



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η διασύνδεση της σεξουαλικότητας των ηλικιωμένων με τους
ψυχολογικούς παράγοντες στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας**

Γιασιμούλα Δερμιτζάκη
Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα, Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας ΤΕΙ Ηπείρου, Επιβλέπων Καθηγήτρια
Έλενα Δραγκιώτη, Ψυχολόγος MSc Νοσοκομείο Σωτηρία, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια ΤΕΙ Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



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



**Elderly Person's Connection of sexuality with Psychological Factors
and Primary Health Care**

Copyright © Γασιμούλα Δερμιτζάκη, 2014

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.

Αυτή η εργασία αφιερώνεται...

Στον Παναγιώτη-Φοίβο

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αφορά στη διασύνδεση της σεξουαλικότητας των ηλικιωμένων με ψυχολογικούς παράγοντες στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ευχαριστώ θερμά, την επιβλέπουσά μου, κ. Μαίρη Γκούβα, που δέχθηκε να εποπτεύσει και να περιβάλλει με ιδιαίτερη φροντίδα κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας, καθώς και τις συνεπιβλέπουσες καθηγητές για όλη την καθοδήγηση και στήριξη.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
Περίληψη	10
Summary in English	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ	16
Η ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	21
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	25
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ	33
 ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	39
Ερευνητικές υποθέσεις	39
Υλικό και Μέθοδος	40
Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	41
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)	41
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	41
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos	43
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)	44
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)	45

Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF-36 (Ware και συν.1992)	46
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10; Bussing et al. 2005)	47
Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	48
Στατιστική επεξεργασία	48
Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	49
Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	49
Περιγραφή των ερωτώμενων	50
Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων	51
Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	58
Κλίμακες που μελετήθηκαν	59
Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν πιστεύουν ότι άρεσαν στο άλλο φύλο	63
Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών ικανοποίησης της σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων κατά το παρελθόν	67
Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών ικανοποίησης της σημερινής σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων	70
Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το τι είναι η σεξουαλική ζωή για τους ηλικιωμένους	73
Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το τι είναι η σημερινή σεξουαλική ζωή για τους ηλικιωμένους	76
Συζήτηση	80
Οριοθετήσεις	80
Το προφίλ των υπερηλικων	81
Η σεξουαλικότητα των Υπερήλικων	82

Η σχέση της Ικανοποίησης της Παρελθοντικής Σεξουαλικότητας με την Ψυχολογία των Ηλικιωμένων	83
Η σχέση της Ικανοποίησης της Παροντικής Σεξουαλικότητας με την Ψυχολογία των Ηλικιωμένων	84
Η σχέση της Σημαντικότητας της Παροντικής Σεξουαλικής Ζωής με την Ψυχολογία των Ηλικιωμένων	85
Συμπεράσματα - Προτάσεις	87
Βιβλιογραφία	89

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας συνεχίζουν να επενδύουν ουσιαστικά σε κοντινές συναισθηματικές σχέσεις. Αυτό αποδεικνύει πως η ανάγκη κάθε ατόμου για στενές και ουσιαστικές σχέσεις διατηρείται και στη μεγαλύτερη ηλικία και δεν αφορά μόνο τα νεότερα άτομα.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της στάσης των ηλικιωμένων απέναντι στην σεξουαλικότητα. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διασύνδεση της σεξουαλικότητας με τη γενική υγεία των υπερήλικων και τη στάση τους απέναντι στην οικογενειακή κρίση και την πνευματικότητά τους καθώς και το άγχος για την καρδιακή τους λειτουργία αλλά και με την επίδραση της σεξουαλικότητάς 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 2013 έως τον Φεβρουάριο του 2014.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES), β) το Τεστ προσανατολισμού της ζωής, γ) Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας (Short-Form Health Survey- SF-36), δ) η Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK), ε) η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), στ) η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS), ζ) Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS), η) η Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και ερωτήσεων στάσης και αυτοαναφερόμενων στοιχείων για την επίδραση της σεξουαλικότητας στην τρίτη ηλικία.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι: τα άτομα στην τρίτη ηλικία συνεχίζουν να επενδύουν ουσιαστικά σε κοντινές συναισθηματικές σχέσεις και όχι μόνο για να έχουν οφέλη από αυτές. Αυτό αποδεικνύει πως η ανάγκη κάθε ατόμου για στενές και ουσιαστικές σχέσεις διατηρείται και στη μεγαλύτερη ηλικία και δεν αφορά μόνο τα νεότερα άτομα. Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παρελθοντική τους ζωή εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα συνολικής τιμής εξωτερικής

ντροπής, αίσθημα κενού (empty - OAS), αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes - OAS), σύγκρουση (Conflict - (Form R-FES), και υψηλότερα επίπεδα (Avoidance - CAQ), αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R), Συνολική Βαθμολογία της διαχείρισης της Κρίσης στην Οικογένεια (Overall - F-COPES). Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παροντική τους ζωή εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας (LOT-R), προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation - R-FES). Οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι η σεξουαλικότητα είναι για αυτούς σημαντική εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αισθήματος κενού (empty - OAS), προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation) (R-FES), κοινωνικός ρόλος (SF - SF36), συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS - SF36), αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια μιας οικογενειακής κρίσης (Seeking Spiritual Support) (F-COPES), εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15), έναρξη σεξουαλικής ζωής και υψηλότερα επίπεδα στη σωματική λειτουργικότητα (PF - SF36).

Από τις διαπιστώσεις της παρούσας μελέτης γίνεται εμφανές το πόσο σημαντικό είναι να μελετήσει κανείς την ποιότητα της σεξουαλικότητας στην τρίτη ηλικία. Τα άτομα στις μεγαλύτερες ηλικίες στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στους συντρόφους τους εκτός από τη βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα σε ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη.

Λέξεις Ευρετηριασμού: Ηλικιωμένα Άτομα, Σεξουαλικότητα, Ντροπή, Οικογενειακή Κρίση, Υγεία, Ψυχολογία

The elderly persons continue to invest substantially in emotional relationships. This shows that the need of every person for meaningful relationships maintained in the older age and not just for the younger people.

The overall objective of this research study was to investigate the attitudes of elderly persons towards sexuality. More specifically, the purpose of this study was the connection of sexuality to the overall health of the elderly persons and their attitudes to family crisis and their spirituality and stress on cardiac function and the effect of their sexuality in Primary Health Care.

This research was conducted as part of the postgraduate Program "Primary Health Care" Medical School, University of Thessaly from February 2013 to February 2014.

The research tools which was used were: a) the Family Environment Scale (Family Environment Scale, Form R-FES), b) Test orientation of life (LOT-R), c) Scale and Spirituality religiosity (SpREUK), d) scale for measuring stress on cardiac function (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), e) scale measuring Crisis in the Family (F-COPES), f) the Other As Shamer Scale (OAS), g) The Experience of Shame Scale (ESS), even a questionnaire socio - demographic information and questions attitudes and self-reported data on the effect of sexuality in the old age.

Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical analysis of the data , which showed that: the elderly persons continue to invest substantially in close emotional relationships and not just to have benefits from them. This shows that the need of every person for close and meaningful relationships maintained and older and not just younger people. The elderly persons who are satisfied with their lives in past, they exhibit lower overall price external shame feelings of emptiness (empty - OAS), they perceived reaction of others when they make mistakes (Mystakes - OAS), conflict (Conflict - (Form R -FES), and higher levels (Avoidance - CAQ), the subject of optimism (LOT-R), overall rating of crisis management in the family (Overall - F-COPES). Elderly persons who are satisfied with their life in this time show higher levels of optimism (LOT-R), orientation towards active recreational activity (Active-Recreational Orientation - R-FES). Elderly persons who declared that

sexuality is important for them exhibit lower levels of feeling vacuum (empty - OAS), orientation for achievements (Achievement Orientation) (R-FES), social role (SF - SF36), Mental Health summary Scale (SF_MCS - SF36), find spiritual support during a family crisis (Seeking Spiritual Support) (F-COPES), a trust superior orientation (Trust in Higher Guidance / Source) (SpREUK-SF-15), beginning sexual life and higher levels of physical functioning (PF - SF36).

From the findings of this study is apparent how important is the study of the quality of sexuality in old age. The people at older ages rely heavily on their partners than aid in practical issues in need of emotional support.

Key Words: Elderly Persons, Sexuality, Shame, Family Crisis, Health, Psychology

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός στις σύγχρονες κοινωνίες, η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και το γενικότερο ενδιαφέρον για μια καλύτερη ποιότητα ζωής για όλες τις ηλικιακές ομάδες και ιδιαίτερα για την ομάδα των ηλικιωμένων. Οι πιθανότητες ίασης ενός προβλήματος υγείας αυξάνονται, το οξύ πρόβλημα υγείας γίνεται χρόνιο και οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν πλέον λόγω μιας χρόνιας αρρώστιας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα (Παπαδάτου, 1999). Ο καθένας από εμάς είναι πολύ πιθανό να γνωρίζει από κάποιο δικό του άτομο, μια ιστορία σχετικά με την απώλεια κάποιου φίλου ή συγγενή σε παλιότερα χρόνια, εξαιτίας μιας ασθένειας που στις μέρες μας θεραπεύεται ή έστω ελέγχεται.

Εφόσον πλέον οι άνθρωποι έχουμε τη δυνατότητα να ζούμε περισσότερα χρόνια, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως ζούμε και δίχως καθόλου προβλήματα υγείας, είναι ξεκάθαρη η ανάγκη για τη μελέτη ζητημάτων που σχετίζονται με έναν καλό τρόπο ζωής υπό τις δεδομένες συνθήκες. Η διατήρηση ενός ενεργού ρόλου στο κοινωνικό σύνολο και από τα άτομα που έχουν προβλήματα υγείας και οι προσωπικές σχέσεις, είναι δύο από τα σημαντικά αυτά ζητήματα. Για να μπορούν τα άτομα που πάσχουν από κάποια ασθένεια να κατέχουν ενεργό ρόλο στην κοινωνία, είναι απαραίτητο να ερευνώνται οι δυνατότητες και οι ανάγκες τους, και έτσι να μπορούμε να εκτιμούμε σωστότερα όσα μπορούν να προσφέρουν και να κατανοήσουμε τη θέση τους. Στην αντίθετη περίπτωση, ως κοινωνικός περίγυρος, γινόμαστε η αιτία για την επιπλέον ψυχολογική και γενικότερη επιβάρυνση αυτών των ατόμων στερώντας τους το δικαίωμα να ζήσουν όπως επιθυμούν.

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στην ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 65 ετών, τα οποία σταδιακά συνιστούν ένα μεγάλο τμήμα του γενικού πληθυσμού της χώρας μας. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας από το 1996, τα άτομα άνω των 65 ετών αναμένεται να αποτελέσουν το 20% του συνολικού πληθυσμού της χώρας κατά τις πέντε προσεχείς δεκαετίες, δηλαδή από το 2000-2050 (Χουσιάδας, 1999). 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.

Χαρακτηριστικά της Υγείας των Υπερηλίκων

Είναι συνηθισμένο οι ηλικιωμένοι να αντιμετωπίζονται ως μια οντότητα αλλά στην πραγματικότητα είναι μια ετερογενής ομάδα, η οποία θα πρέπει να διαχωρίζεται βάση της ηλικίας τους σύμφωνα με την οποία υπάρχουν διαφορετικά προβλήματα. Οι νεώτεροι ηλικιωμένοι δηλαδή τα άτομα μεταξύ 65 και 75 διαφέρουν από τους μεσαίους ηλικιωμένους ηλικίας 75 και 84. Τα υπερήλικα άτομα άνω των 85 χαρακτηρίζονται από διαφορετικές παθήσεις σε σχέση με αυτούς που έχουν φτάσει τα 95 (Hogan, et al, 1999).

Τα γηρατειά χαρακτηρίζονται ως η διαδικασία μιας προοδευτικής αλλαγής που συμβαίνει καθώς περνούν τα χρόνια ανεξάρτητα από τα τυχαία προβλήματα που υπάρχουν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου (Patil, 2000). Η γήρανση ως όρος συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο έως ότου καταλήξει στον θάνατο. Ωστόσο πολλοί ορίζουν τη γήρανση ως την προοδευτική απώλεια της λειτουργικής ικανότητας του οργανισμού, η οποία διαχωρίζεται σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια. Η πρωτοβάθμια έχει σχέση με την έκπτωση των βιολογικών ικανοτήτων του σώματος και η δευτεροβάθμια σχετίζεται με εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι ασθένειες, η διατροφή και οι ψυχικές διαταραχές. Οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην πρόωρη εμφάνιση της πρωτοβάθμιας γήρανσης, και θεωρούνται ότι είναι αναστρέψιμοι σε αρκετά μεγάλο βαθμό (Susheela, 1997).

Ο πληθυσμός που χαρακτηρίζεται από μεγάλο ρυθμό αύξησης στις βιομηχανοποιημένες χώρες είναι οι υπερήλικες και φαίνεται ότι για κάθε 100.000 κατοίκους αντιστοιχούν περίπου 10-20 υπερήλικες. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν περίπου 22 υπερήλικες σε ίδιο αριθμό πληθυσμού (USCB, 2005), αποτελώντας το 2% του πληθυσμού της χώρας (Motta, et al, 2005), ενώ στην Ιαπωνία περίπου 50 (JMHLW, 2009). Η επιβίωση έως τα 100 έτη

ζωής είναι σχετικά σπάνιο φαινόμενο αλλά ο αριθμός των υπερηλικών αυξάνεται κατά 8% ετησίως (Motta, et al, 2005).

Μόνο στον Καναδά τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών προβλέπεται ότι θα συνεχίζουν να αυξάνονται και εκτιμάται ότι έως το 2021 τα άτομα άνω των 65 θα αποτελούν το 18% του πληθυσμού σ' αυτή τη χώρα. Επίσης εκτιμάται ότι το 29% των ηλικιωμένων θα είναι μεταξύ των ηλικιών 75-84 και το 13% άνω των 85 ετών (Golant, 2001).

Εξ' ορισμού, οι υπερήλικες είναι τα άτομα που έχουν επιβιώσει και έχουν φτάσει τουλάχιστον τα 100 έτη ζωής, ξεπερνώντας κατά 20 έτη τον μέσο όρο προσδόκιμου ζωής. Γενικά τα άτομα άνω των 65 ετών θεωρούνται ηλικιωμένα ενώ τα άτομα άνω των 80 υπερήλικα (Poon, et al, 1992).

Ωστόσο μπορεί η εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας να είναι ένα χαρακτηριστικό των γηρατειών, οι διαδικασίες όμως που οδηγούν σε αυτήν είναι εξατομικευμένες και σε κάθε περίπτωση επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών και μη παραγόντων (Kramer, et al, 2004).

Οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνιολογικοί παράγοντες που συμβάλουν στην μακροβιότητα μπορεί να μην είναι ακριβώς ξεκάθαροι αλλά φαίνεται ότι οι γυναίκες απολαμβάνουν το πλεονέκτημα να ζουν περισσότερο. Επίσης φαίνεται ότι δεν υπάρχει κάποιος κυρίαρχος παράγοντας που να συμβάλλει στη μακροβιότητα αλλά το περιβάλλον του ατόμου, τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι εξελίξεις στις βιομηχανοποιημένες χώρες συμβάλλουν στην μακροβιότητα και την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού (Poon, et al, 2009).

Προβλήματα Ηλικιωμένων

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών μπορεί να είναι διαφορετικά από εκείνα που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες, δηλαδή τα άτομα συνήθως άνω των 80 ετών. Υπάρχουν 4 κύριες κατηγορίες προβλημάτων που χαρακτηρίζουν τους υπερήλικες και αφορούν στα σωματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, τα οικονομικά και τα κοινωνικά, τα οποία σχετίζονται κυρίως με τα ψυχικά προβλήματα και την παραμέληση (Meeks-Sjostrom, 2004).

Τα γηρατειά είναι συνυφασμένα με την μειωμένη σωματική ικανότητα, την έκπτωση της πνευματικής ικανότητας και την σταδιακή εγκατάλειψη του κοινωνικού ρόλου του ατόμου στις κοινωνικοοικονομικές δραστηριότητες, που συνεπάγεται την

μετάβαση από την οικονομική ανεξαρτησία στην οικονομική εξάρτηση από άλλους για υποστήριξη και κυρίως από την οικογένεια (Chou & Chi, 2001).

