



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



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η Επίδραση των Ψυχοκοινωνικών Παραγόντων Ζωής των  
Ηλικιωμένων στην Ποιότητα Ζωής τους και ο ρόλος τους στην  
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια**

**Βαλάντω Καπλάνη  
Κοινωνική Λειτουργός**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Μαίρη Γκούβα, Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)  
Χρυσή Χατζόγλου Αν. Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής  
Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα 2014**



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



**The Influence of Psychosocial Factors of Life Quality in  
Elderly and Their Role in Primary Health Care**

Copyright © Βαλάντω Καπλάνη, 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 δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

## **Ευχαριστίες**

Ευχαριστώ θερμά, την επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου, κ. Μαίρη Γκούβα, που δέχθηκε να εποπτεύσει και να περιβάλλει με ιδιαίτερη φροντίδα κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας, καθώς και τις συνεπιβλέπουσες καθηγήτριες για όλη την καθοδήγηση και στήριξη.

*Αυτή η εργασία αφιερώνεται...*

*στον πατέρα μου*

*και σε όλα τα καινούργια που έφερε αυτό το μεταπτυχιακό  
στη ζωή μου*

## Πίνακας Περιεχομένων

**Περίληψη** \_\_\_\_\_ **8**

**Summary in English** \_\_\_\_\_ **10**

**Εισαγωγή** \_\_\_\_\_ **11**

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**Ποιότητα Ζωής και Τρίτη Ηλικία** \_\_\_\_\_ **17**

**Επιβαρυντικοί Παράγοντες για την Ποιότητα Ζωής της Τρίτης Ηλικίας** \_\_\_\_\_ **19**

**Η Ασθένεια στην Τρίτη Ηλικία και οι Προσαρμοστικοί Παράγοντες** \_\_\_\_\_ **25**

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης** \_\_\_\_\_ **30**

**Ερευνητικές υποθέσεις** \_\_\_\_\_ **30**

**Υλικό και Μέθοδος** \_\_\_\_\_ **31**

**Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία** \_\_\_\_\_ **31**

**Στατιστική επεξεργασία** \_\_\_\_\_ **35**

**Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης** \_\_\_\_\_ **37**

**Αξιοπιστία ερωτηματολογίων** \_\_\_\_\_ **37**

**Περιγραφή των ερωτώμενων** \_\_\_\_\_ **37**

**Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων** \_\_\_\_\_ **38**

**Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων** \_\_\_\_\_ **42**

**Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών Υπερήλικων και Γυναικών**

**Υπερήλικων** \_\_\_\_\_ **44**

<b>Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών μεταξύ του πόσο καλή υγεία πιστεύουν ότι είχαν στη ζωή τους οι υπερήλικες</b>	<b>51</b>
<b>Συζήτηση</b>	<b>53</b>
<b>Οριοθετήσεις</b>	<b>53</b>
<b>Το προφίλ των ηλικιωμένων</b>	<b>54</b>
<b>Σωματική και Ψυχική Υγεία των Ηλικιωμένων</b>	<b>55</b>
<b>Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων</b>	<b>56</b>
<b>Συμπεράσματα - Προτάσεις</b>	<b>58</b>
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>60</b>

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα έχουν αρνητικές συνέπειες για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

**Σκοπός:** η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των υπερηλικών και η επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων σε αυτή στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

**Δείγμα:** Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 78 Έλληνες υπερήλικες, από τους οποίους οι 29 (37,2%) ήταν άνδρες και οι 49 (62,8%) γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν  $76,8 \pm 5,7$ , με εύρος 66-93 ετών.

**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 Ιανουάριο του 2014. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας β) η Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας, γ) η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία, δ) η Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια και ε) ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.

**Αποτελέσματα:** Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόσθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι: οι 41 από τους υπερήλικες βρίσκονται σε γάμο, οι 33 υπερήλικες δήλωσαν ότι είναι χήρος(α), οι 3 υπερήλικες είναι διαζευγμένοι και ένας υπερήλικας είναι άγαμος, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,211$ ). Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 97,4% και ποσοστό 87.5%) δήλωσαν πως έχουν παιδιά και εγγόνια αντίστοιχα. Οι 4 περίπου στους 10 από τους υπερήλικους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια και 1 στους 10 υποφέρει από ψυχολογικά προβλήματα. Οι άνδρες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες στις κλίμακες: Ζωτικότητα, Κοινωνικός ρόλος και Σωματικός πόνος. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι οι υπερήλικες που δεν ζουν με την κόρη τους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από εκείνους που ζουν μαζί της στις κλίμακες: Αναζήτηση για υποστήριξη και Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό.



**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν.

**Λέξεις Κλειδιά:** Τρίτη Ηλικία, Ποιότητα Ζωής, Ψυχολογία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

**Introduction:** The elderly have many physical dysfunctions and reduced kinetics functionality.

**Aim:** The overall objective of this research study is to investigate the quality of life of elderly and the effect of psychosocial factors in this under the primary health care.

**Sample:** This survey involved 78 elderly Greeks (29 men and 49 women). The average age of all respondents was  $76,8 \pm 5,7$ , range 66-93 years.

**Methods:** 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 Short- Form Health Survey (SF- 36), b) Scale and Spirituality religiosity (SpREUK), c) scale for measuring stress on cardiac function (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), d) scale measuring Crisis in the Family (F-COPES), even a questionnaire socio - demographic information and questions attitudes and self-reported data on the effect of sexuality in the old age.

**Results:** Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical analysis of the data , which showed that: 41 (52.6%) of the elders of the sample are in marriage, the 33 (42.3%) stated that elders are widowed (a), the three elders are divorced and only one elder unmarried (h) no statistically significant difference between them ( $p = 0,211$ ). The vast majority (97.4% and 87.5% share) reported having children and grandchildren respectively. 4 in 10 of the elderly respondents experiencing some physical illness and 1 in 10 suffer from psychological problems. Men elders exhibit statistically higher mean than women elders stairways: Vitality, Social role and Bodily Pain. Furthermore, it was found that elders who live with their daughter exhibit statistically higher mean of elders living with their daughter stairways Search For Support and Trust in Higher Guidance.

**Conclusions:** You could support that the results of this study, despite their reasonable limits, leading to a redefinition of certain views on the quality of life of older people and the needs created and must be answered.

**Key-words:** Elderly, Quality of Life, Psychology, Primary Health Care

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 (Tolin, et al, 2005). Μεταξύ των ηλικιωμένων που πάσχουν από κάποιου είδους αναπηρία ή κάποιο χρόνιο νόσημα, τα συμπτώματα άγχους εντοπίζονται στο 40% των ηλικιωμένων από τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Kunik, et al, 2005; Brenes, et al, 2005).

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 διαπιστωθεί 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 χηρευόμενοι, 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 διαπιστωθεί 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 διαπιστωθεί 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, διαπιστώθηκε ότι ο ατομικός έλεγχος, η αισιοδοξία και η γενικότερη ευτυχία είχαν θετική επίδραση στην γενικά καλή γνωστική λειτουργικότητα. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρέαζαν και τις δύο ομάδες, τα άτομα που διέμεναν στην κοινότητα παρουσίαζαν θετικότερα αποτελέσματα σε σχέση με τα άτομα που έμεναν σε ιδρύματα, ίσως διότι η διαμονή σε οικείο και υποστηρικτικό περιβάλλον βοηθά στην γενικότερα καλή ψυχική υγεία (Wincur, et al, 2007).

