένων ατόμων στην ποιότητα ζωής τους στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση της γενικής υγείας των υπερήλικων με το φόβο για την καρδιακή λειτουργία αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η σχέση ανάμεσα σε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ηλικιωμένων, όπως το άγχος για την καρδιακή λειτουργία δεν έχει ερευνηθεί μέχρι στιγμής τόσο σε Ελλαδικό επίπεδο όσο και σε διεθνές. Η σχετική απουσία, λοιπόν, ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό και διεθνή χώρο, τα οποία να αφορούν το άγχος για την καρδιακή λειτουργία στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, καθώς και ο τρόπος διασύνδεσης τους έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης. Ως εκ τούτου ο σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη σωματοποίηση του άγχους με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, τα βασικά ερωτήματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης ορίστηκαν ως εξής:

1. Να διαπιστωθούν τα επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία των ηλικιωμένων ατόμων
2. Να διαπιστωθούν οι σχέσεις ανάμεσα στην σωματική υπερευαισθησία στο άγχος από την λειτουργία της καρδιάς και ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.α).
3. Να διαπιστωθούν οι πιθανές σχέσεις ανάμεσα στο άγχος για την καρδιακή λειτουργία και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.
4. Να διερευνηθούν πιθανές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2015 έως τον Σεπτέμβριο του 2013.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν υπερήλικα άτομα που είτε διαμένουν με την οικογένειά τους είτε διαμένουν μόνοι τους.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη είναι οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι υπερήλικα (άνω των 65 ετών).
2. Μορφωτικό επίπεδο τέτοιου επιπέδου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα παίρνει η μεταπτυχιακή φοιτήτρια – ερευνήτρια με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική-ψυχική υγεία (MH) (Ware 1992). Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS). Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η επισκόπηση υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Η SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5-10 λεπτά. Διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Υπάρχουν επίσης διαθέσιμες βαθμολογίες, που καθιστούν δυνατή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης στις διάφορες μορφές της SF-36. Η ευρεία χρήση του σε μελέτες γενικού πληθυσμού το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων θεραπευτικών πράξεων που χρησιμοποιούνται στην ιατρική.

Κάθε διάσταση σημειώνεται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100, με τους 0 βαθμούς να αντιστοιχούν στην χειρότερη ποιότητα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής και 100 βαθμούς να αντιστοιχούν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Ware 1993). Και οι οκτώ διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο συνολικά αποτελέσματα που αφορούν την σωματική υγεία το πρώτο και την πνευματική – ψυχική υγεία το δεύτερο (Ware et al 1994) και σαν μετρήσιμοι δείκτες καλούνται για συντομία PCS-36 και MCS- 36. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό.

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως " πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε

αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Το ερωτηματολόγιο CAQ έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825 (Dragioti et al., 2011).

Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία).

Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία *t test* μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των *test* των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας

(θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχέτισεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach	
Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
SF-36	0,556
CAQ	0,801

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των CAQ, SF-36 θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Dragioti et al., 2011). Ως εξαίρεση σημειώνεται το ερωτηματολόγιο SF-36 στο οποίο ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 197 Έλληνες υπερήλικες. Από τους 197 ηλικιωμένους οι 103 (ποσοστό 52,3%) ήταν άνδρες και οι 94 (ποσοστό 47,7%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $74,3 \pm 1,5$, με εύρος 66-93 ετών.

Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν $74,7 \pm 7,4$ με εύρος 66-93 ετών και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν $73,4 \pm 7,7$, με εύρος 68-88 ετών, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,238$), συγκρινόμενοι με το T-test (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατανομή, 197 υπερήλικων που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη - μεγίστη	66-93	68-88	66-93	
Μέση τιμή (x ± SD)	74,7 ± 7,4	73,4 ± 7,7	74,3 ± 1,5	t=1,185 P=0,238
t = T-test.				

4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων

Από τους 197 υπερήλικες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, οι 120 (ποσοστό 60,9%) από τους υπερήλικες του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 54 (ποσοστό 27,4%) υπερήλικες δήλωσαν ότι είναι χήρος(α), οι 13 υπερήλικες είναι διαζευγμένοι και μόλις ένας 10 υπερήλικος είναι άγαμος, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,000$) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 3).

Πάνω από το 1/3 του δείγματός μας με ποσοστό 36,2% απάντησε ότι είναι απόφοιτος δημοτικού, οι 29 υπερήλικες (ποσοστό 14,8%) αποκρίθηκαν ότι είναι αναλφάβητοι, οι 23 υπερήλικες (ποσοστό 11,7%) αποκρίθηκαν ότι είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 41 υπερήλικες (ποσοστό 20,9%) αποκρίθηκαν ότι είναι απόφοιτοι Λυκείου, και τέλος, 32 υπερήλικες (ποσοστό 16,3%) δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ. Οι 3 στους 10 περίπου διαμένουν σε χωριό/κωμόπολη, οι 3 στους 10 σε πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 4 στους 10 περίπου σε πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,343$) (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Κατανομή, 197 υπερήλικων κατά εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακά κατάσταση, καταγωγή

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος (η)	6 (5.8)	4 (4.2)	10 (5.1)	
Έγγαμος (η)	75 (72.8)	45 (47.9)	120 (60.9)	
Διαζευγμένος (η)	7 (6.8)	6 (6.4)	13 (6.6)	Fisher's Exact Test=18,480
Χήρος (α)	15 (14.6)	39 (41.5)	54 (27.4)	P= 0,000
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Αναλφάβητος	13 (12.7)	16 (17.0)	29 (14.8)	
Απόφοιτος Δημοτικού	44 (43.1)	27 (28.7)	71 (36.2)	Fisher's Exact Test=13,969
Απόφοιτος Γυμνασίου	7 (6.9)	16 (17.0)	23 (11.7)	P= 0,007
Απόφοιτος Λυκείου	16 (15.7)	25 (26.6)	41 (20.9)	
Απόφοιτος ΑΕΙ	22 (21.6)	10 (10.6)	32 (16.3)	
Διαμονή				
Χωριό/Κωμόπολη	33 (32.0)	22 (23.4)	55 (27.9)	
Πόλη <150.000 κατοίκους	30 (29.1)	27 (28,7)	57 (28.9)	Fisher's Exact Test=2,237
Πόλη >150.000 κατοίκους	40 (38.8)	45 (47.9)	85 (43.1)	P= 0,343

Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 88,3%) οι υπερήλικες έχουν παιδιά, εγγόνια (ποσοστό 68,0%), κόρη (σε ποσοστό 66,5%). Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 94 υπερηλικών (ποσοστό 47,7%) ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 103 υπερηλικών (ποσοστό 52,3%) που η κόρη τους δε ζει κοντά τους (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Κατανομή, 78 υπερήλικων κατά ύπαρξη παιδιών, εγγονιών, κόρης και σε περίπτωση ύπαρξη κόρης αν ζει μαζί της.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Παιδιά				
Ναι	92 (89.3)	82 (87.2)	174 (88.3)	$\chi^2_y = 0.207$
Όχι	11 (10.7)	12 (12.8)	23 (11.7)	P= 0.649
Εγγόνια				
Ναι	74 (71.8)	60 (63.8)	134 (68.0)	$\chi^2_p = 1.451$
Όχι	29 (28.2)	34 (36.2)	63 (32.0)	P= 0.228
Έχετε κόρη;				
Ναι	70 (68.0)	61 (64.9)	131 (66.5)	$\chi^2_p = 0.207$
Όχι	33 (32.0)	33 (35.1)	66 (33.5)	P= 0,649
Αν ναι, ζει κοντά σας				
Ναι	51 (49.5)	43 (45.7)	94 (47.7)	$\chi^2_p = 0.280$