Πιο αναλυτικά τα προβλήματα των υπερηλικών συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- **Οικονομικά προβλήματα:** Η γήρανση και η συνταξιοδότηση συνεπάγονται απώλεια εισοδήματος, οδηγώντας στην οικονομική εξάρτηση των ηλικιωμένων κυρίως από τους συγγενείς τους (Susheela, 1997), καθώς ο χρόνος συνταξιοδότησης δεν έχει αναπροσαρμοστεί παρά το ότι το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί (Susheela, 1997). Έχει φανεί ότι μια από τις κυριότερες ανασφάλειες μεταξύ ηλικιωμένων και υπερηλικών είναι η οικονομική ανασφάλεια, ιδιαίτερα μεταξύ αυτών που κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους δεν κατάφεραν να εξοικονομήσουν κάποια χρήματα, γεγονός που συμβάλει στην έκπτωση της ψυχικής τους υγείας (Poon, et al, 1992).

Έχει επίσης φανεί ότι όταν τα ηλικιωμένα άτομα έχουν εξασφαλίσει κάποια οικονομική άνεση λόγω των σωματικών και ψυχικών προβλημάτων τους, συχνά πέφτουν θύματα εκμετάλλευσης από τον οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο (Kemp & Mosqueda, 2005).

Οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν ακόμη πιο χαμηλό εισόδημα από τον υπόλοιπο ηλικιωμένο πληθυσμό, κυρίως λόγω της ιστορικής τους εξάρτησης από τους συζύγους τους αλλά και την μη ύπαρξη προηγούμενης εργασίας (Copeland, et al, 1999). Επιπροσθέτως στην περίπτωση θανάτου του συντρόφους τους οι γυναίκες γίνονται περισσότερο ευάλωτες στην φτώχεια (Hungerford, 2001).

- **Προβλήματα υγείας:** Οι πλέον επικρατέστερες παθήσεις που φαίνεται ότι υπάρχουν μεταξύ υπερηλικών είναι αυτές του κυκλοφορικού συστήματος με πιο σημαντική την υπέρταση αλλά και την συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Επίσης φαίνεται ότι η οστεοπόρωση επικρατεί σε πολύ υψηλά επίπεδα μεταξύ των υπερηλικών (Poon, et al, 2009). Η απώλεια μυϊκής μάζας και οστικής πυκνότητας, αυξάνει τον κίνδυνο καταγμάτων (Tower & Kass, 1996).

Η γήρανση συνήθως επιφέρει προβλήματα υγείας καθώς υπάρχει μια σταδιακή έκπτωση της σωματικής δύναμης, απώλεια της ακοής και της όρασης καθώς και μειωμένη αντίσταση σε λοιμώξεις (Susheela, 1997). Εκτός από αυτά υπάρχουν πολλές και δύσκολες ιατρικές καταστάσεις που επικρατούν μεταξύ αυτών των ηλικιωμένων ατόμων όπως η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου, οι διάφορες καρδιοπάθειες, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η αρθρίτιδα και ο καρκίνος, αν και έχει φανεί ότι καθώς περνούν τα χρόνια αυτές οι ιατρικές καταστάσεις ενδέχεται να περάσουν στην ύφεση (Khaw, 1999).

Επίσης, εκτός από τα σωματικά προβλήματα υπάρχουν και οι ψυχικές νόσοι όπως η κατάθλιψη, το στρες, ο φόβος του θανάτου αλλά και η άνοια (Susheela, 1997).

Όλα τα παραπάνω, προκαλούν την ανάγκη για βοήθεια στην διεξαγωγή των οικιακών εργασιών αλλά και στην ατομική υγιεινή των ηλικιωμένων μειώνοντας την ικανότητά τους για αυτοεξυπηρέτηση (Hammons, 2003).

- **Κοινωνικά προβλήματα:** Συνήθως οι υπερήλικες βιώνουν μια απομάκρυνση από τον κοινωνικό κύκλο που είχαν τα προηγούμενα έτη και είναι αναγκασμένοι να χτίσουν ένα νέο κοινωνικό δίκτυο, το οποίο όμως πολλές φορές αποδεικνύεται δύσκολο. Εκτός από αυτό η απώλεια των συντρόφων, συγγενών και φίλων λόγω θανάτου, δυσκολεύει τη διατήρηση των υπάρχοντων κοινωνικών δικτύων και τη δημιουργία νέων. Δημιουργούνται αισθήματα φόβου όσον αφορά στον θάνατο, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απόγνωση, καθώς το άτομο αποθαρρύνεται, χάνει το ενδιαφέρον του για τη ζωή και μπορεί να αποζητά το τέλος της δικής του ζωής (Goldberg & Hiller, 1979).

Ωστόσο σε αντίθεση με την γενική εικόνα που έχει το ευρύτερο κοινό για τους υπερήλικες, υπολογίζεται ότι το 20-25% αυτών των ατόμων ζουν σε κοινότητες και συμμετέχουν ενεργά σε αυτές (Poon, et al, 2009). Σχεδόν των 50% των υπερηλικών πάσχει από κάποιου είδους ψυχική διαταραχή ή άνοια και όπως είναι αναμενόμενο περίπου το 70% εξ αυτών έχουν κάποιου είδους αναπηρία και μερικοί είναι εντελώς εξαρτημένοι από άλλα άτομα (Holtsbert, et al, 1995).

Σε μια έρευνα μεταξύ ηλικιωμένων σε σχέση με τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν άτομα με διαγνωσμένη κατάθλιψη φάνηκε ότι τα ποσοστά νόσων όπως υπέρταση, οστεοαρθρίτιδα και καταρράκτης ήταν σε υψηλότερα επίπεδα, γεγονός που ενισχύει την αντίληψη ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και οι υπερήλικες έχουν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Ratakonda et al, 1992).

Μια πτώση ενός ηλικιωμένου ατόμου μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες στην σωματική του λειτουργία και γι' αυτό το λόγο ο φόβος μιας πτώσης είναι μεταξύ των κύριων ανησυχιών μεταξύ του ηλικιωμένου πληθυσμού. Η σχέση όμως μεταξύ της σιγουριάς του ατόμου ότι μπορεί να διατηρήσει την ισορροπία του και της πραγματικής ικανότητας ισορροπίας και κινητικής λειτουργίας δεν είναι γνωστή. (Hatch, et al, 2003).

Μεταξύ των ατόμων που διαμένουν στην κοινότητα φαίνεται περισσότεροι από τους μισούς που έχουν ηλικία άνω των 62 ετών δηλώνουν ότι ο φόβος μιας πτώσης είναι μεγάλος (Howland, et al, 1998). Επίσης έχει φανεί ότι όσο πιο πολύ αυξάνεται η ηλικία του ατόμου τόσο πιο αυξημένος είναι και ο φόβος της πτώσης (Arfker, et al, 1994).

Σε μια έρευνα μεταξύ ατόμων άνω των 75 ετών φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν πτώση τον προηγούμενο χρόνο παρουσιάζουν πολύ πιο αυξημένα ποσοστά φόβου μιας νέας πτώσης. Επίσης το 27% των ατόμων που δεν έχουν υποστεί πτώση δηλώνουν ότι φοβούνται και αυτά την πιθανότητα μιας πτώσης (Tinetti, et al, 1986).

Τέλος σε μια έρευνα φάνηκε ότι μεταξύ 300 ηλικιωμένων ατόμων τα προβλήματα που τους απασχολούσαν περισσότερο ήταν το ότι ήταν αμόρφωτα, είχαν οικονομικά προβλήματα καθώς και προβλήματα με την καθημερινή τους ρουτίνα, δυσαρέσκεια με τη ζωή, έλλειψη ασφάλισης καθώς και πνευματικά και συναισθηματικά προβλήματα (Kaldi, 2004).

Η προσαρμογή στην τρίτη ηλικία

Στη Συμβουλευτική Ψυχολογία, επισημαίνεται η αναγκαιότητα να θέτονται από και για τον/ την ασθενή στόχοι που είναι πραγματοποιήσιμοι καθώς, όπως αναφέρει και η Μαλικιώση – Λοϊζου (1999), «η επιτυχία γεννάει επιτυχία- η αποτυχία αποτυχία». Πέρα από το χώρο της Συμβουλευτικής, όπου ο προσδιορισμός των επιθυμητών στόχων είναι βασικότατο βήμα της συμβουλευτικής διαδικασίας, όλοι μας έχουμε την ανάγκη να βλέπουμε τους στόχους μας να πραγματοποιούνται. Αυτό είναι πιο εύκολο όταν κινούμαστε προς επιτεύξιμους στόχους, σύμφωνους με τις δυνατότητές μας. Αυτές οι δυνατότητες αλλάζουν με την πάροδο των χρόνων. Η σπουδαιότητα της θέσπισης σε κάθε φάση της ζωής μας των κατάλληλων στόχων φαίνεται από το εύρημα του Diener, (2000), πως το αίσθημα ευχαρίστησης του ατόμου σταθεροποιείται και όταν αυτό προσαρμόζει τους εκάστοτε στόχους του βάσει των αλλαγών στις συνθήκες της ζωής του. Στις μεγαλύτερες ηλικίες οι περιορισμοί είναι περισσότεροι για το άτομο. Η προσαρμογή έχει άμεση σχέση με τη θέσπιση κατάλληλων στόχων από το άτομο και συμβάλλει στην εκτίμηση του για την ποιότητα της ζωής του.

Η Συντροφική Σχέση στην Τρίτη Ηλικία

Ο γάμος έχει αναδειχθεί ως ευεργετικός από διάφορες πλευρές για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Renne, 1971. Williams, 1988. Gove, Hughes, & Style, 1983. Kessler & Essex, 1982). Η ικανοποίηση από τη ζωή και η ατομική αναφορά για την ευτυχία, έχει βρεθεί πως επηρεάζονται από τις στενές σχέσεις, τη φιλία, το γάμο και την πίστη του ατόμου (Myers, 2000). Η σχέση του γάμου αποτελεί μια σχέση ζωής, μια παρέα, ένα στήριγμα. Όταν υπάρχουν εγγόνια, παιδιά ή ο/ η σύζυγος στη ζωή ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας, το αίσθημα της κοινωνικής ενσωμάτωσής του διατηρείται ανεξάρτητα από τη συναισθηματική υποστήριξη που δίνεται ή λαμβάνεται από αυτό (Lang & Carstensen, 1994). Μέσα από αυτή την έρευνα φαίνεται πως τα άτομα στην τρίτη ηλικία, με ή χωρίς πυρηνική οικογένεια, συνεχίζουν να επενδύουν ουσιαστικά σε κοντινές συναισθηματικές σχέσεις και όχι μόνο για να έχουν οφέλη από αυτές. Αυτό αποδεικνύει πως η ανάγκη κάθε ατόμου για στενές και ουσιαστικές σχέσεις διατηρείται και στη μεγαλύτερη ηλικία και δεν αφορά μόνο τα νεότερα άτομα.

Μια καλή συζυγική σχέση προσφέρει προστασία στα μέλη του ζευγαριού, ενώ μια κακή σχέση επιβαρύνει ποικιλοτρόπως τα πρόσωπα που εμπλέκονται σε αυτή. Όταν, για παράδειγμα, υπάρχουν πολλές αρνητικές αλληλεπιδράσεις σε μία σχέση, και το ένα μέλος έχει καταθλιπτικά συμπτώματα, το άλλο μέλος του ζευγαριού που δεν έχει κατάθλιψη μπορεί να αναπτύξει (Coyne και συν., 1987; Gotlib & Hammen, 1992). Αυτό το φαινόμενο γίνεται πιο έντονο ανάλογα με την εγγύτητα στο ζευγάρι (Gotlib & Colby, 1987). Από την άλλη πλευρά, οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη σε ένα άτομο, μπορούν να εξουδετερωθούν από το/ τη σύντροφο στα πλαίσια ενός γάμου που χαρακτηρίζεται από εγγύτητα μεταξύ των μελών (Tower & Kasl 1995; Tower & Kasl, 1996.).

Στα πλαίσια της συζυγικής σχέσης, έχει εντοπιστεί αλληλοεπιρροή μεταξύ των συντρόφων στα συναισθήματα και στις εκτιμήσεις για την ποιότητα της ζωής. Οι Bookwala & Schulz (1996), εξετάζοντας τη δυνατότητα να προβλεφθούν η αντίληψη για την υγεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τα αισθήματα για τη ζωή σαν σύνολο, και η ικανοποίηση με το νόημα και το σκοπό της ζωής ενός μέλους του ζευγαριού με βάση την αντίστοιχη εκτίμηση του άλλου μέλους, παρατήρησαν πως οι δυο εκτιμήσεις ήταν αρκετά όμοιες. Εντοπίστηκε διαφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, με τις γυναίκες να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα. Τέλος, η αλληλοεπιρροή γίνεται εμφανής από την παρατήρηση πως τα λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, η μεγαλύτερη ικανοποίηση με το νόημα και το σκοπό της ζωής και πιο θετικά αισθήματα στους συζύγους για τη ζωή συνολικά, σχετίζονταν με περισσότερο θετικά αισθήματα για τη ζωή και στις γυναίκες. Σε ζευγάρια τρίτης ηλικίας έχει ερευνηθεί και η συμφωνία στα συναισθήματα κατάθλιψης και θυμού μεταξύ των μελών, σε περιπτώσεις όπου οι γυναίκες είχαν οστεοαρθρίτιδα (Druley, Martire, Stephens, Ennis & Wojno, 2003). Το αρχικό επίπεδο θυμού και τα αρχικά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ασθενών σχετίζονταν με αύξηση στο επίπεδο θυμού των συζύγων. Στην αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των συζύγων, συνέβαλαν οι άμεσες εκδηλώσεις πόνου των ασθενών γυναικών. Σε άλλες έρευνες (Moritz, Kasl, & Berkman, 1989. Moritz, Kasl, & Ostfield, 1992), έχει βρεθεί πως, το να ζει κάποιος με ένα άτομο που έχει κάποια ασθένεια, σχετίζεται με μεγαλύτερη κατάθλιψη και χειρότερη κατάσταση υγείας.

Από αυτά γίνεται εμφανές το πόσο σημαντικό είναι να μελετήσει κανείς την ποιότητα της συζυγικής σχέσης στην τρίτη ηλικία. Τα άτομα στις μεγαλύτερες ηλικίες στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στους συντρόφους τους για βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα αλλά και για συναισθηματική υποστήριξη. Συνήθως στα ζευγάρια στην τρίτη ηλικία, ο/ η σύζυγος- εάν ζει- αποτελεί το άτομο που κυρίως φροντίζει τον/ την ασθενή (Lanza, Cameron, & Revenson, 1995; Marks, 1996). Επίσης επισημάνθηκε το ότι σε ένα ζευγάρι, το ένα μέλος επηρεάζει το άλλο συναισθηματικά και στην εκτίμηση για την ποιότητα της ζωής. Όταν μια σχέση είναι καλή, θα δίνει στο άτομο μια αίσθηση ασφάλειας και θα επιτρέπει το βίωμα θετικών συναισθημάτων, μέσα από μια ποικιλία ευνοϊκών αλληλεπιδράσεων.