Οι ιατρικές παρεμβάσεις από μόνες τους δεν μπορούν να αλλάξουν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα στην περίπτωση των 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 υπερηλίκων. 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 υπερηλίκων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η κοινοτική υποστήριξη είναι οι κατάλληλοι πάροχοι αυτής της φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία που αντιμετωπίζει ο υπερηλικός πληθυσμός όσον αφορά στις μετακινήσεις του (Wetherell, et al, 2005).

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

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 συμβολές 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 διαπιστώθηκε 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 διαπιστώθηκε 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 διαπιστώθηκε 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, διαπιστώθηκε ότι η ψυχοθεραπεία του φροντιστή καθυστέρησε τον εγκλεισμό σε ίδρυμα του ηλικιωμένου ατόμου και ότι οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης που συμπεριελάμβαναν εκπαίδευση σε ικανότητες αντιμετώπισης σε συνδυασμό με παροχή πληροφοριών για την άνοια, ήταν περισσότερο αποτελεσματικές από αυτές που απλά παρείχαν γενική εκπαίδευση (Peacock & Forbes, 2003).

Η παροχή φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους που συμπεριλαμβάνει τόσο την οικογένειά του όσο και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δίνει τη δυνατότητα ενίσχυσης της διεξαγωγής των καθημερινών δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων και συνήθως η παροχή φροντίδας αφορά στην συμβουλευτική. Ωστόσο για να γίνει αυτό θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται πολλοί επαγγελματίες υγείας από διάφορους τομείς έτσι ώστε να παρέχεται μια ολιστική φροντίδα σε αυτόν τον πληθυσμό (Lewis, 2007). Τα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα αποτελούν μια πολύ ευάλωτη ομάδα και χρήζουν ειδικής στήριξης.

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).

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



### Ποιότητα Ζωής και Τρίτη Ηλικία

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

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

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

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). Τα αποτελέσματα μιας ερευνητικής μελέτης, που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ ατόμων μέσης ηλικίας 77 ετών (134 γυναίκες και 59 άνδρες), διαπιστώθηκε ότι τα 30 άτομα διέμεναν σε οίκο ευγηρίας, τα 42 σε ξενώνα, τα 37 με κάποιο μέλος της οικογενείας τους, τα 40 μόνα τους για άνω των 10 ετών και τα 44 μόνα τους για κάτω από 10 έτη. Σε αυτή τη μελέτη παρατηρήθηκε ότι

ο τόπος διαμονής είχε καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και διαπιστώθηκε 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, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειας είχαν την τάση να υιοθετούν περισσότερο θετικές στρατηγικές προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες. Ακόμη, διαπιστώθηκε 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).

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλει στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στη γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων (Wilson, et al, 2002; Hultsch, et al, 1999). Στην τρίτη ηλικία ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας, και κατ' επέκταση αυξάνεται η ποιότητα ζωής (Rodin, et al, 1992; Albert, et al, 1995). Σε μια έρευνα στην Ιταλία μεταξύ υπερηλικών με ηλικία μεταξύ 76-98, το 68% ήταν γυναίκες και το 42% των συμμετεχόντων διέμενε με τα παιδιά του, ενώ του 22% των ηλικιωμένων ζούσαν μόνοι τους. 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 οικογένειας μείωναν το αίσθημα της μοναξιάς (Nante, et al, 1999). Σε μια άλλη ερευνητική μελέτη που έλαβε χώρα στο Ιράν μεταξύ 220 ηλικιωμένων ατόμων που διέμεναν με την οικογένειά τους και με αυτούς που διέμεναν σε γηροκομείο διαπιστώθηκε 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. Σε αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε 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 της Τρίτης Ηλικίας**

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

Η σχέση 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; Fryers, et al, 2005). Το χαμηλό εισόδημα παίζει έναν πολύ καθοριστικό ρόλο για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων καθώς παρεμποδίζει την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και σαφώς υπονομεύει τις σωστές συνθήκες 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 (Smith, et al, 2000). Η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων είναι συνδεδεμένη με πολλούς κοινωνικοδημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Iyer, 2003). Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε 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 διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής αναφορικά με την σωματική λειτουργία, τον σωματικό πόνο, την γενική υγεία και την ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες (Wyss, et al, 1999; Li, et al, 2003).

Έχει διαπιστωθεί 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 διαπιστώθηκε ότι το 35% των συμμετεχόντων βίωνε μοναξιά (Holmen et al, 1992) και έχει διαπιστωθεί 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 διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν μόνα τους είχαν υψηλότερα ποσοστά οικονομικών δυσκολιών, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Chou & Chi, 2001). Πολλά ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν με την οικογένεια τους αισθάνονται ότι έχουν χάσει την αξιοπρέπειά τους, την ανεξαρτησία τους και αισθάνονται ότι έχουν παραμεληθεί ή αγνοηθεί από την οικογένειά τους (Nalini,

2000). Τα άτομα που διαμένουν σε γηροκομείο διαπιστώνεται ότι έχουν μια αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους και χαμηλή αυτοεκτίμηση σε σχέση με αυτούς που διαμένουν με την οικογένειά τους (Antonelli, et al, 2002).

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

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

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορεί να διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ των διαφόρων ομάδων ηλικιωμένων. Τα άτομα άνω των 85 που διαπιστώνεται ότι είναι περισσότερο εξωστρεφή είναι λιγότερο πιθανό να αισθανθούν μοναξιά από τα άτομα που χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια (Long, et al, 2000). Σε μια έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία βρέθηκε ότι η προσωπικότητα των υπερηλίκων χαρακτηριζόταν από ήπιο βαθμό ενθουσιασμού, 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 διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αισιοδοξίας και του μειωμένου κινδύνου θνησιμότητας λόγω καρδιαγγειακών νόσων (Giltay, et al, 2006). Η αισιοδοξία διαπιστώνεται 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, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι η ικανοποίηση από τη ζωή τους ήταν προϋπόθεση για τα επιτυχημένα γηρατειά, 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 διαπιστωθεί από μερικές μελέτες ότι το αίσθημα της ντροπής είναι ένας διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ της αυτοκριτικής και της κατάθλιψης, παίζοντας έναν έμμεσο ρόλο στην τελική εμφάνιση της κατάθλιψης. Επίσης τα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλή αυτοκριτική αισθάνονται αδύναμα και ανίκανα να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές τους αλλαγές (Ashby, et al, 2006; Whelton & Greenberg, 2005).

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 διαπιστώθηκε ότι οι υπερήλικες που αισθάνονταν υγιείς και αυτάρκεις, είχαν λιγότερα προβλήματα υγείας και καλύτερες πρακτικές. Το προφίλ υγείας των ατόμων άνω των 85 ετών διαπιστώθηκε ότι ήταν σε καλύτερη κατάσταση από τους νεότερους ηλικιωμένους αφού το 79% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η υγεία τους είτε είχε μείνει η ίδια σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, είτε είχε βελτιωθεί (Hogan, et al, 1999).