Όχι 52 (50.5) 51 (54.3) 103 (52.3) P= 0,597

 $\chi^2_{p=}$ χ^2 του Pearson,
 =====

Οι 85 υπερήλικοι ερωτώμενοι μένουν με τον ή την σύντροφό τους (ποσοστό 46,2%) ενώ οι 37 υπερήλικοι ερωτώμενοι μένουν μόνοι τους, οι 17 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με την κόρη τους και οι 10 υπερήλικοι με το γιό τους, οι 21 υπερήλικοι διαμένουν σε γηροκομείο, οι 5 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με τον σύζυγο και την κόρη τους, οι 6 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με τον σύζυγο και τον γιό τους, οι 2 υπερήλικες δήλωσαν πως μένουν με τη μητέρα τους και τέλος 1 υπερήλικας δήλωσε πως μένει με κάποιον φίλο του (πίνακας 5).

 Πίνακας 5. Κατανομή 197 υπερήλικων ως προς το με ποιόν μένουν.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Με ποιο μένετε;				
Μόνος	14 (14.9)	23 (25.6)	37 (20.1)	
Σύντροφος	53 (56.4)	32 (35.6)	85 (46,2)	Fisher's Exact Test=14.272
Με την Κόρη μου	7 (7.4)	10 (11.1)	17 (9,2)	P=0,048
Με το Γιό μου	2 (2.1)	8 (8.9)	10 (5.4)	
Γηροκομείο	11 (11,7)	10 (11,1)	21 (11.4)	
Με κάποιον φίλο μου	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (0.5)	
Με σύζυγο και κόρη	3 (3,2)	2 (2,2)	5 (2.7)	
Με σύζυγο και γιό	3 (3,2)	3 (3,3)	6 (3.3)	
Με τη μητέρα μου	0 (0,0)	2 (2,2)	2 (1.1)	

 Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.
 =====

Οι 92 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 43 είναι υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 45,7%) και 49 υπερήλικες άνδρες (ποσοστό 47,6%).

Οκτώ από τους υπερήλικες ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 4,1%), από αυτούς το 1,9% καταλαμβάνουν οι υπερήλικοι άνδρες και το 6,4% οι υπερήλικες γυναίκες (πίνακας 6).

 Πίνακας 6. Κατανομή 197 υπερήλικων κατά το αν πάσχουν από κάποιο χρόνια σωματικό, ψυχιατρικό νόσημα και πόσο καλή υγεία είχαν στη ζωή τους.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Πάσχετε από κάποιο χρόνια σωματικό νόσημα;				
Ναι	49 (47.6)	43 (45.7)	92 (46.7)	$\chi^2_{p=}$ 0,066

Όχι	54 (52.4)	51 (54.3)	105 (53.3)	P=0,797
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο ψυχιατρικό νόσημα;				
Ναι	2 (1,9)	6 (6.4)	8 (4.1)	L.R. =2.577
Όχι	101 (98.1)	88 (93.6)	189 (95.9)	P=0,108
Πόσο καλή υγεία είχατε στη ζωή σας;				
Πολύ κακή	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.5)	Fisher's Exact Test =2.909 P=0,591
Κακή	6 (6.1)	2 (2.2)	8 (4.3)	
Μέτρια	27 (27.3)	22 (24.7)	49 (26.1)	
Καλή	38 (38.4)	38 (42.7)	76 (40.4)	
Πολύ καλή	28 (28.3)	26 (29.2)	54 (28.7)	

 $\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS,
L.R.= πρόκειται για την τιμή του Likelihood Ratio, όπως δίδεται από το SPSS,
=====

Ακόμη οι 49 υπερήλικοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είχαν μέτρια υγεία στη ζωή τους (ποσοστό 26,1%). Από το δείγμα μας ο μισός σχεδόν πληθυσμός των ανδρών, δηλαδή 66 υπερήλικοι άνδρες, απάντησε πως είχε καλή και πολύ καλή υγεία στη ζωή του (ποσοστό 66,7%), το ίδιο απάντησαν και 64 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 71,9%). Μόλις μία υπερήλικη γυναίκα δήλωσε πως είχε πολύ κακή ζωή χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 6).

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών υπερήλικων ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και ο τρόπος βαθμολόγησής τους.

5.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 2 ερωτηματολόγια. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)	
Συνολική Τιμή CAQ	Συνολική μέση τιμή από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 8, 9 και 10.
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4 και 6.
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3 και 5.
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός ρόλος (RP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 17, 18 και 19, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ζωτικότητα (VT)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 23, 27, 29 και 31, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των

	συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ψυχική υγεία (MH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Κοινωνικός ρόλος (SF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 20 και 32, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός πόνος (BP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 και 22, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Γενική υγεία (GH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1,2, 33, 34, 35 και 36, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RF, RP, BP & GH
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RE, VT, MH & SF

5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών Υπερήλικων και Γυναικών Υπερήλικων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 197 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή των 103 ανδρών και των 94 γυναικών. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 7. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών υπερηλικων και γυναικών υπερηλικων					
	Υπερήλικες		T-Test		
	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	P
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)					
Total CAQ	1,55±,82	1,64±,81	-,751	192	,454
Fear	1,72±1,13	1,70±1,00	,076	191	,940
Avoidance	1,78±1,10	1,90±1,13	-,757	192	,450
Heart Focused Attention	1,09±,92	1,28±,94	-1,412	192	,160
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	64,80±26,69	60,27±28,65	1,134	190	,258
Σωματικός ρόλος (RP)	54,70±42,09	63,86±41,16	-1,525	191	,129
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	64,24±40,82	65,91±39,47	-,282	182	,778
Ζωτικότητα (VT)	53,04±13,46	52,66±12,99	,198	192	,844
Ψυχική υγεία (MH)	62,86±15,07	66,17±17,65	-1,409	192	,160
Κοινωνικός ρόλος (SF)	66,84±22,64	68,61±23,40	-,532	188	,595
Σωματικός πόνος (BP)	67,28±25,22	64,87±25,22	,665	192	,507
Γενική υγεία (GH)	52,93±18,53	52,78±19,23	,056	192	,956
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	234,43±90,01	237,88±96,61	-,260	195	,795

Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	238,24±71,49	245,16±77,61	-,652	195	,515
---	--------------	--------------	-------	-----	------

Στον πίνακα 7, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι άνδρες υπερήλικες δεν εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις υπερήλικες γυναίκες.