Επιδράσεις της συντροφικής σχέσης στην υγεία των ηλικιωμένων

Αυτό που επισημαίνεται για τις περιπτώσεις όπου υπάρχει ασθένεια σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, είναι πως τα προβλήματα υγείας από μόνα τους δε συνοδεύονται απαραίτητα από συμπτώματα προβλημάτων στη σεξουαλικότητα. Η συναισθηματική κατάσταση των ατόμων και η προσαρμογή τους στην τρίτη ηλικία, διαπιστώθηκε να σχετίζεται περισσότερο με την αντίληψή τους για την επίδραση των προβλημάτων υγείας στη σεξουαλικότητά τους και για τη σοβαρότητά τους, από ό, τι αυτός καθαυτός ο αριθμός των προβλημάτων. Όπως φαίνεται και μέσα από σχετική έρευνα των Zeiss, Lewinsohn, Rohde & Seeley (1996), η αρρώστια συσχετίζεται με την κατάθλιψη όταν συνοδεύεται από πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου, η οποία βέβαια έχει άμεση σχέση με τον αριθμό των προβλημάτων υγείας. Στην έρευνά τους υπήρχαν περιπτώσεις ασθενών που δεν ανέφεραν πτώση στο επίπεδο της λειτουργικότητάς τους, και αυτοί ήταν άτομα με μια διαγνώσιμη αρρώστια που μπορούσε να ελεγχθεί επαρκώς με κατάλληλη θεραπεία. Αυτά μπορούν γίνουν κατανοητά αν σκεφτούμε πως, αυτό που ενοχλεί σε κάποια ασθένεια, είναι κυρίως τα εμπόδια που θέτει και που έχουν να κάνουν με τον περιορισμό σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας, είτε λόγω του πόνου είτε λόγω της πτώσης της λειτουργικότητας που την ακολουθούν. Για παράδειγμα οι ασθενείς δεν μπορούν να κάνουν τόσο εύκολα τις δουλειές τους, να κινούνται και να μετακινούνται χωρίς εμπόδια όσο αυτοί που δεν έχουν προβλήματα υγείας.

Σύμφωνα με τους Tower & Kasl (1995), όταν στα πλαίσια του ζευγαριού υπάρχουν προβλήματα υγείας, παρατηρούνται κάποιες διαφορές σε σχέση με τα δύο φύλα : οι γυναίκες διατηρούν τον υποστηρικτικό τους ρόλο ανεξάρτητα από τις δικές τους δυσκολίες, επηρεάζονται περισσότερο από τα προβλήματα υγείας σε σχέση με τους άνδρες, και η κατάσταση της υγείας τους συνεχίζει να τις επιβαρύνει συναισθηματικά ακόμα και στα πλαίσια μιας στενής σχέσης (κάτι που δεν ίσχυε για τους άνδρες). Ο Sales και συν. (1992), με βάση έρευνες που μελετούν την επίδραση του φύλου στην περίπτωση μιας χρόνιας ασθένειας όπως ο καρκίνος, επισημαίνουν πως οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν περισσότερο άγχος και δίνουν σημαντικότερη φυσική και συναισθηματική υποστήριξη στους συζύγους τους από ό, τι οι ηλικιωμένοι άνδρες. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, το πιο πιθανό είναι να πάσχουν και οι δύο σύντροφοι από μια σοβαρή ή λιγότερο σοβαρή ασθένεια. Η παροχή φροντίδας στο/στη σύντροφο που πάσχει από κάποια αρρώστια, εκτός από αρνητικές επιδράσεις- όπως στρες- μπορεί να δώσει στο άτομο που την προσφέρει και θετικά στοιχεία- όπως να αποτελέσει πηγή προνομίων για τη νοητική του υγεία (Beach, Schulz, Yee & Jackson, 2000).

Διαφορές μεταξύ των φύλων

Μια γενικότερη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στη μεγαλύτερη ηλικία είναι πως οι γυναίκες φαίνεται να είναι λιγότερο ευχαριστημένες και ικανοποιημένες από τη ζωή τους σε σχέση με τους άνδρες. Σε ένα ζευγάρι είναι πιθανό να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις και οι ανάγκες του ενός σε μεγάλο βαθμό, αλλά να μην ισχύει το ίδιο και για τον άλλον. Ο ένας, λοιπόν, μπορεί να είναι ικανοποιημένος από τη σχέση με το/ τη σύζυγό του/ της και ο άλλος όχι. Επίσης μπορεί το ένα μέλος να επενδύει πολλά πάνω στη συζυγική σχέση, αλλά το άλλο να επικεντρώνεται σε άλλου είδους σχέσεις και δραστηριότητες. Αυτές οι υποθετικές διαφορές δεν έχουν να κάνουν απαραίτητα με το φύλο. Σε έρευνες έχουν βρεθεί γενικά διαφορετικές επιδράσεις στους άνδρες και στις γυναίκες από τη συζυγική σχέση. Οι άνδρες φαίνεται να κερδίζουν περισσότερο από το γάμο σε σχέση με τις γυναίκες (Aneshensel, Frerichs, & Clark, 1981; Gove και συν., 1983). Όταν ο γάμος είναι δυστυχισμένος, έχει βρεθεί πως οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες (Gove et al., 1983; Williams, 1988).

Σύμφωνα με τους Smith & Baltes (1998), από τις γυναίκες από 70 ετών και άνω, αυτές που έχουν περισσότερες λειτουργικές αδυναμίες, αναφέρουν πως λαμβάνουν πιο πολλή πρακτική βοήθεια, και προσφέρουν πιο πολλή συναισθηματική υποστήριξη. Η συναισθηματική υποστήριξη που προσφέρουν οι γυναίκες, ενισχύει τη συναισθηματική τους κατάσταση και την αυτοεκτίμησή τους. Η Gilligan (1982) επισημαίνει πως, για τις γυναίκες στις Δυτικές κοινωνίες, η επιτυχημένη διαπροσωπική συμπεριφορά αποτελεί το πιο αξιόπιστο μέτρο για την αυτοαξία και την ικανότητα. Μπορούμε να υποθέσουμε πως οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες όταν η σχέση τους δεν είναι καλή.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στα ηλικιωμένα άτομα αφορά στη δημιουργία ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να ενδυναμώσουν και να προάγουν την βέλτιστη υγεία και ανάπτυξη. Η επίτευξη της καλής ψυχικής υγείας προάγει και την ποιότητα της ζωής του ατόμου (Jane-Llopis, et al, 2007). Η καλή ψυχική υγεία καθιστά τους ανθρώπους ικανούς να εκμεταλλευτούν τις δυνατότητες και ικανότητές τους στο έπακρο και να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές της ζωής καθώς και τα σοβαρά γεγονότα που μπορεί να αντιμετωπίσουν και να έχουν καλή ποιότητα ζωής (WHO, 2004).

Η ψυχική υγεία καθορίζεται από παράγοντες που αλληλεπιδρούν και μπορούν είτε να αυξήσουν είτε να απειλήσουν την ευημερία ενός ατόμου. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία αφορούν στην συμπεριφορά και στο στυλ ζωής του ίδιου 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).

Τα γηρατειά 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. Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων ατόμων σχετικά με την ποιότητα ζωής τους επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τον τόπο διαμονής τους. (Beaumont & Kenealy, 2003).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ ατόμων μέσης ηλικίας 77 ετών (134 γυναίκες και 59 άνδρες), φάνηκε ότι τα 30 άτομα διέμεναν σε οίκο ευγηρίας, τα 42 σε ξενώνα, τα 37 με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, τα 40 μόνα τους για άνω των 10 ετών και τα 44 μόνα τους για κάτω από 10 έτη. Σ' αυτή τη μελέτη φάνηκε ότι ο τόπος διαμονής είχε καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και φάνηκε ότι τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομεία είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα υγείας. Τα άτομα που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους παρουσίαζαν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους. Επίσης φάνηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους είχαν την τάση να υιοθετούν περισσότερο θετικές στρατηγικές προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες. Επίσης φάνηκε ότι τα άτομα που ήταν ικανοποιημένα από τον τόπο διαμονής τους ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν καλή και συνεπώς είχαν υψηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής τους (Beaumont & Kenealy, 2003).

Έχει φανεί ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλλει στην διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στην γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων (Wilson, et al, 2002; Hultsch, et al, 1999).

Στα γηρατειά 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 (Rodin, et al, 1992; Albert, et al, 1995).

Σε μια έρευνα στην Ιταλία μεταξύ υπερηλίκων με ηλικία μεταξύ 76-98, το 68% ήταν γυναίκες και το 42% των συμμετεχόντων διέμενε με τα παιδιά του ενώ του 22% δήλωσε ότι διέμενε μόνο του. Το εκπαιδευτικό επίπεδο σχεδόν του συνόλου ήταν χαμηλό. 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 οικογένειάς μείωναν το αίσθημα της μοναξιάς (Nante, et al, 1999).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στο Ιράν μεταξύ 220 ηλικιωμένων ατόμων που διέμεναν με την οικογένειά τους και με αυτούς που διέμεναν σε γηροκομείο φάνηκε ότι τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομείο παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά στην

ποιότητα ζωής σε σχέση με την πνευματική και σωματική τους υγεία, από εκείνους που διέμεναν με την οικογένειά τους. Σ' αυτή την έρευνα φάνηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση του ατόμου (Heydari, et al, 2012).

Επιβαρυντικοί Παράγοντες για την Ποιότητα Ζωής των Υπερηλίκων

Τα γεγονότα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου είναι καθοριστικοί παράγοντες για την σωματική και ψυχική υγεία των υπερηλίκων 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 υπερηλίκων. 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 μεταξύ της επικράτησης ψυχικών διαταραχών και αντίξοων 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). 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 διαβίωσης 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). Η παρουσία ασθενειών αυξάνει με την ηλικία και συνεπώς οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν αρκετές ασθένειες. Η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων είναι συνδεδεμένη με πολλούς κοινωνικοδημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Σε μια μελέτη φάνηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων είναι το

κοινωνικό περιβάλλον, η ύπαρξη κατάθλιψης και η γνωστική ικανότητα με το πρώτο να θεωρείται το πιο σημαντικό (Beaumont & Kenealy, 2003). Σε δύο μελέτες μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων φάνηκε 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).

Έχει φανεί ότι μεταξύ των ατόμων ηλικίας 85-103 η μοναξιά έχει διπλά αποτελέσματα. Το πρώτο είναι ότι η ζωή με αναμνήσεις αγαπημένων ατόμων που έχουν πεθάνει και η αίσθηση εγκατάλειψης εντείνουν τα συναισθήματα μοναξιάς ενώ από την άλλη κάποιοι θεωρούσαν το να ζουν μόνοι τους ως ένδειξη ανεξαρτησίας και ελευθερίας και επιδείκνυαν αρκετά μεγάλη αυτοπεποίθηση. Συνεπώς το συναίσθημα της μοναξιάς μεταξύ αυτών των ηλικιών μπορεί να είναι είτε καταστροφικό είτε εποικοδομητικό και εξαρτάται από τις συγκυρίες της ζωής των ατόμων και την άποψη τους για τη ζωή και το θάνατο (Graneheim & Lundman, 2010).

Η μοναξιά μπορεί να επηρεάσει το 10% των ηλικιωμένων (Jeune, 2002). Σε μια μελέτη που είχε ως δείγμα 1725 άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω φάνηκε ότι το 35% των συμμετεχόντων βίωνε μοναξιά (Holmen et al, 1992) και έχει φανεί ότι η μοναξιά είναι επικρατέστερη μεταξύ των γυναικών (Holmen, et al, 1992).

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 υπερηλικά 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 υπερηλίκων 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 φάνηκε 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 φαίνεται 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).

Έχει φανεί 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 φαίνεται επίσης ότι η κοινωνική υποστήριξη παρέχει προστασία έναντι της σοβαρής κατάθλιψης (Dalgard, et al, 1995). Ωστόσο φαίνεται ότι λόγω της απώλειας των κοντινών δεσμών τους αλλά και την αυξημένη εξάρτησή τους οι υπερηλίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην μοναξιά (Jeune, 2002)

Σε μια μελέτη φάνηκε 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 φάνηκε ότι αναφορικά με την σωματική και συναισθηματική τους λειτουργία τα άτομα στα γηροκομεία παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά (Heydari, et al, 2012). Φαίνεται 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).

Στρατηγικές Αντιμετώπισης Προβλημάτων των Υπερηλίκων

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορεί να διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ των διαφόρων ομάδων ηλικιωμένων. Τα άτομα άνω των 85 που φαίνεται 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, ανεβασμένη 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).

Η αισιοδοξία ορίζεται ως μια γενικά θετική στάση έναντι των προσδοκιών που έχει ένα άτομο για το μέλλον του (Giltay, et al, 2006). Υπάρχουν πολλές μελέτες που έχουν συνδέσει τον προσανατολισμό για τη ζωή με τα επίπεδα αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας και τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νόσων (Hemingway & Marmot, 1999). Η αισιοδοξία γενικά ορίζεται ως η τάση του ατόμου να πιστεύει ότι οι μελλοντικές προσδοκίες και οι στόχοι του θα επιτευχθούν (Scheier, et al, 1994).

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η αισιοδοξία είναι ένας καλός προγνωστικός δείκτης για την σωματική υγεία και τη γενικότερη ευημερία ενός ατόμου. Επίσης η αισιοδοξία έχει συσχετισθεί με την βέλτιστη έκβαση της κατάστασης της υγείας ασθενών με ισχαιμική νόσο (Scheier, et al, 1989). Η αισιοδοξία είναι ένας παράγοντας που συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας (Maruta, et al, 2000) καθώς και στη μείωση νοσηρότητας από καρδιαγγειακές νόσους (Kubzansky, et al, 2001).

Η αισιοδοξία μπορεί να επηρεάζει την θνησιμότητα έμμεσα μέσω της υιοθέτησης συμπεριφορών που προάγουν καλύτερη υγεία. Από την άλλη πλευρά όμως η ύπαρξη κατάθλιψης θεωρείται ένας παράγοντας που εμποδίζει την ύπαρξη αισιοδοξίας και προωθεί συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία (Scheier & Carver, 1985). Η παρουσία όμως απαισιοδοξίας, η οποία ορίζεται ως η γενική τάση να περιμένει κάποιος αρνητικές εκβάσεις, έχει συσχετισθεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας από καρδιαγγειακές νόσους (Kubzansky, et al, 2001).

Η απαισιοδοξία αλληλεπιδρά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου και σε συνδυασμό αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης υπέρτασης (Grewen, et al, 2000). Σε μια έρευνα μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων φάνηκε ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αισιοδοξίας και του μειωμένου κινδύνου θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών νόσων (Giltay, et al, 2006). Η αισιοδοξία φαίνεται ότι συσχετίζεται με την υιοθέτηση καλύτερων συμπεριφορών μεταξύ των ηλικιωμένων, καθώς λόγω της αισιοδοξίας αυτός ο πληθυσμός μπορεί να προσέξει σε μεγαλύτερο βαθμό την υγεία του, αλλά και με την συναισθηματική ευελιξία. Επίσης τα ηλικιωμένα άτομα που χαρακτηρίζονται από αισιοδοξία είναι περισσότερο θετικά στο να αναζητήσουν υποστήριξη και βοήθεια και επίσης μπορούν να τηρήσουν το οποιοδήποτε θεραπευτικό

σχήμα που λαμβάνουν για την αντιμετώπιση των ασθενειών τους (Scheier, et al, 1986).

Ο προσανατολισμός της ζωής μπορεί να επηρεάσει την υιοθέτηση και διατήρηση συμπεριφορών, όπως η διατροφή και η σωματική άσκηση, που είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νόσων. Η αισιοδοξία ωστόσο έχει συνδεθεί με συμπεριφορές όπως η αυξημένη σωματική άσκηση, η αποφυγή του καπνίσματος, η μέτρια χρήση αλκοόλ και η αυξημένη λήψη τροφών όπως φρούτα και λαχανικά που συμβάλουν στην διατήρηση της υγείας (Tinker, et al, 2007). 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).

Σε μια μελέτη για την αντίληψη σχετικά με τη σχέση μεταξύ των καλών γηρατειών και της ικανοποίησης από τη ζωή, φάνηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι η ικανοποίηση από τη ζωή τους ήταν προϋπόθεση για τα επιτυχημένα γηρατεία, γεγονός που υποστηρίζεται διεθνώς από την άποψη ότι η ικανοποίηση για τη ζωή είναι ένας ουσιαστικός προγνωστικός παράγοντας για τη γενική ευημερία των ηλικιωμένων (Fisher, 1995; Diener, 1984).

Έχει φανεί 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).

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 & Poon, 2007). Σε μια έρευνα φάνηκε ότι οι υπερήλικες που αισθάνονταν υγιείς και αυτάρκεις, είχαν λιγότερα προβλήματα υγείας και καλύτερες πρακτικές. Το προφίλ υγείας των ατόμων άνω των 85 ετών φάνηκε 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 φανεί ότι αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης προβλημάτων συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά συνολικής ποιότητας ζωής, καθώς οι ασθενείς θεωρούν ότι μέσω της θείκης παρέμβασης έχουν καλύτερη υγεία σε σύγκριση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της θρησκείας (Campbell, et al, 2010).