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

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

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

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



### **Η Ασθένεια στην Τρίτη Ηλικία και οι Προσαρμοστικοί Παράγοντες**

Η ασθένεια, είτε είναι ιδιαίτερα σοβαρή είτε έχει να κάνει με ελαφρά παρεμπόδιση της λειτουργικότητας του ατόμου, δεν είναι ένα φαινόμενο μόνο με βιολογική βάση και ανάλογες αποκλειστικά ιατρικές παρεμβάσεις. Η ύπαρξή της επηρεάζει το ηλικιωμένο άτομο και τις σχέσεις του από πολλές απόψεις, καθώς απαιτεί την αναπροσαρμογή του σε νέα δεδομένα. Θέτει περιορισμούς στις συνηθισμένες δραστηριότητες και καλεί τον ασθενή και τους δικούς του ανθρώπους να φροντίζουν για τα απαραίτητα, από τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την κατάλληλη διατροφή, ως την υποβολή σε συχνές ιατρικές εξετάσεις και την ευθύνη για την καθημερινή ατομική υγιεινή. Είναι σαφές πως η κατάσταση είναι πιο πολύπλοκη, όταν συζητάμε για περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών που απαιτούν την ανάληψη των ανάλογων ευθυνών και τη σχετική συνέπεια από το άτομο και το περιβάλλον του για περισσότερο καιρό. Η χρόνια ασθένεια διακρίνεται από ορισμένες φάσεις, κάθε μία από τις οποίες χαρακτηρίζεται από προκλήσεις σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο που, όπως και ο τρόπος αντιμετώπισής τους, διαφέρουν από άρρωστο σε άρρωστο (Doka, 1993). Οι φάσεις δεν εμφανίζονται πάντα όλες και είναι: προδιαγνωστική φάση, οξεία φάση, χρόνια φάση, φάση ανάρρωσης και αποθεραπείας και τελική φάση στη ζωή του αρρώστου. Αξίζει να σημειωθεί πως, από τον 20ό αιώνα, διαμορφώθηκε σταδιακά μια νέα προσέγγιση για την υγεία και την αρρώστια: το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου, η υγεία και η ασθένεια γίνονται αντιληπτές ως δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Υπογραμμίζεται η ανάγκη για ολιστική παρέμβαση του κάθε βιολογικού προβλήματος, σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και οικολογικό επίπεδο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στη Συμβουλευτική Ψυχολογία, επισημαίνεται η αναγκαιότητα να θέτονται από και για τον/ την ασθενή στόχοι που είναι πραγματοποιήσιμοι καθώς, όπως αναφέρει και η Μαλικιώση – Λοΐζου (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, όπως επισημαίνουν και οι Efklides, Kalaitzidou, & Chankin (2003), στην εκτίμηση του για την ποιότητα της ζωής του.

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 με την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση από τη ζωή έχει πιστοποιηθεί και από τις Efklides, Kalaitzidou, & Chankin (2003) 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). 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 σχετιζόνταν με αύξηση στο επίπεδο θυμού των συζύγων. Στην αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των συζύγων, συνέβαλαν οι άμεσες εκδηλώσεις πόνου των ασθενών γυναικών.

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 σύζυγος- εάν ζει- αποτελεί το άτομο που κυρίως φροντίζει τον 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. 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 κατάθλιψης. Στην έρευνα των Efklides και συν. (2003), η συναισθηματική κατάσταση των ατόμων και η προσαρμογή τους στην τρίτη ηλικία, φάνηκε να σχετίζονται περισσότερο με την αντίληψή τους για την επίδραση των προβλημάτων υγείας στην καθημερινότητα 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.

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).

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 (Efklides και συν., 2003). 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 σύζυγό του 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 περισσότερα 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.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των υπερηλικών και η επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων σε αυτή στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση της γενικής υγείας των υπερηλικών με τη στάση τους απέναντι στην οικογενειακή κρίση, με την πνευματικότητά τους και το άγχος για την καρδιακή τους λειτουργία αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των υπερηλικών ανδρών και της ομάδας των υπερηλικών γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Σύγκριση της στάσης απέναντι στην οικογενειακή κρίση των υπερηλικών που διαμένουν με την κόρη τους με κείνων που δεν διαμένουν.
- 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 διαχείριση των οικογενειακών κρίσεων συνδέεται με το άγχος αλλά και 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 διαχείριση των οικογενειακών κρίσεων, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερηλικά άτομα που εμφανίζουν μια ώριμη στάση απέναντι στην οικογενειακή κρίση θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα γενικής υγείας και υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των υπερηλικών που εμφανίζουν ανώριμη στάση απέναντι στην οικογενειακή κρίση.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της στάσης απέναντι στην οικογενειακή κρίση με την πνευματικότητα και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα αυτής της στάσης στην εμφάνιση προβλημάτων στην οικογένεια. Κατά συνέπεια, ως προς την πνευματικότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερηλικά άτομα με υψηλά επίπεδα πνευματικότητας θα παρουσιάζουν ώριμη στάση απέναντι στην οικογενειακή κρίση.

## **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 Ιανουάριο 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.

## **Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία**

### **2.3.1. 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  $\alpha$  ήταν 0,869. (Gouva et al., 2013).

### **2.3.2. 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" (0) ως " πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert 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).

### **2.3.3. 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.

#### **2.3.4 Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15; Bussing et al. 2005)**

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με το τεστ SpREUK-sf-15 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 α=0,816. (Gouva et al., 2014).

### 2.3.5 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

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

#### Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών 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  $\chi^2$  Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000)

- το  $\chi^2$  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  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το  $\chi^2$  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  $\chi^2$  θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

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

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

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

### 3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

#### 3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

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

Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach	
Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής $\alpha$ του Cronbach
SF-36	0,556
CAQ	0,855
F-COPES	0,782
SpREUK	0,874

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των CAQ, 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 το ερωτηματολόγιο SF-36 στο οποίο ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

#### 4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 78 Έλληνες υπερήλικες. Από τους 78 ηλικιωμένους οι 29 (ποσοστό 37,2%) ήταν άνδρες και οι 49 (ποσοστό 62,8%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν  $76,8 \pm 5,7$ , με εύρος 66-93 ετών. Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν  $77,7 \pm 6,7$  με εύρος 66-93 ετών και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν  $76,3 \pm 5,7$ , με εύρος 68-88 ετών, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,300$ ), συγκρινόμενοι με το T-test (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατανομή, 78 υπερήλικων που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	29 (37,2)	49 (62,8)	78 (100,0)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	66-93	68-88	66-93	
Μέση τιμή (x ± SD)	77,7 ± 6,7	76,3 ± 5,7	76,8 ± 5,7	t=1,045 P=0,300
t = T-test.				