5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Υπερήλικων που έχουν εγγόνια και των Υπερήλικων που δεν έχουν εγγόνια

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 197 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή όσων έχουν εγγόνια και όσων δεν έχουν. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας που έχουν εγγόνια και της ομάδας που δεν έχουν

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 8. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ υπερηλικων που έχουν εγγόνια και υπερηλικων που δεν έχουν					
	Υπερήλικες		T-Test		
	Έχουν εγγόνια	Δεν έχουν εγγόνια	t	df	P
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)					
Total CAQ	1,71±,80	1,34±,78	2,955	192	,004
Fear	1,80±1,07	1,52±1,05	1,732	191	,085
Avoidance	1,97±1,06	1,57±1,18	2,444	192	,015
Heart Focused Attention	1,32±,96	,89±,79	3,057	192	,003
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	58,73±26,95	70,81±27,58	-2,881	190	,004
Σωματικός ρόλος (RP)	54,23±41,43	69,05±41,08	-2,336	191	,021

Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	61,71±39,59	71,43±40,54	-1,567	182	,119
Ζωτικότητα (VT)	52,44±12,88	53,73±13,94	-,635	192	,526
Ψυχική υγεία (MH)	63,91±15,98	65,52±17,26	-,642	192	,522
Κοινωνικός ρόλος (SF)	65,55±22,70	72,02±23,08	-1,840	188	,067
Σωματικός πόνος (BP)	64,45±24,32	69,60±26,76	-1,338	192	,182
Γενική υγεία (GH)	49,72±18,51	59,54±17,84	-3,488	192	,001
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	221,57±90,49	266,93±91,37	-3,271	195	,001
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	231,59±75,17	262,71±68,47	-2,786	195	,006

Στον πίνακα 8, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι υπερήλικες που δεν έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που έχουν εγγόνια στις κλίμακες:

1. Γενική υγεία (GH) (SF- 36)
2. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36)
3. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36)
4. Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36)
5. Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36)

Ακόμη, στον πίνακα 8, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι υπερήλικες που δεν έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που έχουν εγγόνια στις κλίμακες:

1. Total CAQ
2. Fear - CAQ
3. Avoidance - CAQ
4. Heart Focused Attention – CAQ

Διαφοροποιήσεις μεταξύ Υπερήλικων ως προς το αν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 197 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή όσων κάνουν καλοκαιρινές διακοπές και όσων δεν κάνουν. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας δηλαδή όσων κάνουν καλοκαιρινές διακοπές και όσων δεν κάνουν.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 9. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 9: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές					
	Καλοκαιρινές Διακοπές		T-Test		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	t	df	P
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)					
Total CAQ	1,39±,72	1,83±,86	-3,821	191	,000
Fear	1,50±1,00	1,97±1,11	-3,085	190	,002
Avoidance	1,68± 1,13	2,05±1,07	-2,347	191	,020
Heart Focused Attention	,97± ,83	1,44± ,99	-3,556	191	,000
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	68,55±27,07	54,88±26,77	3,481	189	,001
Σωματικός ρόλος (RP)	67,82±40,30	48,21±41,39	3,305	190	,001
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	74,11±35,53	53,75±42,92	3,510	181	,001
Ζωτικότητα (VT)	53,10±12,96	52,65±13,64	,236	191	,813
Ψυχική υγεία (MH)	67,85±15,81	60,05±16,24	3,364	191	,001
Κοινωνικός ρόλος (SF)	71,96±23,47	62,50±21,15	2,866	187	,005
Σωματικός πόνος (BP)	69,93±24,98	61,32±25,01	2,370	190	,019
Γενική υγεία (GH)	57,91±17,79	46,48±18,42	4,347	190	,000
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	260,52±90,61	206,71±87,79	4,175	193	,000

Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	260,52±65,77	220,98±75,09	3,915	193	,000
---	--------------	--------------	-------	-----	-------------

Στον πίνακα 9, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως όσοι κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες:

1. Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36)
2. Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36)
3. Συναισθηματικός Ρόλος (RE) (SF- 36)
4. Ψυχική υγεία (MH) (SF- 36)
5. Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36)
6. Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36)
7. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36)
8. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36)

Ακόμη, στον πίνακα 9, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως όσοι κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες:

1. Σύνολο κλιμάκων μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (Total CAQ)
2. Fear (CAQ)
3. Avoidance (CAQ)
4. Heart Focused Attention (CAQ)

5.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του πόσο καλή υγεία πιστεύουν ότι είχαν στη ζωή τους οι υπερήλικες

Στον πίνακα 10, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του πόσο καλή υγεία πιστεύουν ότι είχαν στη ζωή τους οι υπερήλικες όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) ($p = 0,000$)
2. Φόβο για τις δραστηριότητες της καρδιακής λειτουργίας (Fear - CAQ) ($p = 0,000$)
3. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ) ($p = 0,000$)
4. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention - CAQ) ($p = 0,000$)
5. Σωματική λειτουργικότητα (PF) ($p = 0,000$)
 1. Σωματικός ρόλος (RP) ($p = 0,000$)
 2. Συναισθηματικός ρόλος (RE) ($p = 0,000$)
6. Ψυχική υγεία (MH) ($p = 0,001$)
7. Κοινωνικός ρόλος (SF) ($p = 0,000$)
8. Σωματικός πόνος (BP) ($p = 0,016$)
9. Γενική υγεία (GH) ($p = 0,000$)
10. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($p = 0,000$)
11. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) ($p = 0,000$)

Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών μεταξύ του πόσο καλή υγεία πιστεύουν ότι είχαν στη ζωή τους οι υπερήλικες

	F	p
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Total CAQ	15,675	,000
Fear	6,560	,000
Avoidance	7,417	,000
Heart Focused Attention	15,908	,000
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		

Σωματική λειτουργικότητα (PF)	6,100	,000
Σωματικός ρόλος (RP)	8,020	,000
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	9,272	,000
Ζωτικότητα (VT)	,807	,522
Ψυχική υγεία (MH)	4,822	,001
Κοινωνικός ρόλος (SF)	7,673	,000
Σωματικός πόνος (BP)	3,122	,016
Γενική υγεία (GH)	15,467	,000
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	10,151	,000
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	11,453	,000

5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του τόπου διαμονής

Στον πίνακα 11, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του τόπου διαμονής όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) ($p = 0,001$)
2. Φόβο για τις δραστηριότητες της καρδιακής λειτουργίας (Fear - CAQ) ($p = 0,000$)
3. Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention - CAQ) ($p = 0,002$)
4. Γενική υγεία (GH) ($p = 0,025$)
5. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) ($p = 0,028$)

Πίνακας 11: Διαφοροποιήσεις μεταξύ του Τόπου Διαμονής

	F	p
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Total CAQ	7,076	,001
Fear	9,130	,000
Avoidance	,507	,603
Heart Focused Attention	6,590	,002
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	,496	,610
Σωματικός ρόλος (RP)	1,389	,252
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	1,166	,314
Ζωτικότητα (VT)	,366	,694
Ψυχική υγεία (MH)	2,665	,072
Κοινωνικός ρόλος (SF)	,116	,891
Σωματικός πόνος (BP)	,117	,889
Γενική υγεία (GH)	3,744	,025
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	2,234	,110
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	3,655	,028

6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων των κλιμάκων ποιότητας ζωής με τις υποκλίμακες του φόβου για την καρδιακή λειτουργία. Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

6.1. Συσχετίσεις της ποιότητας ζωής και του φόβου της καρδιακής λειτουργίας

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ποιότητας ζωής και του φόβου για την καρδιακή λειτουργία, προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ του φόβου για την καρδιακή λειτουργία και των: Σωματικής λειτουργικότητας (PF) ($P = 0,000$), Σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,003$), Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,000$), Συναισθηματικού Ρόλου (RE) ($P = 0,003$), Κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,001$), Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,000$) και Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,001$),