Έχει φανεί 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 φαίνεται ότι συνδέεται με συμπεριφορές όπως η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και χαμηλότερων επιπέδων ανικανότητας (Karademas, 2010).

Τα ηλικιωμένα άτομα φαίνεται ότι έχουν την τάση να πλησιάζουν περισσότερο προς τη θρησκεία λόγω του ότι νιώθουν ότι αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης των προβλημάτων τους παρέχει ένα είδος 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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

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. Οι ηλικιωμένοι έχουν πολλές σωματικές δυσλειτουργίες και μειωμένη κινητική λειτουργικότητα (Imai, 1998).

Στο επίπεδο της 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. 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).

Οι υπερήλικες αναφέρουν ότι δεν έχουν πολλές κοινωνικές επισκέψεις και ότι είναι λιγότερο πιθανό να μιλήσουν στο τηλέφωνο ή να έχουν σύντροφο ή κάποιο άτομο που τους παρέχει περίθαλψη, αλλά συνήθως έχουν τα παιδιά τους που τους φροντίζουν με την διατροφή και τις καθημερινές δραστηριότητες (Martin et al, 1996). Ωστόσο οι περισσότεροι από αυτούς αναφέρουν ότι έχουν ένα έμπιστο άτομο με το οποίο μπορούν να μιλήσουν ή να βοηθηθούν όταν είναι άρρωστοι ή αντιμετωπίζουν ένα γενικότερο πρόβλημα υγείας (Martin et al, 1996).

Έχει φανεί ότι η κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζεται από την ηλικία, το είδος της οικογενειακής του κατάστασης, την στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στους ηλικιωμένους, τη στάση των ίδιων των ηλικιωμένων απέναντι στη

ζωή, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εάν είναι παντρεμένοι, ανύπαντροι ή χηρευμένοι, το διατροφικό τους πρόγραμμα και η ψυχολογική τους ευημερία. Συνεπώς επικρατεί η άποψη ότι για να προαχθεί η καλή υγεία των ηλικιωμένων θα πρέπει να υπάρχουν καλύτερα συνταξιοδοτικά προγράμματα που θα εξασφαλίζουν μια καλύτερη οικονομική κατάσταση (Valente, 1999).

Τα προγράμματα που απευθύνονται στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πολυδιάστατη κατάσταση της υγείας αυτών των ατόμων αλλά και τις κοινωνικές ανισότητες έτσι ώστε οι παρεμβάσεις που θα σχεδιαστούν να μπορούν να ανιχνεύουν τα άτομα εκείνα που έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και είναι περισσότερο ευάλωτα (Lima, et al, 2009).

Τα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές έρχονται αντιμέτωπα με κάποιου είδους κακοποίηση πολλές φορές και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Η κακοποίηση των ηλικιωμένων προκαλεί την εμφάνιση πολλών ψυχικών διαταραχών και έχει φανεί ότι τις περισσότερες φορές η κακοποίηση παρατηρείται όταν το ηλικιωμένο άτομο διαμένει με την οικογένειά του και όχι σε κάποιον οίκο ευγηρίας (Sorescu, 2011).

Η περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων στα γηροκομεία τις περισσότερες φορές σχετίζεται με την ανεπαρκή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αλλά και την ανυπαρξία υποστήριξης στους παρόχους φροντίδας. Έχει φανεί ότι οι επαγγελματίες υγείας που δεν είναι εκπαιδευμένοι σε θέματα που αφορούν στην περίθαλψη ηλικιωμένων καταφεύγουν σε κάποιου είδους κακοποίησης σε βάρος των ατόμων αυτών (Sorescu, 2011).

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, φάνηκε ότι ο ατομικός έλεγχος, η αισιοδοξία και η γενικότερη ευτυχία είχαν θετική επίδραση στην γενικά καλή γνωστική λειτουργικότητα. Επίσης φάνηκε 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 υπερηλικών 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 φάνηκε 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).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να προσφέρει συνεδρίες για τα ηλικιωμένα άτομα έτσι ώστε να τα ενδυναμώσει να δημιουργήσουν ικανοποιητική καθημερινή ρουτίνα και να τα βοηθήσει να διατηρήσουν ή ακόμη και να βελτιώσουν την ψυχική τους ευημερία. Η διατροφή και οι οδηγίες για την προσωπική υγιεινή θα πρέπει να είναι μεταξύ των θεμάτων που μπορούν να συζητηθούν στις συνεδρίες. Επίσης η κοινότητα στην οποία διαμένουν οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να έχει προγράμματα άσκησης για τους ηλικιωμένους με απώτερο σκοπό την σωματική τους ενδυνάμωση (Windle, et al, 2008). Επίσης θα πρέπει να παρέχονται συμβουλές και εκπαίδευση τόσο στους ίδιους τους ηλικιωμένους όσο και στα άτομα που τα φροντίζουν. (Windle, et al, 2008).

Σε μια έρευνα για την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων φάνηκε ότι οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν σε αυτές τις παρεμβάσεις ανέφεραν βελτίωση στην ψυχολογική τους ευημερία τόσο για τους ηλικιωμένους που διέμεναν στο σπίτι όσο και για αυτούς που διέμεναν σε γηροκομείο, αν και οι δεύτεροι ανέφεραν μεγαλύτερη βελτίωση στην ψυχική τους υγεία. Επίσης φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που ήταν εξειδικευμένοι σε θέματα που αφορούν στους ηλικιωμένους ήταν πιο αποτελεσματικοί στην εργασία τους σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν σχετική εκπαίδευση αναφορικά με τα προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους (Pinquart & Sorensen, 2001).

Σε μια άλλη έρευνα μεταξύ επαγγελματιών υγείας που ασχολούνταν με άτομα με άνοια και την αποτελεσματικότητά τους στην ψυχική τους υγεία φάνηκε ότι οι παρεμβάσεις που είχαν καλά αποτελέσματα ήταν αυτές που συμπεριελάμβαναν τους ίδιους τους ηλικιωμένους αλλά και τους φροντιστές τους και όταν οι παρεμβάσεις ήταν εντατικές και προσαρμοσμένες στις ανάγκες των φροντιστών. Αυτές οι παρεμβάσεις συμπεριελάμβαναν πρακτική υποστήριξη στους φροντιστές, ατομική συμβουλευτική και επαγγελματική υποστήριξη (Brodaty, et al, 2003).

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, φάνηκε 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 φροντίδας 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.

Ωστόσο τόσο οι οικογένειες των ατόμων αυτών όσο και τα κράτη θα πρέπει να αναγνωρίσουν τα προβλήματα που απασχολούν αυτή την πληθυσμιακή ομάδα όπως η

μοναξιά που βιώνουν, το χαμηλό βιοτικό και γνωστικό επίπεδο που την χαρακτηρίζει, οι χρόνιες νόσοι που τους ταλαιπωρούν, η απώλεια αυτονομίας, η κοινωνική συμπεριφορά απέναντί τους αλλά και οι διακρίσεις τις οποίες υφίστανται. Συνήθως τα ηλικιωμένα άτομα περιθωριοποιούνται κάτι που επιδεινώνει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία. Τα οικονομικά προβλήματα που υπάρχουν σε αυτή την ηλικία οδηγεί σε ανεπαρκή χρήση των συστημάτων υγείας, επιδείνωση της υγείας τους και περαιτέρω απομόνωση (Davis, et al, 1998).

Η αναγνώριση των διαταραχών ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη και οι γνωστικές δυσλειτουργίες στα ηλικιωμένα άτομα είναι κρίσιμης σημασίας και θα πρέπει να αναγνωρίζεται από το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Fisher & Shumaker, 2004).

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης των ηλικιωμένων απέναντι στην σεξουαλικότητα. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση της σεξουαλικότητας με τη γενική υγεία των υπερήλικων και τη στάση τους απέναντι στην οικογενειακή κρίση και την πνευματικότητά τους καθώς και το άγχος για την καρδιακή τους λειτουργία αλλά και με την επίδραση της σεξουαλικότητάς τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των υπερήλικων ανδρών και της ομάδας των υπερήλικων γυναικών ως προς τη σεξουαλικότητα,
- Σύγκριση της στάσης απέναντι στη σεξουαλικότητα με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά,
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η σεξουαλικότητα συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη (Gilbert, 1998; Gilbert, 2003). Ως προς τη στάση τους απέναντι στη σεξουαλικότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα που εμφανίζουν μια ώριμη στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα της ηλικίας τους θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα γενικής υγείας και υψηλότερα επίπεδα σε σχέση

με το δείγμα των υπερηλίκων που εμφανίζουν ανώριμη στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα.

- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της στάσης απέναντι στη σεξουαλικότητα με την πνευματικότητα και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα αυτής της σχέσης. Κατά συνέπεια, ως προς τη πνευματικότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα που εμφανίζουν μια ώριμη στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα της ηλικίας τους θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα πνευματικότητας και υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των υπερηλίκων που εμφανίζουν ανώριμη στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα.

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 2013 έως τον Φεβρουάριο του 2014.

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.

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0=ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87 (Gouva et al., 2014). Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

2.3.2 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την

κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93, (Gouva et al., 2014). Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

2.3.3 Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή (LOT-R)

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach $\alpha=0,716$. (Lyraeos et al., 2009).

2.3.4 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)

- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
 - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
 - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
 - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)

- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμόσκει από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

2.3.5 Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)

Η κλίμακα F-Copes είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετράει την κρίση στην οικογένεια και τους τρόπους αντιμετώπισής της και δημιουργήθηκε από τον McCubbin et al. (2001). Η κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ. Η κλίμακα περιλαμβάνει 5 παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, τους:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. Επανασχεδιασμός (Reframing)
3. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)
5. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)

Η ερώτηση 18 δεν περιλαμβάνεται σε κανέναν παράγοντα, παρά μόνο στη συνολική βαθμολόγηση, λόγω της χαμηλής φόρτωσής της στους παράγοντες. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,869 (Gouva et al., 2014).

2.3.6 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

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 et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο των Reiss et al. (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" (ο) 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 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 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 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).

2.3.7 Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36 (Ware και συν.1992)

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 σχηματίσθηκε 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.

2.3.8 Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10; Bussing et al. 2005)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με το τεστ SpREUK-sf-10 του Bussing από το Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke (Bussing, 2005). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 15 ερωτήσεων.

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είναι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=δεν ισχύει καθόλου έως 5=ισχύει απόλυτα. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach $\alpha=0,816$. (Gouva et al., 2014).

2.3.9 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) καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν τη στάση τους ως προς τη σεξουαλική τους ζωή και τη σεξουαλικότητα γενικότερα.

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 συσχετίσεις 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
OAS	0,793
ESS	0,802

SF-36	0,628
CAQ	0,875
F-COPES	0,736
SpREUK	0,846
LOTR	0,521
FES	0,609

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 OAS, ESS, CAQ, F-COPES και SpREUK θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Dragioti et al., 2011; McCubbin et al., 2001; Bussing et al., 2005). Ως εξαίρεση σημειώνεται τα ερωτηματολόγια SF-36, LOTR και FES στα οποία ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 95 ηλικιωμένοι Έλληνες. Από τους 95 ηλικιωμένους οι 34 (ποσοστό 35,8%) ήταν άνδρες και οι 61 (ποσοστό 64,2%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $73,89 \pm 5,5$, με εύρος 65-88, (πίνακας 2).

=====

Πίνακας 2. Κατανομή, 95 ηλικιωμένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	34 (35,8)	61 (64,2)	95 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη – μεγίστη	66 - 88	65 - 84	65-88	
Μέση τιμή (x ± SD)	76,59 ± 6	72,39 ± 4,6	73,89 ± 5,5	t=3,810 P=0,000

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t =T-test.

=====

4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων

Από τους 95 ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στη μελέτη, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, ποσοστό 64,2%, σε αντίθεση με τους άνδρες που ήταν μόνο 34 (ποσοστό 35,8%). Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ανδρών ήταν $76,59 \pm 6$, με εύρος 66-88 και των ηλικιωμένων γυναικών ήταν $72,39 \pm 4,6$, με εύρος 65-84 και με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,000$), συγκρινόμενοι με το T-test. Από το δείγμα των ηλικιωμένων της έρευνας και σύμφωνα με της απαντήσεις τους συμπεράνουμε ότι όλοι κατοικούν σε πόλη μικρότερη των 150.000 κατοίκων. Οι 60 (ποσοστό 63,2%) από τους ηλικιωμένους του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 10 (ποσοστό 10,5%) είναι διαζευγμένοι και οι 25 (ποσοστό 26,3%) έχουν απωλέσει το σύντροφό τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,014$) συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Κατανομή, 95 ηλικιωμένων κατά οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και καταγωγή

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	34 (35.8)	61 (64.2)	95 (100.0)	
Οικογενειακή Κατάσταση				
Έγγαμος (η)	28 (82.4)	32 (52.5)	60 (63.2)	
Διαζευγμένος (η)	0 (0.0)	10 (16.4)	10 (10.5)	$\chi^2_p = 10,175$
Χήρος (α)	6 (17.6)	19 (31.1)	25 (26.3)	$P = 0,006$
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Αναλφάβητος	2 (5.9)	10 (16.4)	12 (12.6)	
Απόφοιτος Δημοτικού	12 (35.3)	22 (36.1)	34 (35.8)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	6 (17.6)	11 (18.0)	17 (17.9)	
Απόφοιτος Λυκείου	9 (26.5)	14 (23.0)	23 (24.2)	Fisher's Exact Test=3,527
Απόφοιτος ΑΕΙ	5 (14.7)	4 (6.6)	9 (9.5)	$P = 0,481$
Καταγωγή				
Χωριό/Κωμόπολη	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Πόλη<150.000 κάτοικοι	34 (100.0)	61 (100.0)	95 (100.0)	
Πόλη>150.000 κάτοικοι	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

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

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, 1 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσε ότι είναι αναλφάβητος/η όσο και απόφοιτος/η ΑΕΙ, 2 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι γυμνασίου και απόφοιτοι λυκείου και 3 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 35,8%). Δηλαδή δεν βρέθηκαν στατιστικά

σημαντικές διαφορές στη σύγκριση των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ($p=0,481$) με το Fisher's Exact Test, (πίνακας 3).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 93,7%) οι ηλικιωμένοι έχουν αδέρφια, ενώ μόλις 1 στους 34 ηλικιωμένους άντρες δηλώνει πως δεν έχει αδέρφια και 5 στις 56 ηλικιωμένες γυναίκες αντίστοιχα. Το ίδιο συμβαίνει και με την ύπαρξη παιδιών, όπου και οι 34 ηλικιωμένοι άνδρες δηλώνουν πως έχουν παιδιά (ποσοστό 100,0%) και από τις ηλικιωμένες γυναίκες το ποσοστό που δηλώνει πως έχει παιδιά φτάνει το 93,4% (πίνακας 4).

=====

Πίνακας 4. Κατανομή, 95 ηλικιωμένων κατά ύπαρξη αδελφών, παιδιών, εγγονιών, κόρης και σε περίπτωση ύπαρξη κόρης αν ζει μαζί της.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	34 (35,8)	61 (64,2)	95 (100,0)	
Αδέρφια				
Ναι	33 (97.1)	56 (91.8)	89 (93.7)	L.R. =1.142
Όχι	1 (2.9)	5 (8.2)	6 (6.3)	P=0.415
Παιδιά				
Ναι	34 (100.0)	57 (93.4)	91 (95.8)	L.R. =3.641
Όχι	0 (0.0)	4 (6.6)	4 (4.2)	P=0.178
Εγγόνια				
Ναι	28 (82.4)	52 (86.7)	80 (85.1)	$\chi^2_{y}=0.069$
Όχι	6 (17.6)	8 (13.3)	14 (14.9)	P= 0.793
Έχετε κόρη;				
Ναι	20 (58.8)	39 (65.0)	59 (62.8)	$\chi^2_{p}=0.354$
Όχι	14 (24.1)	21 (35.0)	35 (37.2)	P= 0.552
Αν ναι, ζει κοντά σας				
Ναι	17 (81.0)	32 (82.1)	49 (81.7)	L.R. =0.011
Όχι	4 (19.0)	7 (17.9)	11 (18.3)	P=1.000

$\chi^2_{p} = \chi^2$ του Pearson, $\chi^2_{y} = \chi^2$ Yates, L.R.= πρόκειται για την τιμή του Likelihood Ratio, όπως δίδεται από το SPSS.