#### 4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων

Από τους 78 υπερήλικες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, οι 5 στους 10 κατάγονται από χωριό/κωμόπολη, οι 4 στους 10 από πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 1 στους 10 περίπου από πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ( $p=0,381$ ). Οι 41 (ποσοστό 52,6%) από τους υπερήλικες του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 33 (ποσοστό 42,3%) υπερήλικες δήλωσαν ότι είναι χήρος(α), οι 3 υπερήλικες είναι διαζευγμένοι και μόλις ένας υπερήλικας είναι άγαμος(η), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,211$ ) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Κατανομή, 78 υπερήλικων κατά εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	29 (37,2)	49 (62,8)	78 (100,0)	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
Άγαμος (η)	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (1,3)	
Έγγαμος (η)	18 (62,1)	23 (46,9)	41 (52,6)	
Διαζευγμένος (η)	2 (6,9)	1 (2,0)	3 (3,8)	Fisher's Exact Test=3,898
Χήρος (α)	9 (31,0)	24 (49,0)	33 (42,3)	P=0,211
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>				
Αναλφάβητος	4 (13,8)	19 (40,4)	23 (30,3)	
Απόφοιτος Δημοτικού	24 (82,8)	27 (57,4)	51 (67,1)	Fisher's Exact Test=6,407
Απόφοιτος ΑΕΙ	1 (3,4)	1 (2,1)	2 (2,6)	P=0,022
<b>Καταγωγή</b>				
Χωριό/Κωμόπολη	13 (46,4)	28 (59,6)	41 (54,7)	
Πόλη < 150.000 κατοίκους	12 (42,9)	17 (36,2)	29 (38,7)	Fisher's Exact Test=1,935

Πόλη>150.000 κατοίκους 3 (10.7) 2 (4.3) 5 (6.7) P=0,381

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

Πάνω από το μισό δείγμα μας με ποσοστό 67,1% απάντησε ότι είναι απόφοιτος δημοτικού, οι 23 υπερήλικες (ποσοστό 30,3%) αποκρίθηκαν ότι είναι αναλφάβητοι και μόλις 2 υπερήλικες (ποσοστό 2,6%) δήλωσαν ότι είναι απόφοιτη ΑΕΙ (πίνακας 3).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 93,6%) οι υπερήλικες έχουν αδέρφια, εκ των οποίων οι 26 υπερήλικες είναι άνδρες (ποσοστό 89,7%) και οι 47 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 95,9%). Το ίδιο συμβαίνει και με την ύπαρξη παιδιών, όπου οι 75 υπερήλικες δήλωσαν πως έχουν παιδιά (ποσοστό 97,4%) από τους υπερήλικες άνδρες το ποσοστό φτάνει το 96,6% και από τις ηλικιωμένες γυναίκες το ποσοστό που δηλώνει πως έχει παιδιά φτάνει το 97,9% (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Κατανομή, 78 υπερήλικων 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	29 (37,2)	49 (62,8)	78 (100,0)	
<b>Αδέρφια</b>				
Ναι	26 (89,7)	47 (95,9)	73 (93,6)	L.R.=1.176
Όχι	3 (10,3)	2 (4,1)	5 (6,4)	P=0.355
<b>Παιδιά</b>				
Ναι	28 (96,6)	47 (97,9)	75 (97,4)	L.R.=0.131
Όχι	1 (3,4)	1 (2,1)	2 (2,6)	P=1.000
<b>Εγγόνια</b>				
Ναι	22 (84,6)	41 (89,1)	63 (87,5)	$\chi^2_y=0.305$
Όχι	4 (15,4)	5 (10,9)	9 (12,5)	P=0.853
<b>Έχετε κόρη;</b>				
Ναι	22 (75,9)	46 (75,0)	58 (75,3)	$\chi^2_y=0.008$
Όχι	7 (24,1)	12 (25,0)	19 (24,7)	P=0,927
<b>Αν ναι, ζει κοντά σας</b>				
Ναι	12 (54,5)	28 (77,8)	40 (69,0)	$\chi^2_y=2,444$
Όχι	10 (45,5)	8 (22,2)	18 (31,0)	P=0,118

$\chi^2_y=$  X2yates, L.R.= πρόκειται για την τιμή του Likelihood Ratio, όπως δίδεται από το SPSS.

Από τους ηλικιωμένους του δείγματος οι 9 στους 10 έχουν εγγόνια (ποσοστό 87,5%), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ( $p=0,853$ ) συγκρινόμενες με το  $\chi^2$  του Yates. Ως προς το αν έχουν κόρη οι 58 υπερήλικες (ποσοστό 75,3%) απαντούν θετικά, εκ των οποίων οι 22 είναι υπερήλικες άνδρες και οι 46 υπερήλικες γυναίκες, σε αντίθεση με τους 19 υπερήλικες (ποσοστό 24,7%), 7 υπερήλικες άνδρες και 12 υπερήλικες γυναίκες, οι οποίοι δηλώνουν πως δεν έχουν κόρη. Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 40 υπερηλικών (ποσοστό 69,0%) ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 18 υπερηλικών (ποσοστό 31,0%) που η κόρη τους δε ζει κοντά τους (πίνακας 4).

Οι 16 υπερήλικοι ερωτώμενοι μένουν με τον ή την σύντροφό τους (ποσοστό 20,8%) ενώ οι 9 υπερήλικοι ερωτώμενοι μένουν μόνοι τους, οι 23 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με την κόρη τους και οι 21 υπερήλικοι με το γιό τους, ενώ οι 8 υπερήλικοι διαμένουν σε γηροκομείο. Το 33,3% των υπερηλικών ερωτώμενων (26 αποκρίσεις) δήλωσαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και μόλις οι 20 υπερήλικες (ποσοστό 25,6%) δήλωσαν πως κολυμπούν στη θάλασσα κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών διακοπών τους (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Κατανομή 78 υπερηλικών 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	29 (37,2)	49 (62,8)	78 (100,0)	
<b>Με ποιο μένετε;</b>				
Μόνος	4 (13,8)	5 (10,4)	9 (11,7)	Fisher's Exact Test=2.535 P=0,665
Σύντροφος	8 (27,6)	8 (16,7)	16 (20,8)	
Με την Κόρη μου	9 (31,0)	14 (29,2)	23 (29,9)	
Με το Γιό μου	6 (20,7)	15 (31,3)	21 (27,3)	
Γηροκομείο	2 (6,9)	6 (12,5)	8 (10,4)	
<b>Το καλοκαίρι πηγαίνετε διακοπές;</b>				
Ναι	12 (41,4)	14 (28,6)	26 (33,3)	$\chi^2_y=0,830$ P=0,362
Όχι	17 (58,6)	35 (71,4)	52 (66,7)	
<b>Το καλοκαίρι κολυμπάτε;</b>				
Ναι	7 (24,1)	13 (26,5)	20 (25,6)	$\chi^2_y=0,001$ P=0,973
Όχι	22 (75,9)	36 (73,5)	58 (74,4)	

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



Οι 31 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 16 είναι υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 32,7%) και 15 υπερήλικες άνδρες (ποσοστό 51,7%).