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ του Φόβου για τις δραστηριότητες της καρδιακής λειτουργίας και των: Σωματικής λειτουργικότητας (PF) ($P = 0,000$), Σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,003$), Ζωτικότητα (VT) ($P = 0,002$), Συναισθηματικού Ρόλου (RE) ($P = 0,003$), Κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,001$), Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,000$) και Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,001$),

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ της Επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία και των: Σωματικής λειτουργικότητας (PF) ($P = 0,000$), Σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,000$), Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,000$), Συναισθηματικού Ρόλου (RE) ($P = 0,000$), Κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,001$), Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,000$) και Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,001$),

Πίνακας 11: Συσχετίσεις μεταξύ ποιότητας ζωής και φόβου για την καρδιακή λειτουργία				
	Fear	Avoidance	Heart Focused Attention	Total CAQ
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	-,276** ,000	-,664** ,000	-,316** ,000	-,521** ,000
Σωματικός ρόλος (RP)	-,215** ,003	-,512** ,000	-,315** ,000	-,428** ,000
Σωματικός πόνος (BP)	-,286** ,000	-,378** ,000	-,297** ,000	-,408** ,000
Γενική Υγεία (GH)	-,468** ,000	-,414** ,000	-,497** ,000	-,586** ,000
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	-,218** ,003	-,378** ,000	-,347** ,000	-,387** ,000
Ζωτικότητα (VT)	-,059 ,414	-,223** ,002	-,057 ,435	-,139 ,054
Ψυχική υγεία (MH)	-,279** ,000	-,135 ,061	-,351** ,000	-,322** ,000
Κοινωνικός ρόλος (SF)	-,338** ,000	-,388** ,000	-,332** ,000	-,451** ,000
Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	-,367** ,000	-,601** ,000	-,426** ,000	-,584** ,000
Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_PCS)	-,347** ,000	-,402** ,000	-,392** ,000	-,472** ,000

7. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος στο συγκεκριμένο χωροχρόνο, που έλαβε χώρα η παρούσα ερευνητική μελέτη. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από τον παρόντα χρόνο και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες της διεξαγωγής της μελέτης.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων και των προγενέστερων ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της ζωής τους. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επίδραση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής τους θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Για να οριστεί μια αιτιώδη σχέση, θα απαιτείτο η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού ηλικιωμένων ατόμων, σε προγενέστερο διάστημα και η αξιολόγησή τους σήμερα, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν της σημερινής ποιότητας ζωής τους. Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και η ποιότητα ζωής αλλά και τα δυναμικά της αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης κατά τη διάρκεια του παρόντα χρόνου. Βεβαίως, δεν αποτέλεσε στόχο της παρούσας έρευνας η εξειδικευμένη μελέτη ψυχολογικών παραγόντων που ενδεχομένως να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και τη διαχείριση της οικογενειακής κρίσης γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό σχεδιασμό και εκτίμηση ποικίλων ακόμη παραγόντων για μια μελέτη αναδρομικού χαρακτήρα.

Το προφίλ των ηλικιωμένων

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των υπερήλικων Ελλήνων. Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 197 Έλληνες

υπερήλικες. Από τους 197 ηλικιωμένους οι 103 (ποσοστό 52,3%) ήταν άνδρες και οι 94 (ποσοστό 47,7%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $74,3 \pm 1,5$, με εύρος 66-93 ετών. Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν $74,7 \pm 7,4$ με εύρος 66-93 ετών και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν $73,4 \pm 7,7$, με εύρος 68-88 ετών, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,238$), συγκρινόμενοι με το T-test.

Από τους 197 υπερήλικες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, οι 120 (ποσοστό 60,9%) από τους υπερήλικες του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 54 (ποσοστό 27,4%) υπερήλικες δήλωσαν ότι είναι χήρος(α), οι 13 υπερήλικες είναι διαζευγμένοι και μόλις ένας 10 υπερήλικος είναι άγαμος, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,000$) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test.

Πάνω από το 1/3 του δείγματός μας με ποσοστό 36,2% απάντησε ότι είναι απόφοιτος δημοτικού, οι 29 υπερήλικες (ποσοστό 14,8%) αποκρίθηκαν ότι είναι αναλφάβητοι, οι 23 υπερήλικες (ποσοστό 11,7%) αποκρίθηκαν ότι είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 41 υπερήλικες (ποσοστό 20,9%) αποκρίθηκαν ότι είναι απόφοιτοι Λυκείου, και τέλος, 32 υπερήλικες (ποσοστό 16,3%) δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ. Οι 3 στους 10 περίπου διαμένουν σε χωριό/κωμόπολη, οι 3 στους 10 σε πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 4 στους 10 περίπου σε πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,343$).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 88,3%) οι υπερήλικες έχουν παιδιά, εγγόνια (ποσοστό 68,0%), κόρη (σε ποσοστό 66,5%). Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 94 υπερηλικών (ποσοστό 47,7%) ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 103 υπερηλικών (ποσοστό 52,3%) που η κόρη τους δε ζει κοντά τους.

Οι 85 υπερήλικοι μένουν με τον ή την σύντροφό τους (ποσοστό 46,2%) ενώ οι 37 υπερήλικοι μένουν μόνοι τους, οι 17 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με την κόρη τους και οι 10 υπερήλικοι με το γιό τους, οι 21 υπερήλικοι διαμένουν σε γηροκομείο, οι 5 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με τον σύζυγο και την κόρη τους, οι 6 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με τον σύζυγο και τον γιό τους, οι 2 υπερήλικες δήλωσαν πως μένουν με τη μητέρα τους και τέλος 1 υπερήλικας δήλωσε πως μένει με κάποιον φίλο του.

Το προφίλ των ηλικιωμένων του δείγματός μας συμφωνεί με την περιγραφή της σύγχρονης μεταπολεμικής οικογένειας (Βασιλείου 1966), που έχει πάρει τη μορφή της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας, μητέρα, τέκνα, εγγόνια), ενισχύεται, όμως, και από άλλες μελέτες, όπως αυτές, των Madianos και Madianou (1991), που διαπίστωσαν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο

αριθμό μελών 3,2 (από 4,2 που ήταν το 1920), των Μαδιανού και συν. (1995), οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας.

Σωματική και Ψυχική Υγεία των Ηλικιωμένων

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι 92 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 43 είναι υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 45,7%) και 49 υπερήλικες άνδρες (ποσοστό 47,6%).