=====

Από τους ηλικιωμένους του δείγματος οι 8 στους 10 έχουν εγγόνια (ποσοστό 85,1%), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,793$) συγκρινόμενες με το χ^2 του Yates. Ως προς το αν έχουν κόρη οι 59 ηλικιωμένοι (ποσοστό 62,8%) απαντούν θετικά, εκ των οποίων οι 20 είναι ηλικιωμένοι άνδρες και

οι 39 ηλικιωμένες γυναίκες, σε αντίθεση με τους 35 ηλικιωμένους, 14 ηλικιωμένους άνδρες και 21 ηλικιωμένες γυναίκες, (ποσοστό 37,2%) οι οποίοι δηλώνουν πως δεν έχουν κόρη. Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 49 ηλικιωμένων (ποσοστό 81,7%) ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 11 ηλικιωμένων (ποσοστό 18,3%) που η κόρη τους δε ζει κοντά τους (πίνακας 4).

Οι 46 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι μένουν με τον ή την σύντροφό τους (ποσοστό 48,4%) ενώ οι 22 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι μένουν μόνοι τους και 16 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι με την οικογένεια τους. Επιπλέον, 6 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως μένουν με την κόρη τους, επίσης 4 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως μένουν με το γιο τους και μόλις ένας ερωτώμενος με την αδερφή του. Το 81,1% των ηλικιωμένων ερωτώμενων (82 αποκρίσεις) δήλωσαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι ενώ από αυτούς οι περισσότεροι (77 αποκρίσεις) δήλωσαν πως επιπλέον κολυμπούν στη θάλασσα κατά τη διάρκεια των διακοπών τους (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Κατανομή 95 ηλικιωμένων ως προς το με ποιόν μένουν, αν το καλοκαίρι κάνουν διακοπές και ως προς το αν κολυμπούν.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	34 (35.8)	61 (64.2)	95 (100.0)	
Με ποιο μένετε;				
Μόνος	4 (11.8)	18 (29.5)	22 (23.2)	
Σύντροφος	22 (64.7)	24 (39.3)	46 (48.4)	Fisher's Exact Test=7.603
Με την Κόρη μου	1 (2.9)	5 (8.2)	6 (6.3)	P=0.161
Με το Γιό μου	1 (2.9)	3 (4.9)	4 (4.2)	
Με την αδερφή μου	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (1.1)	
Με την οικογένειά μου	6 (17.6)	10 (16.4)	16 (16.8)	
Το καλοκαίρι πηγαίνετε διακοπές;				
Ναι	27 (81.8)	55 (90.2)	82 (87.2)	Fisher's Exact Test=1.905
Όχι	3 (9.1)	2 (3.3)	5 (5.3)	P=0.440
Σπάνια	3 (9.1)	4 (6.6)	7 (7.4)	
Το καλοκαίρι κολυμπάτε;				
Ναι	25 (73.5)	52 (85.2)	77 (81.1)	$\chi^2_y = 1.263$
Όχι	9 (26.5)	9 (14.8)	18 (18.9)	P=0.261

$\chi^2_y = X2yates$, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Οι 79 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 52 είναι ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 85,2%) και 27 ηλικιωμένοι άνδρες (ποσοστό 79,4%).

Είκοσι από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 21,3%), από αυτούς το 12,1% καταλαμβάνουν οι ηλικιωμένοι άνδρες και το 26,2% οι ηλικιωμένες γυναίκες (πίνακας 6).

=====

Πίνακας 6. Κατανομή 95 ηλικιωμένων κατά το αν πάσχουν από κάποιο χρόνιο σωματικό, ψυχιατρικό νόσημα, την καρδιά τους, αν έχουν σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και αν έχει υποβληθεί σε χειρουργείο και πόσο καλή υγεία πιστεύουν πως έχουν.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	34 (35,8)	61 (64,2)	95 (100,0)	
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο σωματικό νόσημα;				
Ναι	27 (79,4)	52 (85,2)	79 (83,2)	$\chi^2_y = 0,196$
Όχι	7 (20,6)	9 (14,8)	16 (16,8)	$P=0,658$
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο ψυχιατρικό νόσημα;				
Ναι	4 (12,1)	16 (26,2)	20 (21,3)	$\chi^2_y = 1,772$
Όχι	29 (87,9)	45 (73,8)	74 (78,7)	$P=0,183$
Πάσχετε από την καρδιά σας;				
Ναι	17 (50,0)	10 (16,4)	27 (28,4)	$\chi^2_y = 10,524$
Όχι	17 (50,0)	51 (83,6)	68 (71,6)	$P=0,001$
Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη				
Ναι	6 (17,6)	12 (19,7)	18 (18,9)	$\chi^2_y = 0,001$
Όχι	28 (82,4)	49 (80,3)	77 (81,1)	$P=0,974$
Έχετε Υπέρταση;				
Ναι	24 (70,6)	36 (59,0)	60 (63,2)	$\chi^2_p = 1,256$
Όχι	10 (29,4)	25 (41,0)	35 (36,8)	$P=0,262$
Έχετε χειρουργηθεί κάποια φορά στη ζωή σας;				
Ναι	26 (76,5)	45 (73,8)	71 (74,7)	$\chi^2_y = 0,002$
Όχι	8 (23,5)	16 (26,2)	24 (25,3)	$P=0,965$
Πόσο καλή υγεία είχατε στη ζωή σας;				
Μέτρια	7 (20,6)	10 (16,4)	17 (17,9)	
Καλή	17 (50,0)	26 (42,6)	43 (45,3)	$\chi^2_p = 1,271$
Πολύ καλή	10 (29,4)	25 (41,0)	35 (36,8)	$P=0,530$

$\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson, $\chi^2_y = \chi^2_{Yates}$.

=====

Επιπλέον, μόλις οι 27 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους αποκρίθηκαν πως πάσχουν από την καρδιά τους (ποσοστό 28,4%), οι 60 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους (ποσοστό 63,2%) δήλωσαν πως πάσχουν από υπέρταση ενώ οι 18 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους (ποσοστό 18,9%) δήλωσαν πως πάσχουν από διαβήτη. Ακόμη οι 45 ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 73,8%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους όπως και 26 ηλικιωμένοι άνδρες (ποσοστό 76,5%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους.

Ακόμη οι 17 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είχαν μέτρια υγεία στη ζωή τους (ποσοστό 17,9%). Από το δείγμα μας ο μισός πληθυσμός των ανδρών, δηλαδή 17ηλικιωμένοι άνδρες, απάντησε πως είχε καλή υγεία στη ζωή του (ποσοστό 50,0%), το ίδιο απάντησαν και 26 ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 42,6%). Οι 10 ηλικιωμένοι άνδρες δήλωσαν πως είχαν πολύ καλή υγεία στη ζωή τους (ποσοστό 29,4%) και το ίδιο αποκρίθηκαν 25 ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 41,0%) (πίνακας 6).

Από το δείγμα των ηλικιωμένων της έρευνας οι 1 στους 10 ξεκίνησε τη σεξουαλική του ζωή σε ηλικία 30 με 35 ετών, οι 2 στους 10, περίπου, σε ηλικία 25 με 30 ετών, οι 3 στους 10 περίπου σε ηλικία 20 με 25 ετών ενώ οι 4 στους 10 ξεκίνησαν τη σεξουαλική τους ζωή σε ηλικία 15 με 20 ετών, με πάρα πολύ στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,001$), συγκρινόμενες με το Fisher's Exact Test, (πίνακας 7). Άρα η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ερωτώμενων που κάνανε σεξ ήταν 21.37 ± 4.68 , με εύρος 14-35, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους, συγκρινόμενοι με το T-test ($p=0,000$). Πιο συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ανδρών ήταν 19.18 ± 3.66 , με εύρος 14-30 και των ηλικιωμένων γυναικών ήταν 22.62 ± 4.77 , με εύρος 14-35, (πίνακας 7).

Πίνακας 7. Κατανομή 95 ηλικιωμένων κατά το σε ποια ηλικία ξεκίνησε η σεξουαλική τους ζωή, σε ποια ηλικία αυνανιστήκαν, σε ποια ηλικία κάνανε σεξ, με πόσους συντρόφους είχαν σεξουαλικές σχέσεις στη μέχρι τώρα ζωή τους και αν πιστεύουν ότι άρεσαν στο άλλο φύλλο.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	34 (35,8)	61 (64,2)	95 (100,0)	
Σε ποια ηλικία ξεκίνησε η σεξουαλική σας ζωή;				
15-20 ετών	24 (70.6)	19 (31.1)	43 (45.3)	Fisher's Exact Test=14.665 P=0.001
20-25 ετών	8 (23.5)	25 (41.0)	33 (34.7)	
25-30 ετών	2 (5.9)	10 (16.4)	12 (12.6)	
30-35 ετών	0 (0.0)	7 (11.5)	7 (7.4)	

Σε ποια ηλικία αυνανιστήκατε;

Ελαχίστη - μεγίστη	9-16	8-21	9-21	t=-0.535
Μέση τιμή (x ± SD)	13.22 ± 2.06	13.63 ± 3.38	13.43 ± 2.78	P=0,595

Σε ποια ηλικία κάνατε σεξ;

Ελαχίστη - μεγίστη	14-30	14-35	14- 35	t=8,026
Μέση τιμή (x ± SD)	19.18 ± 3.66	22.62 ± 4.77	21.37 ± 4.68	P=0,000

Με πόσους συντρόφους είχατε σεξουαλικές σχέσεις στη μέχρι τώρα ζωή σας;

Ελαχίστη - μεγίστη	1-50	1-15	1-50	t=4.412
Μέση τιμή (x ± SD)	12.09 ± 12.85	2.23 ± 2.84	5.76 ± 9.26	P=0,000

Θα λέγατε ότι άρεσατε στο άλλο φύλλο;

Ναι	26 (76.5)	55 (90.2)	81 (85.3)	$\chi^2_y = 2.259$
Όχι	8 (23.5)	6 (9.8)	14 (14.7)	P=0.133

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), $\chi^2_y = X^2_{yates}$, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS, t =T-test.

Η μέση ηλικία αυνανισμού των ηλικιωμένων ήταν 13.43 ± 2.78 , με εύρος 9-21 ετών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους, συγκρινόμενοι με το T-test ($p=0,595$). Πιο συγκεκριμένα, η μέση ηλικία αυνανισμού των ηλικιωμένων ανδρών ήταν 13.22 ± 2.06 , με εύρος 9-16 και των ηλικιωμένων γυναικών 13.63 ± 3.38 , με εύρος 8-21.

Ο μέσος αριθμός των συντρόφων με τους οποίους είχαν σεξουαλικές σχέσεις στη μέχρι τώρα ζωή τους ήταν 5.76 ± 9.26 , με εύρος 1-50 σύντροφοι, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους, συγκρινόμενοι με το T-test ($p=0,000$). Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος αριθμός συντρόφων των ηλικιωμένων ανδρών ήταν 12.09 ± 12.85 , με εύρος 1-50 και των ηλικιωμένων γυναικών 2.23 ± 2.84 , με εύρος 1-15.

Οι 81 ερωτώμενοι ηλικιωμένοι (ποσοστό 85,3%) δήλωσαν πως πιστεύουν ότι άρεσαν στο άλλο φύλλο κατά τη διάρκεια της ζωής τους, εκ των οποίων 55 ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 90,2%) και 26 ηλικιωμένοι άνδρες (ποσοστό 76,5%) και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους, συγκρινόμενοι με το χ^2 Yates ($p=0,133$), (πίνακας 7).

Από τους 95 ηλικιωμένους του δείγματός μας το μεγαλύτερο ποσοστό 61,1% δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τη σεξουαλική τους ζωή κατά το παρελθόν και λιγότερο ικανοποιημένοι το 20%. Το 2,1% των ηλικιωμένων δηλώνουν πολύ δυσαρεστημένοι και λίγο το 6,3%, μέτρια απάντησε το 10,5% των ηλικιωμένων του

δείγματός μας χωρίς να διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων ερωτώμενων, στη σύγκριση με Fisher's Exact Test ($p= 0,645$).

Οι 32 ηλικιωμένοι (ποσοστό 33,7%) δήλωσαν πολύ δυσαρεστημένοι από τη σημερινή σεξουαλική ζωή του και λίγο δυσαρεστημένοι δήλωσαν οι 9 ηλικιωμένοι (ποσοστό 9,5%). Ακόμη, ούτε ικανοποιημένοι αλλά ούτε δυσαρεστημένοι δήλωσαν 27 ηλικιωμένοι (ποσοστό 28,4%) ενώ λίγο ικανοποιημένοι δήλωσαν 16 ηλικιωμένοι (ποσοστό 16,8%) και πολύ ικανοποιημένοι οι 11 ηλικιωμένοι (ποσοστό 11,6%) με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων, στη σύγκριση με το Fisher's Exact Test ($P=0.076$), (πίνακας 8).

Πίνακας 8. Κατανομή 95 ηλικιωμένων κατά το πόσο ικανοποιημένος (η) είναι από τη σεξουαλική ζωή που είχαν στο παρελθόν, πόσο ικανοποιημένος (η) είναι από τη σεξουαλική ζωή που έχουν σήμερα, τι θεωρούν ότι είναι η σεξουαλική ζωή για τους πιο ηλικιωμένους ανθρώπους και τι είναι για αυτούς η σεξουαλική ζωή σήμερα.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	34 (35,8)	61 (64,2)	95 (100,0)	

Πόσο ικανοποιημένος (η) είστε από τη σεξουαλική ζωή που είχατε στο παρελθόν;

Πολύ δυσαρεστημένος	0 (0.0)	2 (3.3)	2 (2.1)	Fisher's Exact Test=2.925 P=0.645
Λίγο δυσαρεστημένος	1 (2.9)	5 (8.2)	6 (6.3)	
Ούτε ικανοποιημένος- ούτε δυσαρεστημένος	3 (8.8)	7 (11.5)	10 (10.5)	
λίγο ικανοποιημένος	6 (17.6)	13 (21.3)	19 (20.0)	
Πολύ ικανοποιημένος	24 (0.0)	34 (55.7)	58 (61.1)	

Πόσο ικανοποιημένος (η) είστε από τη σεξουαλική ζωή που έχετε σήμερα;

Πολύ δυσαρεστημένος	6 (17.6)	26 (42.6)	32 (33.7)	Fisher's Exact Test=8.360 P=0.076
Λίγο δυσαρεστημένος	5 (14.7)	4 (6.6)	9 (9.5)	
Ούτε ικανοποιημένος- ούτε δυσαρεστημένος	12 (35.3)	15 (24.6)	27 (28.4)	
λίγο ικανοποιημένος	8 (23.5)	8 (13.1)	16 (16.8)	
Πολύ ικανοποιημένος	3 (8.8)	8 (13.1)	11 (11.6)	

Θεωρείτε ότι η σεξουαλική ζωή για τους πιο ηλικιωμένους ανθρώπους είναι

Καθόλου σημαντική	0 (0.0)	12 (19.7)	12 (12.6)	Fisher's Exact Test=13.492 P=0.007
Λίγο σημαντική	6 (17.6)	8 (13.1)	14 (14.7)	
Ούτε σημαντική- ούτε ασήμαντη	1 (2.9)	7 (11.5)	8 (8.4)	
Μέτρια σημαντική	14 (41.2)	12 (19.7)	26 (27.4)	
Πολύ σημαντική	13 (38.2)	22 (36.1)	35 (36.8)	

Για σας η σεξουαλική ζωή σήμερα είναι

Καθόλου σημαντική	5 (14.7)	18 (29.5)	23 (24.2)	Fisher's Exact Test=10.363 P=0.032
Λίγο σημαντική	6 (17.6)	13 (21.3)	19 (20.0)	
Ούτε σημαντική- ούτε ασήμαντη	2 (5.9)	10 (16.4)	12 (12.6)	
Μέτρια σημαντική	9 (26.5)	4 (6.6)	13 (13.7)	
Πολύ σημαντική	12 (35.3)	16 (26.2)	28 (29.5)	

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

Στην ερώτηση για τη σημαντικότητα της σεξουαλικής ζωής τους, οι 26 ηλικιωμένοι (ποσοστό 27,4%) και οι 35 ηλικιωμένοι (ποσοστό 36,8%) απάντησαν αντίστοιχα μέτρια σημαντική και πολύ σημαντική. Επίσης, καθόλου σημαντική δήλωσαν οι 12 ηλικιωμένοι (ποσοστό 12,6%) και λίγο σημαντική οι 14 ηλικιωμένοι (ποσοστό 14,7%), με πολύ σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων, στη σύγκριση με το Fisher's Exact Test ($P=0.007$).