Επτά από τους υπερήλικες ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 9,0%), από αυτούς το 6,9% καταλαμβάνουν οι υπερήλικοι άνδρες και το 10,2% οι υπερήλικες γυναίκες (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Κατανομή 78 υπερήλικων κατά το αν πάσχουν από κάποιο χρόνιο σωματικό, ψυχιατρικό νόσημα, την καρδιά τους, αν έχουν σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, αν έχει υποβληθεί σε χειρουργείο και πόσο καλή υγεία είχαν στη ζωή τους.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	29 (37,2)	49 (62,8)	78 (100,0)	
<b>Πάσχετε από κάποιο χρόνιο σωματικό νόσημα;</b>				
Ναι	15 (51.7)	16 (32.7)	31 (39.7)	$\chi^2_p=2,767$ P=0,096
Όχι	14 (48.3)	33 (67.3)	47 (60.3)	
<b>Πάσχετε από κάποιο χρόνιο ψυχιατρικό νόσημα;</b>				
Ναι	2 (6,9)	5 (10.2)	7 (9.0)	L.R.=0.241 P=0,707
Όχι	27 (93.1)	44 (89.8)	71 (91.0)	
<b>Πάσχετε από την καρδιά σας;</b>				
Ναι	11 (37.9)	11 (22.4)	22 (28,2)	$\chi^2_y=1,460$ P=0,227
Όχι	18 (62.1)	38 (77.6)	56 (71.8)	
<b>Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη</b>				
Ναι	4 (16.0)	10 (21.3)	14 (19.4)	L.R.=0.286 P=0,758
Όχι	21 (84.0)	37 (78.7)	58 (80.6)	
<b>Έχετε Υπέρταση;</b>				
Ναι	16 (55.2)	23 (47.9)	39 (50.6)	$\chi^2_p=0.381$ P=0,537
Όχι	13 (44.8)	25 (52.1)	38 (49.4)	
<b>Έχετε χειρουργηθεί κάποια φορά στη ζωή σας;</b>				
Ναι	16 (57.1)	22 (45.8)	38 (50.0)	$\chi^2_p=0.905$ P=0.476
Όχι	12 (42.9)	26 (54,2)	38 (50.0)	
<b>Πόσο καλή υγεία είχατε στη ζωή σας;</b>				
Πολύ κακή	1 (3.4)	1 (2.0)	2 (2.6)	Fisher's Exact Test =4.602 P=0,314
Κακή	1 (3.4)	7 (14.3)	8 (10.3)	
Μέτρια	8 (27.6)	19 (38.8)	27 (34.6)	
Καλή	13 (44.8)	14 (28.6)	27 (34.6)	
Πολύ καλή	6 (20.7)	8 (16.3)	14 (17.9)	

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

Επιπλέον, μόλις οι 22 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αποκρίθηκαν πως πάσχουν από την καρδιά τους (ποσοστό 28,2%), οι 39 από τους υπερήλικους ερωτώμενους (ποσοστό 50,6%) δήλωσαν πως πάσχουν από υπέρταση ενώ οι 14 από τους υπερήλικους ερωτώμενους (ποσοστό 19,4%) δήλωσαν πως πάσχουν από διαβήτη. Ακόμη οι 22 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 45,8%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους όπως και 16 υπερήλικοι άνδρες (ποσοστό 57,1%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους.

Ακόμη οι 27 υπερήλικοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είχαν μέτρια υγεία στη ζωή τους (ποσοστό 34,6%). Από το δείγμα μας ο μισός σχεδόν πληθυσμός των ανδρών, δηλαδή 13 υπερήλικοι άνδρες, απάντησε πως είχε καλή υγεία στη ζωή του (ποσοστό 44,8%), το ίδιο απάντησαν και 14 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 28,6%). Μόλις ένας υπερήλικας άνδρας και μία υπερήλικη γυναίκα δήλωσαν πως είχαν πολύ κακή ζωή ενώ αντίθετα 6 υπερήλικοι άνδρες και 8 υπερήλικες γυναίκες αποκρίθηκαν πως είχαν πολύ καλή υγεία στη ζωή τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 6).

## **5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων**

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

### **5.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν**

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 3 ψυχομετρικά ερωτηματολόγια και 1 ερωτηματολόγιο γενικής υγείας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>	
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.
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>	
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 Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 14,23,27 και 30.
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις 4, 6, 9 και 21.
Παθητική Αντιμέτωπιση (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.
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>	
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.
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>	

Σωματική λειτουργικότητα (PF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός ρόλος (RP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 17, 18 και 19, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ζωτικότητα (VT)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 23, 27, 29 και 31, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ψυχική υγεία (MH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Κοινωνικός ρόλος (SF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 20 και 32, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός πόνος (BP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 και 22, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Γενική υγεία (GH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1,2, 33, 34, 35 και 36, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RF, RP, BP & GH
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RE, VT, MH & SF

## 5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών Υπερήλικων και Γυναικών Υπερήλικων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 78 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή των 29 ανδρών και των 49 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 εικοσιτέσσερις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

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

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

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

<b>Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών υπερηλίκων και γυναικών υπερηλίκων</b>					
	<b>Υπερήλικες</b>		<b>T-Test</b>		
	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	P
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>					
Total CAQ	2,08±,88	2,18±,81	-,529	76	,598
Fear	2,16±1,13	2,12±1,23	,056	76	,955
Avoidance	2,51±1,12	2,73±,99	-,920	76	,361
Heart Focused Attention	1,534±,84	1,67±,78	-,768	76	,445
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>					
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	22,86±10,96	25,82±10,33	-1,193	76	,237
Επανασχεδιασμός (Reframing)	31,17±8,10	32,39±10,09	-,550	76	,584
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	14,21±5,24	15,63±4,66	-1,247	76	,216
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	13,59±3,97	13,14±4,93	,411	76	,682
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	14,59±3,83	13,98±3,85	,673	76	,503
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	98,55±27,01	103,00±27,04	-,702	76	,485
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>					
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	46,41±15,51	49,20±16,77	-,732	76	,467
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	14,93±5,75	15,69±6,19	-,540	76	,591

Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	16,48±5,33	17,37±5,16	-,723	76	,472
Αντανάκλαση (Reflection)	15,00±5,78	16,14±6,16	-,810	76	,420
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	55,17±27,85	50,61±33,15	,622	76	,536
Σωματικός ρόλος (RP)	37,07±47,54	39,29±47,05	-,200	76	,842
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	37,93±45,18	40,14±47,62	-,201	76	,841
Ζωτικότητα (VT)	53,79±13,14	47,76±12,34	2,039	76	<b>,045</b>
Ψυχική υγεία (MH)	54,48±15,43	57,22±14,61	-,784	76	,435
Κοινωνικός ρόλος (SF)	73,71±21,48	56,89±25,78	2,956	76	<b>,004</b>
Σωματικός πόνος (BP)	76,90±25,14	59,49±28,86	2,697	76	<b>,009</b>
Γενική υγεία (GH)	48,85±15,94	43,03±13,46	1,723	76	,089
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	217,99±93,73	192,42±104,61	1,084	76	,282
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	219,91±73,00	202,00±83,71	,956	76	,342

Στον πίνακα 7, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι άνδρες υπερήλικες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες υπερήλικες στις κλίμακες :

1. Ζωτικότητα (VT) (SF- 36)
2. Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36)
3. Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36)