Οκτώ από τους υπερήλικες ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 4,1%), από αυτούς το 1,9% καταλαμβάνουν οι υπερήλικοι άνδρες και το 6,4% οι υπερήλικες γυναίκες

Ακόμη οι 49 υπερήλικοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είχαν μέτρια υγεία στη ζωή τους (ποσοστό 26,1%). Από το δείγμα μας ο μισός σχεδόν πληθυσμός των ανδρών, δηλαδή 66 υπερήλικοι άνδρες, απάντησε πως είχε καλή και πολύ καλή υγεία στη ζωή του (ποσοστό 66,7%), το ίδιο απάντησαν και 64 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 71,9%). Μόλις μία υπερήλικη γυναίκα δήλωσε πως είχε πολύ κακή ζωή χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης ως προς την σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων συμφωνούν και ενισχύονται από τα αποτελέσματα της μελέτης των Wilson, et al. (2002) αλλά και τη μελέτη των Hultsch, et al. (1999) όπου διαπιστώθηκε ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλει στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στη γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων. Ακόμη ενισχύονται από τα αποτελέσματα της μελέτης των Rodin, et al, (1992) και Albert, et al. (1995) όπου διαπιστώθηκε ότι στην τρίτη ηλικία ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας, και κατ' επέκταση αυξάνεται η ποιότητα ζωής. Ακόμη, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Nante, et al. (1999), οι οποίοι σε μια έρευνα στην Ιταλία μεταξύ υπερηλίκων με ηλικία μεταξύ 76-98, διαπίστωσαν ότι οι σωματικές νόσοι από τις οποίες υπέφεραν ήταν η υπέρταση και η αρθρίτιδα, ενώ το 20% δεν ανέφερε κάποια νόσο. Αναφορικά με κάποια γνωστική δυσλειτουργία στο 34,1%

παρατηρήθηκε κάποια ήπια μορφή και το 11,8% είχαν σοβαρή γνωστική δυσλειτουργία. Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διέμενε στην επαρχία και με την οικογένειά του εξηγεί το ότι γενικά η αντιλαμβανόμενη ποιότητα υγείας ήταν καλή καθώς οι συναντήσεις με μέλη της οικογενείας μείωναν το αίσθημα της μοναξιάς. Τέλος, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Heydari, et al. (2012) από τα οποία διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση του ατόμου.

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) για την ομάδα των υπερηλικών ανδρών και των υπερηλικών γυναικών ήταν αντίστοιχα $1,55 \pm ,82$ και $1,64 \pm ,81$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στους υπερηλικούς άνδρες ήταν μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας των υπερηλικών γυναικών χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,454$).

Στην υποκλίμακα *fear* του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των υπερηλικών ανδρών και των υπερηλικών γυναικών ήταν αντίστοιχα $1,72 \pm 1,13$ και $1,70 \pm 1,00$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στους υπερηλικούς άνδρες ήταν μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας των υπερηλικών γυναικών χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,940$).

Στην υποκλίμακα *avoidance* του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των υπερηλικών ανδρών και των υπερηλικών γυναικών ήταν αντίστοιχα $1,78 \pm 1,10$ και $1,90 \pm 1,13$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στους υπερηλικούς άνδρες ήταν μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας των υπερηλικών γυναικών χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,450$).

Στην υποκλίμακα attention του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των υπερηλίκων ανδρών και των υπερηλίκων γυναικών ήταν αντίστοιχα $1,09 \pm ,92$ και $1,28 \pm ,94$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στους υπερηλικούς άνδρες ήταν μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας των υπερηλίκων γυναικών χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ($P=0,160$).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, όπως μετράται με το CAQ (των Eifert et al., 2000), των υπερηλίκων ατόμων. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες έχουν αναδείξει μια θετική διασύνδεση μεταξύ των τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής όπως αυτών των υπερηλίκων και της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος (Ehlers & Clark 2000; Leen-Feldner et al., 2008).

Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι πως οι άνδρες υπερήλικες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες υπερήλικες στις κλίμακες : Ζωτικότητα (VT) (SF- 36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36) και Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36). Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι οι υπερήλικες που δεν έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που έχουν εγγόνια στις κλίμακες: Γενική υγεία (GH) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36), Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36) και Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36). Ακόμη, οι υπερήλικες που δεν έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που έχουν εγγόνια στις κλίμακες Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ), Φόβο για τις δραστηριότητες της καρδιακής λειτουργίας (Fear - CAQ), Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ) και Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention - CAQ). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ενισχύονται και από τα αποτελέσματα της μελέτης των Beaumont & Kenealy (2003), όπου διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που έχουν οικογένειά κι αυτή είναι κοντά τους παρουσίαζαν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους και είχαν την τάση να υιοθετούν περισσότερο θετικές στρατηγικές προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες. Συμφωνούν ακόμη με τα αποτελέσματα δύο μελετών μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων, όπου διαπιστώθηκε ότι οι

γυναίκες έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής αναφορικά με την σωματική λειτουργία, τον σωματικό πόνο, την γενική υγεία και την ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες (Wyss, et al, 1999; Li, et al, 2003).

8. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Οι υπερήλικες που δεν έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που έχουν εγγόνια στις κλίμακες Γενική υγεία (GH) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36), Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36), Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36)
- Οι υπερήλικες που δεν έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που έχουν εγγόνια στις κλίμακες Total CAQ, Fear – CAQ, Avoidance – CAQ και Heart Focused Attention – CAQ.
- Ο φόβος για την καρδιακή λειτουργία συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων και πιο συγκεκριμένα με τη σωματική λειτουργικότητα (PF), τον σωματικό ρόλο (RP), την Ψυχική υγεία (MH), τον συναισθηματικό ρόλο (RE), τον κοινωνικό ρόλο (SF), την κλίμακα φυσικής υγείας (SF_PCS) και την κλίμακα ψυχικής υγείας (SF_PCS).
- Ο φόβος για τις δραστηριότητες της καρδιακής λειτουργίας συσχετίζεται συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων και πιο συγκεκριμένα με τη ζωτικότητα (VT), τον συναισθηματικό ρόλο (RE), τον κοινωνικό ρόλο (SF), την κλίμακα φυσικής υγείας (SF_PCS) και την κλίμακα ψυχικής υγείας (SF_PCS).
- Η επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία συσχετίζεται συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων και πιο συγκεκριμένα με τη σωματική λειτουργικότητα (PF), τον σωματικό ρόλο (RP), την Ψυχική υγεία (MH), τη ζωτικότητα (VT), τον συναισθηματικό ρόλο (RE), τον κοινωνικό ρόλο (SF), την κλίμακα φυσικής υγείας (SF_PCS) και την κλίμακα ψυχικής υγείας (SF_PCS).
- Ο τόπος διαμονής των υπερηλίκων επιδρά στη Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) ($p = 0,001$), στο Φόβο για τις δραστηριότητες της καρδιακής λειτουργίας (Fear - CAQ) ($p = 0,000$), στην Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention -

CAQ) ($p = 0,002$), στη Γενική υγεία (GH) ($p = 0,025$) και στη Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) ($p = 0,028$)

- Όσοι υπερήλικες κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες, Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36), Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36), Συναισθηματικός Ρόλος (RE) (SF- 36), Ψυχική υγεία (MH) (SF- 36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36), Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36) και Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36)
- Όσοι υπερήλικες κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες Σύνολο κλιμάκων μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (Total CAQ), Fear (CAQ), Avoidance (CAQ) και Heart Focused Attention (CAQ).

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με το φόβο για την καρδιακή λειτουργία, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν στα πλαίσια της ποιότητας ζωής. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τα υπερήλικα άτομα να αισθάνονται καλύτερη ποιότητα ζωής. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη υπερήλικων ατόμων με εγγόνια και όχι σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους. Η θέσπιση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης των προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων με την εξέλιξη της πρωτοβάθμιας υγείας στην ελληνική πραγματικότητα θα μπορούσε να βοηθήσει εμπράκτως την ελληνική οικογένεια και τους ηλικιωμένους.