Από τους 95 ηλικιωμένους του δείγματός μας, ποσοστό 24,2% δήλωσε ότι η σεξουαλική του ζωή σήμερα δεν είναι καθόλου σημαντική, το 20% των ηλικιωμένων δήλωσε ότι είναι λίγο σημαντική αντίθετα οι 13 ηλικιωμένοι (ποσοστό 13,7%) απάντησαν ότι η σημερινή σεξουαλική ζωή τους είναι μέτρια σημαντική και πολύ σημαντική απάντησαν οι 28 ηλικιωμένοι (ποσοστό 29,5%), (πίνακας 8).

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς τη διασύνδεση της σεξουαλικότητάς τους με ψυχολογικούς παράγοντες στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 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 7 ψυχομετρικά ερωτηματολόγια και 1 ερωτηματολόγιο γενικής υγείας. Στον παρακάτω πίνακα 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 Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)	
Συνολική βαθμολογία	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του.
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
Αίσθημα κενού (empty)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3,9,11,12,13 και 14.
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)	
Συνολική ντροπή	από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις του.
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
Σωματική ντροπή (bodily shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25
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.
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)	
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7 και 9 κατόπιν αντιστροφής τους.
Στάση απέναντι στη ζωή	
Στάση απέναντι στη ζωή	από το βαθμό που σημείωσε στην ανοικτή κλίμακα το άτομο.
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)	
Σχέσεις (Relationship Dimensions)	
Συνοχή (Cohesion)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 11, 41, 61
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
Σύγκρουση (Conflict)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)	
Ανεξαρτησία (Independence)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 5,

	15, 35, 45, 75, 85 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 18, 38, 68.
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)	
Οργάνωση (Organization)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος	
Γενικό Σύνολο	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 16, 20, 25 και 29.
Επανασχεδιασμός (Reframing)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 και 24.
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 14, 23, 27 και 30.

Support)	
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις 4, 6, 9 και 21.
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12, 17, 26 και 28.
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων συν την ερώτηση 18.
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)	
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5 και 6.
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 7, 13, 14 και 15.
Αντανάκλαση (Reflection)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 9, 10, 11 και 12.
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 ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν πιστεύουν ότι άρεσαν στο άλλο φύλο

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 95 ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή των 34 ανδρών και των 61 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 σαράντα πέντε 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 10. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν πιστεύουν ότι άρεσαν στο άλλο φύλο					
			T-Test		
	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	P
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)					
Συνολική βαθμολογία	14,65±8,80	12,79±6,42	,759	93	,450
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	4,06±3,54	3,64±3,63	,407	93	,685
Αίσθημα κενού (empty)	2,72±2,98	2,50±2,28	,258	93	,797
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	6,56±4,17	5,57±2,82	,848	93	,399
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)					
Συνολική ντροπή	42,69±11,07	43,21±11,71	-,162	93	,872
Χαρακτηρολογική ή ντροπή (characterologic shame)	19,00±5,59	18,36±5,46	,399	93	,691
Συμπεριφορική ντροπή	17,94±6,02	18,36±5,58	-,243	93	,809

(behavioral shame)					
Σωματική ντροπή (bodily shame)	5,75±2,58	6,50±3,55	-,944	93	,347
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)					
Total CAQ	1,04± ,81	1,68± ,98	-2,636	93	,010
Fear	1,13±1,13	2,02± 1,11	-2,730	93	,008
Avoidance	1,17±1,04	1,71± 1,12	-1,813	93	,073
Heart Focused Attention	,81± ,77	1,19± 1,07	-1,597	93	,114
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26,25±5,86	25,00±4,30	,761	93	,449
Στάση απέναντι στη ζωή					
Στάση απέναντι στη ζωή	7,67±5,43	5,50±2,03	1,471	93	,145
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)					
Σχέσεις (Relationship Dimensions)					
Συνοχή (Cohesion)	7,10±1,45	6,21±2,05	1,971	93	,052
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,84±1,23	5,43±,94	1,190	93	,237
Σύγκρουση (Conflict)	2,52±1,83	2,36±1,87	,304	93	,762
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)					
Ανεξαρτησία (Independence)	5,83±1,52	5,71±1,33	,260	93	,795
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	6,20±1,39	6,79±,803	-1,534	93	,128
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,67±1,84	5,14±1,563	-,910	93	,365
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	3,74±2,06	3,29±1,94	,769	93	,444
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-	5,04±1,80	5,50±2,35	-,849	93	,398

Religious Emphasis)					
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)					
Οργάνωση (Organization)	6,49±1,49	6,07±1,21	1,002	93	,319
Έλεγχος (Control)	5,17±1,62	5,64±1,28	-1,031	93	,305
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος					
Γενικό Σύνολο	50,91±5,69	50,57±5,29	,210	93	,834
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)					
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	27,91±6,48	24,07±8,97	1,928	93	,057
Επανασχεδιασμός (Reframing)	33,35±4,45	31,00±5,25	1,774	93	,079
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	13,73±4,19	13,21±5,37	,406	93	,685
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	14,69±3,55	15,57±2,93	-,877	93	,382
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	14,26±3,63	14,07±4,80	,170	93	,865
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	106,69±13,81	99,71±20,54	1,614	93	,110
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)					
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	42,02± 13,00	43,43± 16,86	-,356	93	,722
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	11,85±5,50	12,07±5,88	-,137	93	,892
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	15,86±4,50	16,36±7,56	-,338	93	,736
Αντανάκλαση (Reflection)	14,31±5,39	15,00±5,67	-,440	93	,661
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματική	2,5±,38	2,24±,45	2,230	93	,028

Λειτουργικότητα (PF)					
Σωματικός ρόλος (RP)	1,72±,42	1,46±,46	2,037	93	,044
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	1,65±,40	1,57±,44	,669	93	,505
Ζωτικότητα (VT)	3,38±,57	3,75±,45	-2,292	93	,024
Ψυχική υγεία (MH)	3,88±,53	4,03±,45	-,957	93	,341
Κοινωνικός ρόλος (SF)	2,86±,49	2,79±,51	,508	93	,613
Σωματικός πόνος (BP)	2,44±1,20	2,68±1,35	-,678	93	,500
Γενική υγεία (GH)	3,04±,43	3,10±,51	-,473	93	,637
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	9,69±1,32	9,48±1,17	,547	93	,586
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	11,78±1,09	12,14±1,22	-1,122	93	,265

Στον πίνακα 10, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι ηλικιωμένοι άνδρες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις ηλικιωμένες γυναίκες στις κλίμακες :

Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36)

Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36)

Ακόμη στον ίδιο πίνακα μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους άνδρες στις κλίμακες :

Στο σύνολο της μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (TOTAL CAQ)

Στο φόβο της μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Fear CAQ)

Ζωτικότητα (VT) (SF- 36)

5.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Ικανοποίησης της σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων κατά το παρελθόν

Στον πίνακα 11, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της ικανοποίησης της σεξουαλικής ζωής

των ηλικιωμένων κατά το παρελθόν όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS) ($p = 0,011$)

Αίσθημα κενού (empty- OAS) ($p = 0,039$)

Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes-OAS) ($p = 0,003$)

Avoidance (CAQ) ($p = 0,027$)

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R) ($p = 0,048$)

Σύγκρουση (R-FES) ($p = 0,000$)

Συνολική Βαθμολογία (Overall) Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) ($p = 0,032$)

Πίνακας 11: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών ικανοποίησης της σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων κατά το παρελθόν

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	3,465	,011
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	1,870	,123
Αίσθημα κενού (empty)	2,642	,039
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	4,432	,003
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	,835	,507
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	1,755	,145
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	1,210	,312
Σωματική ντροπή (bodily shame)	,813	,520
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Total CAQ	2,115	,085
Fear	1,889	,119
Avoidance	2,881	,027
Heart Focused Attention	,641	,635
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	2,496	,048

Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	,892	,472
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Συνοχή (Cohesion)	1,389	,244
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	2,452	,052
Σύγκρουση (Conflict)	5,668	,000
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Ανεξαρτησία (Independence)	1,221	,307
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	,575	,681
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	2,081	,090
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	1,683	,161
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	1,539	,198
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	,373	,827
Έλεγχος (Control)	,134	,969
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος		
Γενικό Σύνολο	,600	,664
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	1,549	,195
Επανασχεδιασμός (Reframing)	2,442	,052
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,104	,360
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	1,175	,327
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	1,162	,333
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	2,758	,032
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	,772	,546
Σωματικός ρόλος (RP)	,906	,464
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	,279	,891
Ζωτικότητα (VT)	,963	,432
Ψυχική υγεία (MH)	1,153	,337
Κοινωνικός ρόλος (SF)	,197	,939

Σωματικός πόνος (BP)	,389	,816
Γενική υγεία (GH)	1,287	,281
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	,362	,835
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	,989	,418
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)		
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	,811	,521
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	1,295	,278
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	1,128	,348
Αντανάκλαση (Reflection)	,719	,581
Σε ποια ηλικία αυνανιστήκατε	1,636	,180
Σε ποια ηλικία κάνατε σεξ	1,700	,157
Με πόσους συντρόφους είχατε σεξουαλικές σχέσεις στη μέχρι τώρα ζωή σας	1,269	,288

5.4 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Ικανοποίησης της σημερινής σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων

Στον πίνακα 12, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της σημερινής ικανοποίησης της

σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R) ($p = 0,038$)
 Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)(R-FES) ($p = 0,025$)

Πίνακας 12: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών ικανοποίησης της σημερινής σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	,861	,490
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	1,076	,373
Αίσθημα κενού (empty)	2,138	,082
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	,790	,535
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	1,069	,377
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	1,505	,208
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	1,246	,297
Σωματική ντροπή (bodily shame)	,214	,930
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Total CAQ	,043	,996
Fear	,360	,837
Avoidance	,095	,984
Heart Focused Attention	,945	,442
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	2,654	,038
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	2,259	,069
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Συνοχή (Cohesion)	,740	,567
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	,640	,636

Σύγκρουση (Conflict)	1,700	,157
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Ανεξαρτησία (Independence)	,269	,897
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	,350	,844
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	1,199	,317
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	2,933	,025
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	1,960	,107
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	,992	,416
Έλεγχος (Control)	1,383	,246
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος		
Γενικό Σύνολο	1,938	,111
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	,723	,579
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,939	,445
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	1,887	,120
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	1,141	,343
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	1,864	,124
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	1,719	,153
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	,557	,695
Σωματικός ρόλος (RP)	,184	,946
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	,413	,799
Ζωτικότητα (VT)	1,035	,393
Ψυχική υγεία (MH)	1,487	,213
Κοινωνικός ρόλος (SF)	1,099	,362
Σωματικός πόνος (BP)	1,256	,293
Γενική υγεία (GH)	,073	,990
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	1,003	,410
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	1,300	,276
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)		
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	,595	,667

Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	,269	,897
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	1,442	,227
Αντανάκλαση (Reflection)	,251	,908
Σε ποια ηλικία αυνανιστήκατε	,274	,894
Σε ποια ηλικία κάνατε σεξ	2,460	,051
Με πόσους συντρόφους είχατε σεξουαλικές σχέσεις στη μέχρι τώρα ζωή σας	,433	,785

5.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το τι είναι η σεξουαλική ζωή για τους ηλικιωμένους

Στον πίνακα 13, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του τι είναι η σεξουαλική ζωή για τους

ηλικιωμένους όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες:

Αίσθημα κενού (empty- OAS) ($p = 0,049$)

Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation) (R-FES) ($p = 0,023$)

Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support) (F-COPES) ($p = 0,013$)

Σωματική λειτουργικότητα (PF – SF36) ($p = 0,005$)

Κοινωνικός ρόλος (SF – SF36) ($p = 0,011$)

Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36) ($p = 0,004$)

Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15) ($p = 0,008$)

Σε ποια ηλικία κάνατε σεξ ($p = 0,023$)

Πίνακας 13: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το τι είναι η σεξουαλική ζωή για τους ηλικιωμένους

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	,567	,687
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	,385	,819
Αίσθημα κενού (empty)	2,487	,049
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	,430	,786
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	,809	,523
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	,343	,848
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	,843	,502
Σωματική ντροπή (bodily shame)	1,701	,157
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Total CAQ	,986	,419
Fear	,893	,472
Avoidance	,574	,682
Heart Focused Attention	1,108	,358
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,003	,410
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	1,608	,179
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Συνοχή (Cohesion)	1,025	,399
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	,181	,948
Σύγκρουση (Conflict)	1,591	,184
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Ανεξαρτησία (Independence)	,881	,479
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	2,975	,023
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	1,138	,344
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	1,634	,173
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	,412	,799
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	,135	,969
Έλεγχος (Control)	,328	,858
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος		
Γενικό Σύνολο	,228	,922
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	1,011	,406
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,767	,549
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	3,351	,013
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	,913	,460
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,635	,639
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	1,471	,218
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	3,988	,005
Σωματικός ρόλος (RP)	2,202	,075
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	,982	,422
Ζωτικότητα (VT)	,903	,466
Ψυχική υγεία (MH)	1,665	,165

Κοινωνικός ρόλος (SF)	3,460	,011
Σωματικός πόνος (BP)	1,294	,278
Γενική υγεία (GH)	,543	,704
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	,416	,797
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	4,101	,004
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)		
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	2,400	,056
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	2,425	,054
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	3,666	,008
Αντανάκλαση (Reflection)	,535	,710
Σε ποια ηλικία αυνανιστήκατε	,535	,710
Σε ποια ηλικία κάνατε σεξ	2,986	,023
Με πόσους συντρόφους είχατε σεξουαλικές σχέσεις στη μέχρι τώρα ζωή σας	1,391	,244

5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το τι είναι η σημερινή σεξουαλική ζωή για τους ηλικιωμένους

Στον πίνακα 14, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του τι είναι η σημερινή σεξουαλική ζωή για τους ηλικιωμένους όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

Συνολική βαθμολογία (OAS) ($p = 0,025$)

Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support) (F-COPES) ($p = 0,005$)

Σωματική λειτουργικότητα (PF - SF36) ($p = 0,001$)

Σε ποια ηλικία κάνατε σεξ ($p = 0,003$)

Πίνακας 14: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το τι είναι η σημερινή σεξουαλική ζωή για τους ηλικιωμένους		
	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	2,937	,025
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	2,163	,079
Αίσθημα κενού (empty)	1,924	,113
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	1,679	,162
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	1,825	,131
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	,781	,541
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	2,342	,061
Σωματική ντροπή (bodily shame)	,867	,487
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Total CAQ	1,337	,262
Fear	,910	,462
Avoidance	,734	,571
Heart Focused Attention	2,392	,056
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,801	,135
Στάση απέναντι στη ζωή		
Στάση απέναντι στη ζωή	1,470	,218

Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Συνοχή (Cohesion)	1,650	,169
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	2,027	,097
Σύγκρουση (Conflict)	,494	,740
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Ανεξαρτησία (Independence)	,265	,900
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	,424	,791
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	,269	,897
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	,630	,643
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	1,656	,167
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	1,499	,209
Έλεγχος (Control)	,540	,707
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος		
Γενικό Σύνολο	,356	,839
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	,510	,728
Επανασχεδιασμός (Reframing)	,734	,571
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	4,056	,005
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	,209	,933
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,417	,796
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	1,006	,408
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	5,207	,001
Σωματικός ρόλος (RP)	,703	,592
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	,421	,793
Ζωτικότητα (VT)	,600	,663
Ψυχική υγεία (MH)	,390	,816
Κοινωνικός ρόλος (SF)	1,657	,167
Σωματικός πόνος (BP)	1,193	,320
Γενική υγεία (GH)	2,137	,083

Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	,899	,468
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	,809	,523
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)		
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	1,468	,218
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	,705	,591
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	2,130	,083
Αντανάκλαση (Reflection)	1,516	,204
Σε ποια ηλικία αυνανιστήκατε	1,125	,355
Σε ποια ηλικία κάνατε σεξ	4,268	,003
Με πόσους συντρόφους είχατε σεξουαλικές σχέσεις στη μέχρι τώρα ζωή σας	2,095	,088

6. 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 ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπερηλικών και τη στάση τους ως προς τη σεξουαλικότητά τους στο συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από το χωροχρόνο και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες του παρόντος.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και της σεξουαλικότητας. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επίδραση της σεξουαλικότητας στη γενική τους υγεία θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Για να οριστεί μια αιτιώδη σχέση, θα απαιτείτο η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού υπερηλικών σε μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν των παρόντων απαντήσεων και της παρούσας στάσης ως προς τη σεξουαλικότητά 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 της σεξουαλικότητας και της γενικής τους υγείας. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι η παρούσα σεξουαλική στάση των υπερηλικών είναι η αιτία ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων ή το αντίστροφο.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τα δυναμικά των υπερηλικών κατά τη διάρκεια της παρούσας χρονικής στιγμής. Βεβαίως, δεν αποτέλεσε στόχο της παρούσας έρευνας η εξειδικευμένη μελέτη ψυχολογικών παραγόντων που ενδεχομένως να επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα των υπερηλικών, γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό

σχεδιασμό και εκτίμηση ποικίλων ακόμη παραγόντων για μια μελέτη αναδρομικού χαρακτήρα.