### **5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Υπερήλικων που ζουν με την κόρη τους και των Υπερήλικων που δεν ζουν με την κόρη τους**

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 78 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή των 29 ανδρών και των 49 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 εικοσιτέσσερις 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 8. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

<b>Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ υπερηλίκων που ζουν με την κόρη τους και υπερηλίκων που δεν ζουν με την κόρη τους</b>					
	<b>Υπερήλικες</b>		<b>T-Test</b>		
	<b>Διαμονή κοντά με την κόρη τους</b>	<b>Διαμονή μακριά από την κόρη τους</b>	t	df	P
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>					
Total CAQ	2,17±,72	2,13±,98	,138	56	,891
Fear	2,26±1,06	2,22±1,26	,126	56	,900
Avoidance	2,63±,98	2,43±1,18	,700	56	,487
Heart Focused Attention	1,57±,73	1,72±,85	-,716	56	,477
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>					
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	26,50±9,77	22,22±12,83	1,397	56	,168
Επανασχεδιασμός (Reframing)	31,35±7,26	32,06±9,08	-,316	56	,753
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	15,38±4,42	16,39±5,23	-,763	56	,449
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	13,75±4,01	13,94±4,80	-,161	56	,873
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	14,33±3,61	14,83±4,05	-,478	56	,635
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	103,40±23,17	101,56±31,35	,251	56	,803
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>					
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	47,55±16,48	56,17±13,66	-1,936	56	,058
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	15,00±6,20	18,50±5,07	-2,098	56	<b>,040</b>
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	16,80±5,28	20,00±3,88	-2,301	56	<b>,025</b>
Αντανάκλαση (Reflection)	15,75±6,03	17,67±5,91	-1,127	56	,265
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	50,13±30,54	62,50±30,01	-1,435	56	,157
Σωματικός ρόλος (RP)	33,75±44,42	41,67±49,26	-,607	56	,546
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	35,83±44,90	38,89±47,49	-,236	56	,815

Ζωτικότητα (VT)	48,75±10,91	52,22±15,071	-,993	56	,325
Ψυχική υγεία (MH)	55,40±14,79	58,67±13,86	-,793	56	,431
Κοινωνικός ρόλος (SF)	63,13±21,55	69,44±28,83	-,928	56	,357
Σωματικός πόνος (BP)	63,44±25,37	74,31±30,42	-1,418	56	,162
Γενική υγεία (GH)	46,04±14,83	45,83±13,18	,051	56	,959
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	193,35±97,43	224,31±98,53	-1,115	56	,269
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	203,12±73,36	219,22±83,26	-,742	56	,461

Στον πίνακα 8, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι υπερήλικες που δεν ζουν με την κόρη τους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που ζουν με την κόρη τους στις κλίμακες:

1. Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access) (SpREUK-SF-15)
2. Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15)

#### **5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Υπερήλικων ως προς το αν κολυμπούν στις καλοκαιρινές διακοπές**

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 78 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή των 29 ανδρών και των 49 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 εικοσιτέσσερις 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 9. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

<b>Πίνακας 9: Διαφοροποιήσεις μεταξύ υπερηλικών ως προς το αν κολυμπούν στις καλοκαιρινές διακοπές</b>					
	<b>κολυμπούν στις καλοκαιρινές διακοπές</b>		<b>T-Test</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	t	df	P
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>					
Total CAQ	1,50±,78	2,36±,73	-4,497	76	<b>,000</b>
Fear	1,45±1,11	2,40±1,13	-3,253	76	<b>,002</b>
Avoidance	1,98±,97	2,87±,96	-3,581	76	<b>,001</b>
Heart Focused Attention	1,07±,71	1,81±,74	-3,892	76	<b>,000</b>
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>					
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	25,90±14,61	24,31±8,94	,458	24,088	,651
Επανασχεδιασμός (Reframing)	29,50±13,09	32,78±7,70	-1,058	23,694	,301
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	15,15±6,96	15,09±4,04	,039	23,586	,969
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	13,55±6,41	13,22±3,82	,215	23,808	,832
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	13,05±5,85	14,60±2,79	-1,143	22,050	,265
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	99,50±45,12	101,98±17,34	-,240	20,968	,813
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>					
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	47,60±18,04	48,36±15,72	-,180	76	,858
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	15,50±6,83	15,38±5,76	,077	76	,939
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	17,00±5,43	17,05±5,17	-,038	76	,970
Αντανάκλαση (Reflection)	15,10±7,06	15,93±5,65	-,531	76	,597
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	66,50±26,71	47,41±31,305	2,435	76	<b>,017</b>
Σωματικός ρόλος (RP)	70,00±47,02	27,59±42,07	3,773	76	<b>,000</b>
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	68,33±45,21	29,31±42,84	3,464	76	<b>,001</b>

Ζωτικότητα (VT)	55,25±11,75	48,19±12,87	2,162	76	<b>,034</b>
Ψυχική υγεία (MH)	63,60±19,38	53,66±12,18	2,153	24,375	<b>,041</b>
Κοινωνικός ρόλος (SF)	76,25±21,42	58,62±25,35	2,783	76	<b>,007</b>
Σωματικός πόνος (BP)	81,25±22,83	60,69±28,71	3,238	41,253	<b>,002</b>
Γενική υγεία (GH)	50,21±13,88	43,46±14,56	1,807	76	<b>,075</b>
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	267,96±96,43	179,15±92,65	3,659	76	<b>,000</b>
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	263,43±71,25	189,78±74,25	3,864	76	<b>,000</b>

Στον πίνακα 9, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι γυναίκες υπερήλικες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες υπερήλικες στις κλίμακες:

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

Στον πίνακα 9, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι άνδρες υπερήλικες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες υπερήλικες στις κλίμακες:

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

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

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

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) ( $p = 0,000$ )
2. Φόβο για τις δραστηριότητες της καρδιακής λειτουργίας (Fear - CAQ) ( $p = 0,000$ )
3. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ) ( $p = 0,001$ )
4. Σωματική λειτουργικότητα (PF) ( $p = 0,000$ )
  1. Σωματικός ρόλος (RP) ( $p = 0,002$ )
  2. Συναισθηματικός ρόλος (RE) ( $p = 0,009$ )
  5. Ψυχική υγεία (MH) ( $p = 0,011$ )
  6. Κοινωνικός ρόλος (SF) ( $p = 0,001$ )
  7. Σωματικός πόνος (BP) ( $p = 0,000$ )
  8. Γενική υγεία (GH) ( $p = 0,000$ )
  9. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF\_PCS) ( $p = 0,000$ )
  10. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF\_MCS) ( $p = 0,000$ )

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

	F	p
<b>Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)</b>		
Total CAQ	9,200	,000
Fear	10,773	,000
Avoidance	5,256	,001
Heart Focused Attention	2,479	,051
<b>Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)</b>		

Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	,121	,975
Επανασχεδιασμός (Reframing)	1,757	,147
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	,133	,970
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	1,516	,206
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	,925	,454
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	,724	,579
<b>Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)</b>		
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	,732	,573
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	,732	,573
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	,581	,677
Αντανάκλαση (Reflection)	1,399	,243
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	9,555	,000
Σωματικός ρόλος (RP)	4,583	,002
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	3,662	,009
Ζωτικότητα (VT)	2,261	,071
Ψυχική υγεία (MH)	3,535	,011
Κοινωνικός ρόλος (SF)	5,167	,001
Σωματικός πόνος (BP)	10,377	,000
Γενική υγεία (GH)	15,194	,000
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	11,768	,000
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	5,784	,000

## 10. Συζήτηση

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

### Οριοθετήσεις

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

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

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

## Το προφίλ των ηλικιωμένων

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των ηλικιωμένων Ελλήνων της επαρχίας. Από τους 78 ηλικιωμένους οι 29 (ποσοστό 37,2%) ήταν άνδρες και οι 49 (ποσοστό 62,8%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν  $76,8 \pm 5,7$ , με εύρος 66-93 ετών. Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν  $77,7 \pm 6,7$  με εύρος 66-93 ετών και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν  $76,3 \pm 5,7$ , με εύρος 68-88 ετών, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,300$ ), συγκρινόμενοι με το T-test.