Βιβλιογραφία

- Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Ahto M., Isoaho R., Puolijoki H., Laippala P., Romo M., Kivela SL. (1997). Coronary heart disease and depression in the elderly population based study. *Family Practice* 14960:436-445.
- Albert, M.S., Jones, K., Savage, C.R., Berkman, L., Seeman, T., Blazer, D., & Rowe, J.W. (1995). Predictors of cognitive change in older persons: MacArthur studies of successful aging. *Psychology of Aging*; 10: 578–589.
- Allan, S., Gilbert, P., Goss, K. (1994). An exploration of shame measures-II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.* , vol. 17, p. 719- 722.
- Alonso J., Angermeyer MC., Bernet S., Bruffaerts R., Brugha TS., et al. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders project. *Acta Psychiatrica Scand* 109(S420):21-27
- Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., & Clark, V. A. (1981). Family roles and sex differences in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 379-393.
- Antonelli E, Rubini V, Fassona C (2000). The self-concept in institutionalized and non institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*; 20: 151-164.
- Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, Miller JP. (1994). The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *Am J Public Health*.;84:565 570.
- Ashby, J. S., Rice, K. G., & Martin, J. L. (2006). Perfectionism, shame and depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*; 84: 148-156.

- Banerjee S., MacDonald A (1996) Mental disorder in an elderly home care population: Association with health and social services use. *Brit J Psychiatry* 168: 750-756.
- Barber B. (2009) *Representing and supporting members with mental health problems at work*. Διαθέσιμο στο www.tuc.org.uk
- Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD.(2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*; 11:911-26.
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson S. (2000). Negative and Positive Health Effects of Caring for a Disabled Spouse: Longitudinal Findings From the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging, Vol. 15 (2)*, 259-271.
- Beaumont J.G., Kenealy P.M. (2003). Quality of life (QoL) of the Healthy Elderly: Residential Setting and Social Comparison Processes. Διαθέσιμο στο <http://www.esds.ac.uk/doc/5535%5Cmrdoc%5Cpdf%5C5535userguide.pdf>
- Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, et al.(1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*;13(10):717-26.
- Beekman ATF., Copeland JRM., Prince MJ. (1999) Review of community prevalence of depression in later life. *Brit J Psych* 174:307-311.
- Berlau DJ., Corrada MM., Kawas C. (2009) The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: findings from the 90 + study. *Int J Geriatric Psychiatry* 24(11): 1217-1225.
- Black, B., Rabins, P., German, P., McGuire, M., & Roca, R. (1997). Need and unmet need for mental health care among elderly public housing residents. *The Gerontologist*; 37: 717-728.
- Bland RC, Newman SC, Orn H. (1988). Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*;338: 57-63.

- Bookwala, J., & Schulz, R. (1996). Spousal similarity in Subjective Well-Being: The Cardiovascular Health Study. *Psychology and Aging, Vol. 11 (4)* , 582-590.
- Brenes GA, Guralnik JM, Williamson JD, et al. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *J Am Geriatr Soc*;53(1):34–9.
- Brita R., Diez-Roux AV., Seeman T., Ranijt N., Shea S., Cushman M. (2010). Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Psychosomatic Medicine*; 72:134-140
- Brodaty H, Green A, Koschera A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc*; 51(5):657-64.
- Bruce ML, McNamara R. (1992). Psychiatric status among the homebound elderly: an epidemiologic perspective. *J Am Geriatr Soc*;40(6):561–6.
- Callens S., Volbragt I., Nys H. (2007). Legal Thoughts on the Implications of cost-Reducing Guidelines for the Quality of Health Care. *Health Polich*; 80: 422-431
- Campbell, J.D. Yoon, D.P. Johnstone, B. (2010). Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *J. Relig. Health*; 49: 3-17.
- Cape ,R., & Henschke, P. (1980). Perspective on health in old age. *Journal of the American Geriatrics Society, 28*, 295-299.
- Carta MG., Bernal M., Hardoy MC., Haro-Abad JM. and the Report on the Mental Health in Europe working group. (2005) Migration and mental health in Europe – the state of mental health in Europe working group: appendix I. *Clin Prac Epidem Mental Health*. Διαθέσιμο στο <http://www.cpementalhealth.com/-content/1/1/13>
- Cefalu, W. T., & Wagner, J. D. (1997). Aging and atherosclerosis in human and nonhuman primates. *Age, 20*, 15-28.
- Chou K, Chi L (2000). Comparison between elderly persons living alone and those living with other. *Journal of Gerontology Social Work*; 33: 51-56.
- Cohen CI., Tteresi J., Holmes D. (1985) social networks, stress, and physical health: a longitudinal study of an inner-city elderly population. *J Gerontology 40(4):478-486*

- Copeland JRM., Beekman ATF., Dewey ME., Hooijer C., Jordan BA., et al. (1999) Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Brit J Psychiatry* **174:312-321**
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**, 347- 352.
- Dalgard OS., Bjork S., Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *Brit J Psychiatry* **166(1):29-34**
- Davis, J.W., Ross, P.D., Preston, S.D., Nevitt, M.C., & Wasnich, R.D. (1998). Strength, physical activity and body mass index: Relationship to performance based measures and activities of daily living among older Japanese women in Hawaii. *JAGS*, **46**, 274-279.
- Dellesaga, C., Fisher, K. (2001). Posthospital home care for frail older adults in rural locations. *Journal of Community Health Nursing*; **18: 247-260**.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*; **95: 542-575**.
- Diener, E. (2000). The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, **55**, 34- 43.
- Doka, K. J. (1993). *Living with Life- Threatening Illness*. New York: Lexington Books.
- Dragioti, E., Vitoratou, S., Kaltsouda, A., Tsartsalis, D. & Gouva M. (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire(CAQ) *Psychological reports*, 109(1): 77-92.
- Druley, J. A., Martire, L. M., Stephens, M. A. P., Ennis, N., & Wojno, W. C. (2003). Emotional Congruence in Older Couples Coping With Wives' Osteoarthritis: Exacerbating Effects of Pain Behavior. *Psychology and Aging*, **Vol. 18 (3)**, 406- 414.
- Fisher K., Shumaker L. (2004). Assessment of Depression and Cognitive Impairment Among Elders in Rural Housing Facilities. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*; **10(2):67-72**
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*; **41: 239-250**.
- Giltay EJ, Kamphuis MH, Kalmijn S, Zitman FG, Kromhout D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen elderly study. *Arch Intern Med*; **166:431- 6**.
- Giltay EJ, Kamphuis MH, Kalmijn S, Zitman FG, Kromhout D.(2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen elderly study. *Arch Intern Med*; **166:431- 6**.