Το προφίλ των υπερηλίκων

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των υπερηλίκων της ελληνικής επαρχίας.

Από τους 95 ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στη μελέτη, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, πιο συγκεκριμένα οι 6 στους 10, σε αντίθεση με τους άνδρες που ήταν μόνο οι 4 στους 10. Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ανδρών ήταν $76,59 \pm 6$, με εύρος 66-88 και των ηλικιωμένων γυναικών ήταν $72,39 \pm 4,6$, με εύρος 65-84. Από το δείγμα των ηλικιωμένων της έρευνας και σύμφωνα με της απαντήσεις τους συμπεράνουμε ότι όλοι κατοικούν σε πόλη μικρότερη των 150.000 κατοίκων. Οι 6 στους 10 από τους ηλικιωμένους του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, ο 1 στους 10 είναι διαζευγμένος και περίπου οι 3 στους 10 έχουν απωλέσει το σύντροφό τους. Ο 1 στους 10 από τους ηλικιωμένους του δείγματος είναι αναλφάβητος/η όσο και απόφοιτος/η ΑΕΙ, οι 2 στους 10 ηλικιωμένους είναι απόφοιτοι γυμνασίου και απόφοιτοι λυκείου και οι 3 στους 10 ηλικιωμένους είναι απόφοιτοι δημοτικού. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 93,7%) οι ηλικιωμένοι έχουν αδέρφια, ενώ μόλις 1 στους 34 ηλικιωμένους άντρες δηλώνει πως δεν έχει αδέρφια και 5 στις 56 ηλικιωμένες γυναίκες αντίστοιχα. Το ίδιο συμβαίνει και με την ύπαρξη παιδιών, όπου και οι 34 ηλικιωμένοι άνδρες δηλώνουν πως έχουν παιδιά (ποσοστό 100,0%) και από τις ηλικιωμένες γυναίκες το ποσοστό που δηλώνει πως έχει παιδιά φτάνει το 93,4%. Επίσης, από τους ηλικιωμένους του δείγματος οι 8 στους 10 έχουν εγγόνια. Ως προς το αν έχουν κόρη οι 59 ηλικιωμένοι (ποσοστό 62,8%) απαντούν θετικά, εκ των οποίων οι 20 είναι ηλικιωμένοι άνδρες και οι 39 ηλικιωμένες γυναίκες, σε αντίθεση με τους 35 ηλικιωμένους, 14 ηλικιωμένους άνδρες και 21 ηλικιωμένες γυναίκες, (ποσοστό 37,2%) οι οποίοι δήλωσαν πως δεν έχουν κόρη. Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, περίπου οι 5 στους 10 ζουν κοντά με την κόρη τους.

Οι 5 από τους 10 ηλικιωμένους μένουν με τον ή την σύντροφό τους ενώ οι 2 στους 10 μένουν μόνοι τους και τέλος 2 στους 10 ζουν με ολόκληρη την οικογένειά τους. Οι 8 από τους 10 ηλικιωμένους κάνουν διακοπές το καλοκαίρι ενώ από αυτούς οι 9 στους 10 κολυμπούν στη θάλασσα κατά τη διάρκεια των διακοπών τους.

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), 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.

Ακόμη, από το δείγμα μας ο μισός πληθυσμός των ανδρών αισθάνεται πως είχε καλή υγεία στη ζωή του, ενώ για τις γυναίκες ηλικιωμένες αυτό το ποσοστό πέφτει, μια και μόνο οι 2 στις 10 περίπου θεωρεί ότι είχε καλή υγεία κατά τη διάρκεια της μέχρι τώρα ζωής της.

Η σεξουαλικότητα των Υπερήλικων

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι από το δείγμα των ηλικιωμένων της έρευνας οι 1 στους 10 ξεκίνησε τη σεξουαλική του ζωή σε ηλικία 30 με 35 ετών, οι 2 στους 10, περίπου, σε ηλικία 25 με 30 ετών, οι 3 στους 10 περίπου σε ηλικία 20 με 25 ετών ενώ οι 4 στους 10 ξεκίνησαν τη σεξουαλική τους ζωή σε ηλικία 15 με 20 ετών, με πάρα πολύ στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών υπερηλικών και των γυναικών υπερηλικών ($p=0,001$), συγκρινόμενες με το Fisher's Exact Test. Άρα η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ερωτώμενων που κάνανε σεξ ήταν 21.37 ± 4.68 , με εύρος 14-35, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους, συγκρινόμενοι με το T-test ($p=0,000$). Πιο συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ανδρών ήταν 19.18 ± 3.66 , με εύρος 14-30 και των ηλικιωμένων γυναικών ήταν 22.62 ± 4.77 , με εύρος 14-35.

Η μέση ηλικία έναρξης του αυνανισμού των ηλικιωμένων ήταν 13.43 ± 2.78 , με εύρος 9-21 ετών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, συγκρινόμενοι με το T-test ($p=0,595$). Οι ηλικιωμένοι είχαν περίπου από 5.76 ± 9.26 , συντρόφους στη ζωή τους μέχρι στιγμής, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, συγκρινόμενοι με το T-test ($p=0,000$). Οι 8 στους 10 ηλικιωμένους πιστεύουν ότι άρεσαν στο άλλο φύλλο, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, συγκρινόμενοι με το χ^2 Yates ($p=0,133$).

Ως προς τη σημερινή τους ικανοποίηση από τη σεξουαλική τους ζωή οι 4 στους 10 από τους ηλικιωμένους αισθάνονται δυσαρεστημένοι, οι 3 στους 10 ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι και 3 στους 10 από τους ηλικιωμένους αισθάνονται ικανοποιημένοι από τη σημερινή τους σεξουαλική ζωή. Σε αντίθεση, παρελθοντικά τα παραπάνω αποτελέσματα διαφοροποιούνται αντιστρόφως ανάλογα, δηλαδή, 8 στους 10 από τους ηλικιωμένους ήταν ικανοποιημένοι από την παρελθοντική τους σεξουαλική ζωή.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις άλλων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες ο γάμος έχει αναδειχθεί ως ευεργετικός από διάφορες πλευρές για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Renne, 1971. Williams, 1988; Gove, Hughes, & Style, 1983; Kessler & Essex, 1982). Η ικανοποίηση από τη ζωή και η ατομική αναφορά για την ευτυχία, έχει βρεθεί πως επηρεάζονται από τις στενές σχέσεις, τη φιλία, το γάμο και την πίστη του ατόμου (Myers, 2000). Η σχέση του γάμου αποτελεί μια σχέση ζωής, μια παρέα, ένα στήριγμα. Όταν υπάρχουν εγγόνια, παιδιά ή ο/ η σύζυγος στη ζωή ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας, το αίσθημα της κοινωνικής ενσωμάτωσής του διατηρείται ανεξάρτητα από τη συναισθηματική υποστήριξη που δίνεται ή λαμβάνεται από αυτό (Lang & Carstensen, 1994). Ακόμη, ενισχύονται από τα αποτελέσματα των μελετών των Coyne και συν. (1987) και Gotlib & Hammen, (1992), σύμφωνα με τους οποίους μια καλή συζυγική σχέση προσφέρει προστασία στα μέλη του ζευγαριού, ενώ μια κακή σχέση επιβαρύνει ποικιλοτρόπως τα πρόσωπα που εμπλέκονται σε αυτή. Όταν, για παράδειγμα, υπάρχουν πολλές αρνητικές αλληλεπιδράσεις σε μία σχέση, και το ένα μέλος έχει καταθλιπτικά συμπτώματα, το άλλο μέλος του ζευγαριού που δεν έχει κατάθλιψη μπορεί να αναπτύξει Αυτό το φαινόμενο γίνεται πιο έντονο ανάλογα με την εγγύτητα στο ζευγάρι (Gotlib & Colby, 1987). Από την άλλη πλευρά, οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη σε ένα άτομο, μπορούν να εξουδετερωθούν από το/ τη σύντροφο στα πλαίσια ενός γάμου που χαρακτηρίζεται από εγγύτητα μεταξύ των μελών (Tower & Kasl 1995; Tower & Kasl, 1996.).

Η σχέση της Ικανοποίησης της Παρελθοντικής Σεξουαλικότητας με την Ψυχολογία των Ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παρελθοντική τους ζωή εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα συνολικής τιμής εξωτερικής ντροπής (OAS) ($p = 0,011$), αίσθημα

κενού (empty - OAS) ($p = 0,039$), αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes - OAS) ($p = 0,025$), σύγκρουση (Conflict - (Form R-FES) ($p = 0,000$), και υψηλότερα επίπεδα (Avoidance - CAQ) ($p = 0,027$), αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R) ($p = 0,048$), Συνολική Βαθμολογία της διαχείρισης της Κρίσης στην Οικογένεια (Overall - F-COPES) ($p = 0,032$). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι η σεξουαλικότητα θα σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η εξωτερική ντροπή. Τα αποτελέσματά μας ενισχύονται και από τα αποτελέσματα της μελέτης των Bookwala & Schulz (1996), σύμφωνα με τους οποίους υπάρχει δυνατότητα να προβλεφθούν η αντίληψη για την υγεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τα αισθήματα για τη ζωή σαν σύνολο, και η ικανοποίηση με το νόημα και το σκοπό της ζωής ενός μέλους του ζευγαριού με βάση την αντίστοιχη εκτίμηση του άλλου μέλους. Οι συγκεκριμένοι μελετητές εντόπισαν διαφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, με τις γυναίκες να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα. Τέλος, η αλληλοεπιρροή γίνεται εμφανής από την παρατήρηση πως τα λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, η μεγαλύτερη ικανοποίηση με το νόημα και το σκοπό της ζωής και πιο θετικά αισθήματα στους συζύγους για τη ζωή συνολικά, σχετίζονταν με περισσότερο θετικά αισθήματα για τη ζωή και στις γυναίκες. Σε ζευγάρια τρίτης ηλικίας έχει ερευνηθεί και η συμφωνία στα συναισθήματα κατάθλιψης και θυμού μεταξύ των μελών, σε περιπτώσεις όπου οι γυναίκες είχαν οστεοαρθρίτιδα (Druley, Martire, Stephens, Ennis & Wojno, 2003). Το αρχικό επίπεδο θυμού και τα αρχικά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ασθενών σχετίζονταν με αύξηση στο επίπεδο θυμού των συζύγων. Σε άλλες έρευνες (Moritz, Kasl, & Berkman, 1989. Moritz, Kasl, & Ostfield, 1992), έχει βρεθεί πως, το να ζει κάποιος με ένα άτομο που έχει κάποια ασθένεια, σχετίζεται με μεγαλύτερη κατάθλιψη και χειρότερη κατάσταση υγείας.

Η σχέση της Ικανοποίησης της Παροντικής Σεξουαλικότητας με την Ψυχολογία των Ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παροντική τους ζωή εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας (LOT-R) ($p = 0,038$), προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation - R-FES) ($p = 0,025$). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της μελέτης μας ενισχύονται και μέσα από σχετική

έρευνα των Zeiss, Lewinsohn, Rohde & Seeley (1996), σύμφωνα με τους οποίους η αισιοδοξία συσχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη όταν συνοδεύεται από πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου, η οποία βέβαια έχει άμεση σχέση με τον αριθμό των προβλημάτων υγείας. Στην έρευνά τους υπήρχαν περιπτώσεις ασθενών που δεν ανέφεραν πτώση στο επίπεδο της λειτουργικότητάς τους, και αυτοί ήταν άτομα με μια διαγνώσιμη αρρώστια που μπορούσε να ελεγχθεί επαρκώς με κατάλληλη θεραπεία. Αυτά μπορούν γίνουν κατανοητά αν σκεφτούμε πως, αυτό που ενοχλεί σε κάποια ασθένεια, είναι κυρίως τα εμπόδια που θέτει και που έχουν να κάνουν με τον περιορισμό σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας, είτε λόγω του πόνου είτε λόγω της πτώσης της λειτουργικότητας που την ακολουθούν. Για παράδειγμα οι ασθενείς δεν μπορούν να κάνουν τόσο εύκολα τις δουλειές τους, να κινούνται και να μετακινούνται χωρίς εμπόδια όσο αυτοί που δεν έχουν προβλήματα υγείας. Σύμφωνα, δε, με τους Tower & Kasl (1995), όταν στα πλαίσια του ζευγαριού υπάρχουν προβλήματα υγείας, παρατηρούνται κάποιες διαφορές σε σχέση με τα δύο φύλα : οι γυναίκες διατηρούν τον υποστηρικτικό τους ρόλο ανεξάρτητα από τις δικές τους δυσκολίες, επηρεάζονται περισσότερο από τα προβλήματα υγείας σε σχέση με τους άνδρες, και η κατάσταση της υγείας τους συνεχίζει να τις επιβαρύνει συναισθηματικά ακόμα και στα πλαίσια μιας στενής σχέσης (κάτι που δεν ίσχυε για τους άνδρες). Ο Sales και συν. (1992), με βάση έρευνες που μελετούν την επίδραση του φύλου στην περίπτωση μιας χρόνιας ασθένειας όπως ο καρκίνος, επισημαίνουν πως οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν περισσότερο άγχος και δίνουν σημαντικότερη φυσική και συναισθηματική υποστήριξη στους συζύγους τους από ό, τι οι ηλικιωμένοι άνδρες. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, το πιο πιθανό είναι να πάσχουν και οι δύο σύντροφοι από μια σοβαρή ή λιγότερο σοβαρή ασθένεια. Η παροχή φροντίδας στο/ στη σύντροφο που πάσχει από κάποια αρρώστια, εκτός από αρνητικές επιδράσεις- όπως στρες- μπορεί να δώσει στο άτομο που την προσφέρει και θετικά στοιχεία- όπως να αποτελέσει πηγή προνομιών για τη νοητική του υγεία (Beach, Schulz, Yee & Jackson, 2000).