Από τους 78 υπερήλικες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, οι 5 στους 10 κατάγονται από χωριό/κωμόπολη, οι 4 στους 10 από πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 1 στους 10 περίπου από πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ( $p=0,381$ ). Οι 41 (ποσοστό 52,6%) από τους υπερήλικες του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 33 (ποσοστό 42,3%) υπερήλικες δήλωσαν ότι είναι χήρος(α), οι 3 υπερήλικες είναι διαζευγμένοι και μόλις ένας υπερήλικας είναι άγαμος(η), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,211$ ) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 93,6%) οι υπερήλικες έχουν αδέρφια, εκ των οποίων οι 26 υπερήλικες είναι άνδρες (ποσοστό 89,7%) και οι 47 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 95,9%). Το ίδιο συμβαίνει και με την ύπαρξη παιδιών, όπου οι 75 υπερήλικες δήλωσαν πως έχουν παιδιά (ποσοστό 97,4%) από τους υπερήλικες άνδρες το ποσοστό φτάνει το 96,6% και από τις ηλικιωμένες γυναίκες το ποσοστό που δηλώνει πως έχει παιδιά φτάνει το 97,9%.

Από τους ηλικιωμένους του δείγματος οι 9 στους 10 έχουν εγγόνια (ποσοστό 87,5%), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ( $p=0,853$ ) συγκρινόμενες με το  $\chi^2$  του Yates. Ως προς το αν έχουν κόρη οι 58 υπερήλικες (ποσοστό 75,3%) απαντούν θετικά, εκ των οποίων οι 22 είναι υπερήλικες άνδρες και οι 46 υπερήλικες γυναίκες, σε αντίθεση με τους 19 υπερήλικες (ποσοστό 24,7%), 7 υπερήλικες άνδρες και 12 υπερήλικες γυναίκες, οι οποίοι δηλώνουν πως δεν έχουν κόρη. Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 40 υπερηλικών (ποσοστό 69,0%) ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 18 υπερηλικών (ποσοστό 31,0%) που η κόρη τους δε ζει κοντά τους. Οι 16 υπερήλικοι ερωτώμενοι μένουν με τον ή την σύντροφό τους (ποσοστό 20,8%) ενώ οι 9 υπερήλικοι ερωτώμενοι μένουν μόνοι τους, οι 23 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με την κόρη τους και οι 21 υπερήλικοι με το γιό τους, ενώ οι 8 υπερήλικοι διαμένουν σε γηροκομείο. Το 33,3%

των υπερήλικων ερωτώμενων (26 αποκρίσεις) δήλωσαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και μόλις οι 20 υπερήλικες (ποσοστό 25,6%) δήλωσαν πως κολυμπούν στη θάλασσα κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών 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, εγγόνια), ενισχύεται, όμως, και από άλλες μελέτες, όπως αυτές, των Madianos και Madianou (1991), που διαπίστωσαν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο αριθμό μελών 3,2 (από 4,2 που ήταν το 1920), των Μαδιανού και συν. (1995), οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας.

### **Σωματική και Ψυχική Υγεία των Ηλικιωμένων**

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι 31 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 16 είναι υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 32,7%) και 15 υπερήλικες άνδρες (ποσοστό 51,7%). Επτά από τους υπερήλικους ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 9,0%), από αυτούς το 6,9% καταλαμβάνουν οι υπερήλικοι άνδρες και το 10,2% οι υπερήλικες γυναίκες. Επιπλέον, μόλις οι 22 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αποκρίθηκαν πως πάσχουν από την καρδιά τους (ποσοστό 28,2%), οι 39 από τους υπερήλικους ερωτώμενους (ποσοστό 50,6%) δήλωσαν πως πάσχουν από υπέρταση ενώ οι 14 από τους υπερήλικους ερωτώμενους (ποσοστό 19,4%) δήλωσαν πως πάσχουν από διαβήτη. Ακόμη οι 22 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 45,8%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους όπως και 16 υπερήλικοι άνδρες (ποσοστό 57,1%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους. Ακόμη οι 27 υπερήλικοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είχαν μέτρια υγεία στη ζωή τους (ποσοστό 34,6%). Από το δείγμα μας ο μισός σχεδόν πληθυσμός των ανδρών, δηλαδή 13 υπερήλικοι άνδρες, απάντησε πως είχε καλή υγεία στη ζωή του (ποσοστό 44,8%), το ίδιο απάντησαν και 14 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 28,6%). Μόλις ένας υπερήλικας άνδρας και μία υπερήλικη γυναίκα δήλωσαν πως είχαν πολύ κακή ζωή ενώ αντίθετα 6 υπερήλικοι άνδρες και 8 υπερήλικες γυναίκες αποκρίθηκαν πως είχαν πολύ καλή υγεία στη ζωή τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης ως προς την σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων συμφωνούν και ενισχύονται από τα αποτελέσματα της μελέτης των Wilson, et al. (2002) αλλά και τη μελέτη των Hultsch, et al. (1999) όπου διαπιστώθηκε ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλει στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στη γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων. Ακόμη ενισχύονται από τα αποτελέσματα της μελέτης των Rodin, et al, (1992) και Albert, et al. (1995) όπου διαπιστώθηκε ότι στην τρίτη ηλικία ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτο-αποτελεσματικότητας, και κατ' επέκταση αυξάνεται η ποιότητα ζωής. Ακόμη, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Nante, et al. (1999), οι οποίοι σε μια έρευνα στην Ιταλία μεταξύ υπερηλικών με ηλικία μεταξύ 76-98, διαπίστωσαν ότι οι σωματικές νόσοι από τις οποίες υπέφεραν ήταν η υπέρταση και η αρθρίτιδα, ενώ το 20% δεν ανέφερε κάποια νόσο. Αναφορικά με κάποια γνωστική δυσλειτουργία στο 34,1% παρατηρήθηκε κάποια ήπια μορφή και το 11,8% είχαν σοβαρή γνωστική δυσλειτουργία. Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διέμενε στην επαρχία και με την οικογένειά του εξηγεί το ότι γενικά η αντιλαμβανόμενη ποιότητα υγείας ήταν καλή καθώς οι συναντήσεις με μέλη της οικογένειας μείωναν το αίσθημα της μοναξιάς. Τέλος, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Heydari, et al. (2012) από τα οποία διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση του ατόμου.