- Gomez GE., Gomez EA. (1993). Depression in the elderly. *J Physicosoc Nurs Ment Health Serv* **31(5):28-33**
- Gondo Y., Poon LW. (2007) Gognitive function of centenarians and its influence on longevity. *Ann Rev Geront Geriatrics* **27:129-149**
- Gotlib, I. H., & Colby, C. A. (1987). *Treatment of depression: An interpersonal systems approach*. New York: Pergamon Press.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitiveinterpersonal integration*. New York: Wiley.
- Gouva M., Zagorgianakou R., Dragioti, E., Paschou, A. & Kotrotsiou, E. (2014). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK, *Interscientific health care*, (accepted).
- Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B. (1983). Does marriage have positive effects on the wellbeing of the individual? *Journal of Health and Social Behavior*, **24**, 122- 131.
- Graneheim HU., Lundman B. (2010) Experiences of loneliness among the very old: the Umea 85 + project. *Aging Mental Health* **14(4):433-438**
- Grewen K, Girdler SS, West SG, Bragdon E, Costello N, Light KC. (2000). Stable pessimistic attributions interact with socioeconomic status to influence blood pressure and vulnerability to hypertension. *J Womens Health Gen Based Med*; **9:905-15**.
- Hagestad G., Uhlenberg P. (2005) The social separation of old and young: The root of ageism. *J Soc Iss* **61(2):343-360**
- Hagihara, K. (2001). Why does elder abuse occur? [Koreisha gyakutai wa naze okoru?] *Visiting Nursing and Caregiving*; **6**: 371-383.
- Hammons MV (2003) State plan on aging FFY 2004-2007. Διαθέσιμο στο <http://www.cdhs.state.co.us/aas/PDFs/FourYearPlan2003.pdf>
- Hatch J., Gill-Body K.M., Portney L.G. (2003). Determinants of Balance Confidence in Community-Dwelling Elderly People. *Phys Ther*; **83:1072-1079**
- Hemingway H, Marmot M. (1999). Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*; **318:1460 -7**.
- Heydari J., Khani s., Shahhosseini Z. (2012). Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: Implications for policy makers. *Indian Journal of Science and Technology*; **5**: 2782-2787.
- Himmelfarb, S., & Murrell, S. A. (1984). The prevalence and correlation of anxiety symptoms in older adults. *Journal of Psychiatr*, **116**: 159-167

- Hogan DB., Ebly EM., Fung TS. (1999a) Disease, Disability and Age in cognitively intact seniors: Results from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A boil Sci Med Sci 54(92):M27-M82*
- Holmen K., Ericsson K., Andersson L., Winbland B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *J Adv Nurs 17(1):43-51*
- Holtsbert PA., Poon LW., Noble CA., Martin P. (1995). Mini-mental state exam status of community-dwelling cognitively intact centenarians. *Inter Psychogeriatrics 7:417-127*
- Howland J, Lachman ME, Peterson EW, et al. (1998). Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist.; 38: 549–555.*
- Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., & Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology of Aging; 14: 520–527.*
- Hungerford TL. (2001) The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany. *The Gerontologist 41(10):103-110*
- Imai, K. (1998). Bed-ridden elderly in Japan: Social progress and care for the elderly. *International Journal of Aging and Human Development; 46:157–170.*
- Jane-Llopis E., Katschnig H., McDaid D., and Wahlbeck K. (2007). *Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer.* Lisbon.
- Jeune B (2002) Living longer – but better? *Aging Clin Exp Res 14: 72-93*
- JMHLW Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (2009) *We are at the door to the super aged society.* Health and Welfare Bureau for the Elderly. Διαθέσιμο στο <http://mhlw.go.jp/english>
- Junginger J, Phelan E, Cherry K, et al. (1993). Prevalence of psychopathology in elderly persons in nursing homes and in the community. *Hosp Community Psychiatry;44(4):381–3.*
- Kaldi AR (2004) Physical, social, and mental problems of the elderly in district 13 of Tehran. *Age Ageing; 33: 322.*
- Karademas, E.C. (2010). Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. *J. Health Psychol.; 15: 239-247.*
- Katona, C., & Livingston, G. (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *The Lancet; 356: 91.*

- Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, et al. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the Normative Aging Study. *Circulation*;90(5):2225-9.
- Kemp B., Mosqueda L (2005) Elder financial abuse: an evaluation framework and supporting evidence. *J Am Geriatric Society* 53:1123-1127
- Kennedy, G. (2001). Psychopharmacology of late-life depression. *Annals of Long Term Care*; 9(3): 35-40.
- Kessler, R. C., & Essex, M. (1982). Marital status and depression: The importance of coping resources. *Social Forces*, 61, 484- 507.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (ncs-r). *Journal of the American Medical Association*; 289: 3095-3105.
- Khaw TK (1999) *Inequalities in Health*. In: Gordon D., Shaw M., Darling D., Smith GD. *Inequalities in health*. The Policy Press, Great Britain
- Kohrt, W. M., & Holloszy, J. O. (1995). Loss of skeletal muscle mass with aging. *Journal of Gerontology*, 50A, 68- 72.
- Kramer, A.F., Bherer, L., Colcombe, S.J., Dong,W., & Greenough, W.T. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*; 59A: 940-957.
- Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. (2001). Is the glass half empty or half full? a prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosom Med*;63:910-916.
- Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosom Med*;63:910-6.
- Kunik ME, Roundy K, Veazey C, et al. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*;127(4):1205-11.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close Emotional Relationships in Late Life: Further Support for Proactive Aging in the Social Domain. *Psychology and Aging, Vol. 9 (2)*, 315- 324.
- Lanza, A. F., Cameron, A. E., & Revenson, T. A. (1995). Perceptions of helpful and unhelpful support among married individuals with rheumatic diseases. *Psychology and Health*, 10, 449- 462.
- Lehtinen V., Michalak E., Wilkinson C., Dowrick C., Ayuso – Mateos JL., Dalgard OS., Casey P., Vazquez-Barquero JL., Wilinon G (2003) Urban –

rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe-evidence from the ODIN study. *Soc Psych & Psych Epidem* 38(6):283-289

- Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, et al. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*;9(2):113-35.
- Lewis J, (2007). Gender, Ageing and the New Social Settlement: the Importance of Developing a Holistic Approach to Care Policies. *Current Sociology*; 55: 271-286.
- Li L, Wang HM, Shen Y. (2003). Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation and normalization. *J Epidemiol Community Health*; 57:259-65.
- Lima M.G., Barros M.B.A. Cesar CLC., Coldbaum M., Carandina L., Ciconelli R.M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*; 25(10):2159-2167
- Long MJ., Stevenson-Marshall B. (2000) The relationship of impending death and age category to treatment intensity in the elderly. *J Eval Clin Pract* 6(1):63-70
- MacDonald AJD. (1997). ABC of mental health: Mental health in old age. *BMJ* 315:413-417
- Marks, N. (1996). Caregiving across the lifespan. National prevalence and predictors. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 45, 27- 36.
- Martin P, da Rosa G, Siegler IC, Davey A, Macdonald M, and Poon LW. (2006). Personality and longevity: Findings from the Georgia Centenarian Study. *Age.*; 28: 343-352.
- Martin P. (2002) Individual and social resources predicting well-being and functioning in later years: conceptual models, research and practice. *Ageing Int* 27:3-29
- Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Offord KP. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clin Proc.*; 75:140-143.
- Meeks -Sjostrom D (2004) A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholar* 36(3):247-250
- Montross L, Depp C, Daly J, Golshan S, Moore D (2006). Correlates of self-rated successful ageing among community dwelling other adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 14 (1): 43 - 51.
- Moritz, D. J., Kasl, S. V., & Berkman, L. F. (1989). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Depressive symptoms and social functioning. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, 17- 27.