Η σχέση της Σημαντικότητας της Παροντικής Σεξουαλικής Ζωής με την Ψυχολογία των Ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι η σεξουαλικότητα είναι για αυτούς σημαντική εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αισθήματος κενού (empty - OAS) ($p = 0,049$), προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation) (R-FES) ($p = 0,023$), κοινωνικός ρόλος (SF - SF36) ($p = 0,011$), συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS - SF36) ($p = 0,004$), αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια μιας οικογενειακής κρίσης (Seeking Spiritual Support) (F-COPES) ($p = 0,013$), εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15) ($p = 0,008$), έναρξη σεξουαλικής ζωής ($p = 0,023$) και υψηλότερα επίπεδα στη σωματική λειτουργικότητα (PF - SF36) ($p = 0,005$). Οι συγκεκριμένες διαπιστώσεις της μελέτης ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις της μελέτης των Aneshensel, Frerichs, & Clark, (1981) και των Gove και συν. (1983), σύμφωνα με τις οποίες μια γενικότερη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στη μεγαλύτερη ηλικία είναι πως οι γυναίκες φαίνεται να είναι λιγότερο ευχαριστημένες και ικανοποιημένες από τη ζωή τους σε σχέση με τους άνδρες. Σε ένα ζευγάρι είναι πιθανό να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις και οι ανάγκες του ενός σε μεγάλο βαθμό, αλλά να μην ισχύει το ίδιο και για τον άλλον. Ο ένας, λοιπόν, μπορεί να είναι ικανοποιημένος από τη σχέση με το/ τη σύζυγό του/ της και ο άλλος όχι. Επίσης μπορεί το ένα μέλος να επενδύει πολλά πάνω στη συζυγική σχέση, αλλά το άλλο να επικεντρώνεται σε άλλου είδους σχέσεις και δραστηριότητες. Αυτές οι υποθετικές διαφορές δεν έχουν να κάνουν απαραίτητα με το φύλο. Σε έρευνες έχουν βρεθεί γενικά διαφορετικές επιδράσεις στους άνδρες και στις γυναίκες από τη συζυγική σχέση. Οι άνδρες φαίνεται να κερδίζουν περισσότερο από το γάμο σε σχέση με τις γυναίκες (Aneshensel, Frerichs, & Clark, 1981; Gove και συν., 1983). Όταν ο γάμος είναι δυστυχισμένος, έχει βρεθεί πως οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες (Gove et al., 1983; Williams, 1988). Ακόμη, σύμφωνα με τους Smith & Baltes (1998), από τις γυναίκες από 70 ετών και άνω, αυτές που έχουν περισσότερες λειτουργικές αδυναμίες, αναφέρουν πως λαμβάνουν πιο πολλή πρακτική βοήθεια, και προσφέρουν πιο πολλή συναισθηματική υποστήριξη. Η συναισθηματική υποστήριξη που προσφέρουν οι γυναίκες, ενισχύει τη συναισθηματική τους κατάσταση και την αυτοεκτίμησή τους. Η Gilligan (1982) επισημαίνει πως, για τις γυναίκες στις Δυτικές κοινωνίες, η επιτυχημένη διαπροσωπική συμπεριφορά αποτελεί το πιο αξιόπιστο μέτρο για την αυτοαξία και την ικανότητα.

Μπορούμε να υποθέσουμε πως οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες όταν η σχέση τους δεν είναι καλή.

7. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Τα άτομα στην τρίτη ηλικία, με ή χωρίς πυρηνική οικογένεια, συνεχίζουν να επενδύουν ουσιαστικά σε κοντινές συναισθηματικές σχέσεις και όχι μόνο για να έχουν οφέλη από αυτές. Αυτό αποδεικνύει πως η ανάγκη κάθε ατόμου για στενές και ουσιαστικές σχέσεις διατηρείται και στη μεγαλύτερη ηλικία και δεν αφορά μόνο τα νεότερα άτομα.
- Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παρελθοντική τους ζωή εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα συνολικής τιμής εξωτερικής ντροπής, αίσθημα κενού (empty - OAS), αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes - OAS), σύγκρουση (Conflict - (Form R-FES), και υψηλότερα επίπεδα (Avoidance - CAQ), αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R), Συνολική Βαθμολογία της διαχείρισης της Κρίσης στην Οικογένεια (Overall - F-COPES).
- Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παροντική τους ζωή εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας (LOT-R), προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation - R-FES).
- Οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν ότι η σεξουαλικότητα είναι για αυτούς σημαντική εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αισθήματος κενού (empty - OAS), προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation) (R-FES), κοινωνικός ρόλος (SF - SF36), συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS - SF36), αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια μιας οικογενειακής κρίσης (Seeking Spiritual Support) (F-COPES), εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15), έναρξη

σεξουαλικής ζωής και υψηλότερα επίπεδα στη σωματική λειτουργικότητα (PF – SF36).

- Σε ένα ζευγάρι, το ένα μέλος επηρεάζει το άλλο συναισθηματικά και στην εκτίμηση για την ποιότητα της ζωής. Όταν η σεξουαλικότητα είναι καλή, δίνει στο άτομο μια αίσθηση ασφάλειας και επιτρέπει το βίωμα θετικών συναισθημάτων, μέσα από μια ποικιλία ευνοϊκών αλληλεπιδράσεων.
- Από τις διαπιστώσεις της παρούσας μελέτης γίνεται εμφανές το πόσο σημαντικό είναι να μελετήσει κανείς την ποιότητα της σεξουαλικότητας στην τρίτη ηλικία. Τα άτομα στις μεγαλύτερες ηλικίες στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στους συντρόφους τους εκτός από τη βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα σε ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη. Συνήθως στα ζευγάρια στην τρίτη ηλικία, ο/ η σύζυγος- εάν ζει- αποτελεί το άτομο που κυρίως φροντίζει τον/ την ασθενή.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη σεξουαλικότητα των υπερήλικων καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τους υπερήλικες να αισθάνονται περισσότερο ή λιγότερο σεξουαλικά ενεργά. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της παροχής συμβουλευτικής σε ηλικιωμένους.

Πιστεύουμε ότι τα προβλήματα και οι επιπτώσεις της σεξουαλικής ζωής των υπερήλικων τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την εξασφάλιση ποιοτικότερης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Βιβλιογραφία

1. **Ahlbom, A. & Norell S.** (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
2. **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
3. **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.
4. **Allan, S., Gilbert, P., Goss, K.** (1994). An exploration of shame measures-II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17, p. 719- 722.
5. **Andrews, B** (1998). Shame and Childhood Abuse. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176- 190.
6. **Andrews, B.** (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.
7. **Andrews, B.** (1998). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
8. **Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D.** (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29- 42.
9. **Andrews, B., Hejdenberg, J.** (2007). Stress in University Students. *Encyclopedia of Stress (Second Edition)*, Pages 612–614.

10. **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.
11. **Antonelli E, Rubini V, Fassona C** (2000). The self-concept in institutionalized and non institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*; 20: 151-164.
12. **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.
13. **Ashby, J. S., Rice, K. G., & Martin, J. L.** (2006). Perfectionism, shame and depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*; 84: 148- 156
14. **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.
15. **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>
16. **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.
17. **Beekman ATF., Copeland JRM., Prince MJ.** (1999) Review of community prevalence of depression in later life. *Brit J Psych* 174: 307-311\
18. **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.
19. **Bookwala, J., & Schulz, R.** (1996). Spousal similarity in Subjective Well-Being: The Cardiovascular Health Study. *Psychology and Aging*, Vol. 11 (4) , 582-590.
20. **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.
21. **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.

22. **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.
23. **Chou K, Chi L.** (2000). Comparison between elderly persons living alone and those living with other. *Journal of Gerontology Social Work*; 33: 51-56.
24. **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
25. **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
26. **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.
27. **Dalgard OS., Bjork S., Tambs K** (1995). Social support, negative life events and mental health. *Brit J Psychiatry* 166(1):29-34
28. **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.
29. **Diener, E.** (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*; 95: 542-575.
30. **Diener, E.** (2000). The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34- 43.
31. **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. *Psychological Reports*, 109(1): 77-92.
32. **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.
33. **Drentea, P.** (2000). Age, debt and anxiety. *J Health Soc Behav*, 41(4):437-50.
34. **Drentea, P., Lavrakas, P.J.** (2000). Over the limit: the association among health, race and debt. *Social Science & Medicine*, 50(4):517-529.

35. **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.
36. **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
37. **Fisher, B. J.** (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*; 41: 239-250.
38. **Gilbert P.** (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
39. **Gilbert, P. & Andrews, B.** (1998). Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
40. **Gilbert, P. & McGuire M.T.** (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.
41. **Gilbert, P.** (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 7*, p. 174- 189.
42. **Gilbert, P.** (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research, vol.70*, p. 1205- 1230.
43. **Gilbert, P., Allan, S.** (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine, vol. 28*, p. 585- 598.
44. **Gilbert, P., Allan, S., Goss, K.** (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 3*, p. 23- 34.
45. **Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V.** (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to

- auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 1117- 1127.
46. **Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C.** (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 12, p. 124- 133.
 47. **Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C.** (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol. 10, p. 108- 115.
 48. **Gilbert, P., Miles, J.N.V.** (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.
 49. **Gilligan, C.** (1982). In a different voice. Cambridge, MA: Harvard University Press.
 50. **Gilligan, J.** (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research*, vol. 70, p. 1149- 1180.
 51. **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.
 52. **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.
 53. **Golant S.** (2001). Assisted living: A potential solution to Canada's long-term care crisis. Διαθέσιμο : <http://www.geog.ufl.edu/faculty/golant/FinalCanadaReportExec.pdf>
 54. **Goldberg DP., Hiller VF** (1979) A scaled version of GHQ. *Psychol Med* 9: 139-45
 55. **Goldsmith, A.H., Veum, J.R., Darity, W.** (1996). The Psychological Impact of Unemployment and Joblessness. *Journal of Socio-Economics*, 25(3): 333- 358.
 56. **Gondo Y., Poon LW.** (2007) Cognitive function of centenarians and its influence on longevity. *Ann Rev Geront Geriatrics* 27: 129-149.

57. **Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S.** (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.
58. **Gotlib, I. H., & Colby, C. A.** (1987). Treatment of depression: An interpersonal systems approach. New York: Pergamon Press.
59. **Gotlib, I. H., & Hammen, C. L.** (1992). Psychological aspects of depression: Toward a cognitive- interpersonal integration. New York: Wiley.
60. **Gouva M., Konstanti, Z., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, E. & Koulouras V.** (2014). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F-COPES, *Interscientific health care*, (accepted).
61. **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).
62. **Gouva, M., Kaltsouda, A., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, S., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E.** (2014). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS), *Interscientific health care*, (accepted).
63. **Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E.** (2014). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS), *Interscientific health care*, (accepted).
64. **Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B.** (1983). Does marriage have positive effects on the well- being of the individual? *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 122- 131.
65. **Graneheim HU., Lundman B.** (2010). Experiences of loneliness among the very old: the Umea 85 + project. *Aging Mental Health* 14(4):433-438
66. **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.
67. **Hagestad G., Uhlenberg P.** (2005) The social separation of old and young: The root of ageism. *J Soc Iss* 61(2):343-360
68. **Hammons MV.** (2003). State plan on aging FFY 2004-2007. Διαθέσιμο στο <http://www.cdhs.state.co.us/aas/PDFs/FourYearPlan2003.pdf>

69. **Hatch J., Gill-Body K.M., Portney L.G.** (2003). Determinants of Balance Confidence in Community-Dwelling Elderly People. *Phys Ther*; 83:1072-1079.
70. **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.
71. **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.
72. **Hogan DB., Ebly EM., Fung TS.** (1999). 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.
73. **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.
74. **Holmen K., Ericsson K., Andersson L., Winbland B.** (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *J Adv Nurs* 17(91):43-51
75. **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.
76. **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.
77. **Hungerford TL.** (2001). The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany. *The Gerontologist* 41(910):103-110
78. **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.
79. **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.
80. **Jeune B** (2002). Living longer – but better? *Aging Clin Exp Res* 14: 72-93

81. **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>
82. **Kaldi AR** (2004). Physical, social, and mental problems of the elderly in district 13 of Tehran. *Age Ageing*; 33: 322.
83. **Karademas, E.C.** (2010). Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. *J. Health Psychol.*; 15: 239-247.
84. **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.
85. **Kemp B., Mosqueda L** (2005) Elder financial abuse: an evaluation framework and supporting evidence. *J Am Geriatric Society* 53:1123-1127.
86. **Kessler, R. C., & Essex, M.** (1982). Marital status and depression: The importance of coping resources. *Social Forces*, 61, 484- 507.
87. **Khaw TK** (1999). Inequalities in Health. In: Gordon D., Shaw M., Darling D., Smith GD. *Inequalities in health. The Policy Press, Great Britain*
88. **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.
89. **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.
90. **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.
91. **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.
92. **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.

93. **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.
94. **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.
95. **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.
96. **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.
97. **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
98. **Lyrakos, G.N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou G., Dimoliatis, I.** (2010). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res*, 95 (1) p 129-142.
99. **Madianos, M. & Madianou, D.** (1991). The Greek Family paradigm: Implications for family therapy. *Neurol. Psychiatr.* 12: 132-138.
100. **Madianos, M., Gournas, G., Tomaras, V. & Kapsali, A.** (1995). Familial Correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology* 28: 85-94.
101. **Marks, N.** (1996). Caregiving across the lifespan. National prevalence and predictors. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 45, 27- 36.
102. **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.
103. **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

104. **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.
105. **Meeks –Sjostrom D** (2004) A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholar* 36(3):247-250
106. **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.
107. **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.
108. **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.
109. **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.
110. Myers, D. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56- 67.
111. **Nalini B** (2000). Institutional care for the aged: Life twilight years. *Indian Journal of Community Guidance Service*;;6(1): 27-29.
112. **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
113. **Patil B.** (2000) Psychosocial Problems of Retired. *Soc Wel* 47(7):13-16
114. **Peacock SC, Forbes DA.** (2003). Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Can J Nurs Res*; 35(4):88-107.
115. **Pinquart M, Sfrensen S.** (2001). How effective are psychotherapeutic and other social interventions with older adults? *Journal of Mental Health and Aging*;7(2):207 43.
116. **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.
117. **Preston DB., Mansfield PK** (1984) An exploration of stressful life events, illness and coping among the rural elderly. *Gerontologist* 24(5):490-494

118. **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.
119. **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
120. **Renne, K. S.** (1971). Health and marital experience in an urban population. *Journal of Marriage and the Family*, 23, 338- 350.
121. **Rodin, J. & McAvay, G.** (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *Journal of Gerontology*; 47: 373-384.
122. **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.
123. **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
124. **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.
125. **Scheier MF, Carver CS.** (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol.*; 4: 219-247.
126. **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.
127. **Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS.** (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *J Pers Soc Psychol.*; 51: 1257-1264.
128. **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.

129. **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.
130. **Stanley MA, Roberts RE, Bourland SL, et al.** (2001). Anxiety disorders among older primary care patients. *Journal of Clinical Geropsychology*; 7:105-16.
131. **Sullivan MD.** (1997) Maintaining good morale in old age. *West J Med* 167(4):276-284
132. **Susheela M.** (1997) Life satisfaction and some of the correlates among institutionalized and non-institutionalized elderly. *Nimhans J* 15(30):215-18.
133. **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.
134. **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.
135. **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
136. **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.
137. **USCB U.S. Census Bureau** (2005) National population estimates for 2005. Διαθέσιμο στο <http://www.census.gov/papers1>
138. **Valente M.** (1999). Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Hom Health Care Manag Pract* 11: 49-59.
139. **Wetherell J.L., Lenze E.J., Stanley M.A.** (2005). Evidence-Based Treatment of Geriatric Anxiety Disorders. *Psychiatr clin N Am*; 28:871-896.
140. **Whelton, W. J., & Greenberg, L. S.** (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*; 38: 1583-1595.
141. **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>
142. **Williams, D. G.** (1988). Gender, marriage, and psychosocial well- being. *Journal of Family Issues*, 9, 452- 468.
143. **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.
144. **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.
145. **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>.
146. **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
147. **World Health Organization** (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Available: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/
148. **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.
149. **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.
150. **Βασιλείου, Γ.** (1966). *Διερεύνησις μεταβλητών υπεισερχόμενων εις την ψυχοδυναμική της Ελληνικής Οικογένειας*. Αθηναϊκόν Ινστιτούτον του Ανθρώπου.
151. **Γναρδέλλης, Χ.** (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
152. **Δαρδαβέσης, Θ.** (1988). *Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα : Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
153. **Δαφέρμος, Β.** (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
154. **Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ.** (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.

155. **Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ.** (1980). Η ψυχολογία του γήρατος. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 39-40, 342- 352.
156. **Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ.** (1999). Συμβουλευτική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
157. **Μάτσα, Κ.** (1997). *Ο Τοξικομανής κι η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος*. Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής.
158. **Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν.** (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική, vol. 2, p. 42-48*.
159. **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.
160. **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.
161. **Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
162. **Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993).** *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
163. **Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π.** (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: 81-82.
164. **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.