- Moritz, D. J., Kasl, S. V., & Ostfield, A. M. (1992). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Blood pressure, self-rated health, and health behaviours. *Journal of Aging and Health, 4*, 244- 267.
- Motta M, Bennati E, Ferlito L, Malaguarnera M, and Motta L.(2005). Successful aging in centenarians: Myth and reality. *Arch Gerontol Geriatr.; 40: 241-251*.
- Myers, D. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist, 55*, 56- 67.
- Nalini B (2000) .Institutional care for the aged: Life twilight years. *Indian Journal of Community Guidance Service; 6(1): 27-29*.
- Nandi PS., Banerjee G., Mukherjee SP., Nandi DN. (1997) A study of Psychiatric Morbidity of the elderly population of a rural community in West Bengal. *Ind J Psychiatry 39(2):122-29*
- Nante N., Groth N., Guerrini M., Galeazzi M., Kodraliu G., Apolone G. (1999). Using the SF-36 in a rural population of elderly in Italy: a pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene; 40:1-7*
- Ogawa, N. (1989). Population aging and its impact upon health resource requirements at government and familial levels in Japan. *Ageing and Society; 9: 383-405*.
- Ostbye T., Hill G., Steenhuis R. (1999). Mortality in elderly Canadians with and without dementia. A 5 year follow-up. *Neurology 53(3):521-525*
- Paluska A.S., Schwenk T.L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med; 29(3):167-80*
- Park, C.L. Malone, M.R. Suresh, D.P. Bliss, D. Rosen, R.I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Qual. Life Res.; 17: 21-26*.
- Patil B. (2000) Psychosocial Problems of Retired. *Soc Wel 47(7):13-16*
- Peacock SC, Forbes DA. (2003) Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Can J Nurs Res; 35(4):88-107*.
- Pinqart M, Sfransen S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other social interventions with older adults? *Journal of Mental Health and Aging; 7(2):207 43*.
- Poon LW., Clayton GM., Martin P., Johnson MA., Courtenay BC., Sweaney AL., et al (1992) The Georgia Centenarian Study. *Int J Aging Hum Dev 34:1-17*
- Preston DB., Mansfield PK (1984) An exploration of stressful life events, illness and coping among the rural elderly. *Gerontoligst 24(5):490-494*

- Prince MJ., Beekman ATF., Deeg DJH., Fuhrer R., Kivela SL., Lawlor BA., et al. (1999) Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Brit J Psychiatry* 174:339-45
- Rabins, P., Black, B., German, P., Roca, R., McGuire, M., Brant, L., et al. (1996). The prevalence of psychiatric disorder in elderly residents of public housing. *Journals of Gerontology, Series A- Biological Sciences & Medical Sciences*; 51: M319-324.
- Ramos LR. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*; 19:793-8.
- Ratakonda SS., Mohan D., Kumar V., Khandelwal SK., Gopinathan, Nair PG. (1992) Physical illnesses among elderly psychiatric outpatients with depression. *Ind J Psychiatry* 34(1):41-45
- Renne, K. S. (1971). Health and marital experience in an urban population. *Journal of Marriage and the Family*, 23, 338- 350.
- Robbins, B., Rye, R., German, P., Wolfson, M., Penrod J., Rabins, P., et al. (2000). The psychogeriatric assessment and treatment in city housing (PATCH) program for elders with mental illness in public housing: Getting through the crack in the door. *Archives of Psychiatric Nursing*; 14: 63-172.
- Rodin, J. & McAvay, G. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *Journal of Gerontology*; 47: 373-384.
- Sales, E., Schulz, R., & Biegel, D. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 1-26.
- Samuelsson SM., Alfredson BB., Hagberg B., Samuelsson G., Nordbeck B., Brun A., Gustafson L., Risberg J (1997) The Swedish centenarian study: A multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100. *Int J Aging Hum Develop* 45(3):223-253
- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*; 67:1063-78.
- Scheier MF, Carver CS. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*; 4:219-247.
- Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*; 57:1024-1040.
- Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *J Pers Soc Psychol*; 51:1257-1264.

- Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The Role of Gender in Very Old Age: Profiles of Functioning and Everyday Life Patterns. *Psychology and Aging, Vol. 13 (4)*, 676- 695.
- Sorescu E.M. (2011). The Abuse of the Elderly. Views of the Social Care Professionals Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work; 3:54-62*.
- Stanley MA, Roberts RE, Bourland SL, et al. (2001). Anxiety disorders among older primary care patients. *Journal of Clinical Geropsychology;7105-16*.
- Stein MB, Heuser IJ, Juncos JL, et al.(1990). Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *Am J Psychiatry;147(2):217-20*.
- Sullivan MD. (1997) Maintaining good morale in old age. *West J Med 167(4):276-284*
- Susheela M (1997) Life satisfaction and some of the correlates among institutionalized and non-institutionalized elderly. *Nimhans J 15(30):215-18*
- Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med.;80: 429-434*.
- Tinker LF, Rosal MC, Young AF, Perri MG, Patterson RE, Van Horn L, et al. (2007). Predictors of dietary change and maintenance in the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. *J Am Diet Assoc;107:1155- 66*.
- Tower RB., Kasl SV. (1996) Gender, marital closeness and depressive symptoms in elderly couple. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 51B(3):115-129*
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1995). Depressive Symptoms Across Older Spouses and the Moderating Effect of Marital Closeness. *Psychology and Aging, Vol. 10 (4)*, 625- 638.
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1996). Depressive Symptoms Across Older Spouses: Longitudinal Influences. *Psychology and Aging, Vol. 11 (4)*, 683-697.
- USCB U.S. *Census Bureau (2005) National population estimates for 2005*. Διαθέσιμο στο <http://www.census.gov/papers1>
- Valente M. (1999) Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Hom Health Care Manag Pract 11:49-59*
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*, 473-83.
- Wattis J. (1996). Caring for Older People: What an old age psychiatrist does. *BMJ 313:101-105*

- Wetherell J.L., Lenze E.J., Stanley M.A. (2005). Evidence-Based Treatment of Geriatric Anxiety Disorders. *Psychiatr clin N Am*; **28:871-896**
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*; **38: 1583-1595**.
- WHO (2001) *World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>
- Williams, D. G. (1988). Gender, marriage, and psychosocial well-being. *Journal of Family Issues*, **9**, 452- 468.
- Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A., & Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*; **287: 742-748**.
- Wincur G., Palmer H., Dawson D., Binns M.A., Bridges K., Stuss D.T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*; **13:153-165**
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., Morgan, R., Woods, B., Burholt, V., Edwards, R., Reeves, C., Yeo, S. (2008). *Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: systematic review of effectiveness and cost-effectiveness*. University of Wales, Bangor. Διαθέσιμο στο : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11999/42401/42401.pdf>
- Wittchen HU., Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neropsychopharmacology* **15(4):357-376**
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Available: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/
- Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*; **61: 6-17**.
- Wyss K, Wagner AK, Whiting D, Mtasiwa DM, Tanner M, Gandek B, et al. (1999). Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. *Qual Life Res*; **8:111-20**.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley J. R. (1996). Relationships of Physical Disease and Functional Impairment to Depression in Older People. *Psychology and Aging, Vol. 11(4)*, 572- 581.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.

- Δαρδαβέσης, Θ. (1988). *Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα : Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
- Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- Καφέτσιος, Κ. (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, τόμος 40 (1)*.
- Μαλικιώση- Λοϊζου, Μ. (1980). Η ψυχολογία του γήρατος. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 39-40*, 342- 352.
- Μαλικιώση- Λοϊζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου, Δ. (1999). Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή/ και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας. Στο Δανάη Παπαδάτου, & Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). Υγεία και αρρώστια: Η θέση της ψυχολογίας.Στο Δανάη Παπαδάτου, & Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Χουσιάδας Β. Λ. (1999). Γήρανση : Πραγματικότητα και προβληματισμός. Συγκριτικά στοιχεία για την Ελλάδα και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Στο Αναστασία Κωσταρίδου- Ευκλείδη (Επιμέλεια), *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.