### **Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων**

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι άνδρες υπερήλικες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες υπερήλικες στις κλίμακες: Ζωτικότητα (VT) (SF- 36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36) και Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36). Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι οι υπερήλικες που δεν ζουν με την κόρη τους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που ζουν με την κόρη τους στις κλίμακες: Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access) (SpREUK-SF-15) και Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15). Τα



συγκεκριμένα αποτελέσματα ενισχύονται και από τα αποτελέσματα της μελέτης των Beaumont & Kenealy (2003), όπου διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους παρουσίαζαν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους και είχαν την τάση να υιοθετούν περισσότερο θετικές στρατηγικές προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες. Συμφωνούν ακόμη με τα αποτελέσματα δύο μελετών μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων, όπου διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής αναφορικά με την σωματική λειτουργία, τον σωματικό πόνο, την γενική υγεία και την ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες (Wyss, et al, 1999; Li, et al, 2003).

## 11. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Οι 3 στους 10 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια
- Ο 1 στους 10 από τους υπερήλικες ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο
- Τα κύρια σωματικά προβλήματα των υπερήλικων της μελέτης είναι καρδιολογικά προβλήματα (ποσοστό 28,2%), υπέρταση (ποσοστό 50,6%) και σακχαρώδη διαβήτη (ποσοστό 19,4%)
- Οι 5 στους 10 από τους υπερήλικους ερωτώμενους δήλωσαν πως έχουν υποβληθεί σε τουλάχιστον μία χειρουργική επέμβαση στη ζωή τους
- οι άνδρες υπερήλικες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες υπερήλικες στις κλίμακες: Ζωτικότητα (VT) (SF- 36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36) και Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36)
- οι υπερήλικες που δεν ζουν με την κόρη τους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους υπερήλικες που ζουν με την κόρη τους στις κλίμακες: Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access) (SpREUK-SF-15) και Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source) (SpREUK-SF-15).

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

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των υπερήλικων ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ως προς την πορεία της ποιότητας ζωής τους, κάτι που θα μας επέτρεπε να συσχετίσουμε τις επιπτώσεις των κοινωνικών παραγόντων ζωής στην επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής, στη σωματική και ψυχική

υγεία, στην πνευματικότητα και στους τρόπους διαχείρισης της οικογενειακής κρίσης. Θεωρούμε την προβληματική γύρω από το ρόλο και τις επιδράσεις του κοινωνικού και οικογενειακού πλαισίου στην ποιότητα ζωής των υπερήλικων ατόμων ως έναν από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς, του οποίου η μελέτη θα συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση του ρόλου της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Πιστεύουμε ακράδαντα ότι τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των υπερήλικων ατόμων και οι επιπτώσεις αυτών τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την εξασφάλιση επαρκούς πολιτικής βούλησης και κοινωνικής συναίνεσης. Η θέσπιση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης των προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων με την εξέλιξη της πρωτοβάθμιας υγείας στην ελληνική πραγματικότητα θα μπορούσε να βοηθήσει εμπράκτως την ελληνική οικογένεια και τους ηλικιωμένους. Η μόνη ελπίδα, ίσως, βρίσκεται σε μια πρωτοβάθμια φροντίδα στη βάση μιας διεπιστημονικής συνεργασίας.

## Βιβλιογραφία

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

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

- Bland RC, Newman SC, Orn H. (1988). Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*;338: 57–63.
- Bookwala, J., & Schulz, R. (1996). Spousal similarity in Subjective Well- Being: The Cardiovascular Health Study. *Psychology and Aging, Vol. 11 (4)* , 582-590.
- Brenes GA, Guralnik JM, Williamson JD, et al. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *J Am Geriatr Soc*;53(1):34–9.
- Brita R., Diez-Roux AV., Seeman T., Ranijt N., Shea S., Cushman M. (2010). Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Psychosomatic Medicine*; 72:134-140.
- Brodaty H, Green A, Koschera A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc*; 51(5):657-64.
- Bruce ML, McNamara R. (1992). Psychiatric status among the homebound elderly: an epidemiologic perspective. *J Am Geriatr Soc*;40(6):561–6.
- Callens S., Volbragt I., Nys H. (2007). Legal Thoughts on the Implications of cost-Reducing Guidelines for the Quality of Health Care. *Health Polich*; 80: 422-431.
- Campbell, J.D. Yoon, D.P. Johnstone, B. (2010). Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *J. Relig. Health*; 49: 3-17.
- Cape ,R., & Henschke, P. (1980). Perspective on health in old age. *Journal of the American Geriatrics Society, 28*, 295-299.
- Carta MG., Bernal M., Hardoy MC., Haro-Abad JM. and the Report on the Mental Health in Europe working group. (2005) Migration and mental health in Europe

– the state of mental health in Europe working group: appendix I. *Clin Prac Epidem Mental Health*. Διαθέσιμο στο <http://www.cpementalhealth.com/-content/1/1/13>.

- Cefalu, W. T., & Wagner, J. D. (1997). Aging and atherosclerosis in human and nonhuman primates. *Age, 20*, 15-28.
- Chou K, Chi L (2000). Comparison between elderly persons living alone and those living with other. *Journal of Gerontology Social Work*; 33: 51-56.
- Cohen CI., Tteresi J., Holmes D. (1985) social networks, stress, and physical health: a longitudinal study of an inner-city elderly population. *J Gerontology* 40(4):478-486.
- Copeland JRM., Beekman ATF., Dewey ME., Hooijer C., Jordan BA., et al. (1999) Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Brit J Psychiatry* 174:312-321.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 347- 352.
- Dalgard OS., Bjork S., Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *Brit J Psychiatry* 166(1):29-34.
- Davis, J.W., Ross, P.D., Preston, S.D., Nevitt, M.C., & Wasnich, R.D. (1998). Strength, physical activity and body mass index: Relationship to performance based measures and activities of daily living among older Japanese women in Hawaii. *JAGS, 46*, 274-279.
- Dellesaga, C., Fisher, K. (2001). Posthospital home care for frail older adults in rural locations. *Journal of Community Health Nursing*; 18: 247-260.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*; 95: 542-575.

- Diener, E. (2000). The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, *55*, 34- 43.
- Doka, K. J. (1993). *Living with Life- Threatening Illness*. New York: Lexington Books.
- Dragioti, E., Vitoratou, S., Kaltsouda, A., Tsartsalis, D. & Gouva M. (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire(CAQ) *Psychological reports*, *109*(1):77-92.
- Druley, J. A., Martire, L. M., Stephens, M. A. P., Ennis, N., & Wojno, W. C. (2003). Emotional Congruence in Older Couples Coping With Wives' Osteoarthritis: Exacerbating Effects of Pain Behavior. *Psychology and Aging*, *Vol. 18 (3)*, 406- 414.
- Fisher K., Shumaker L. (2004). Assessment of Depression and Cognitive Impairment Among Elders in Rural Housing Facilities. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*; *10*(2):67-72.
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*; *41*: 239-250.
- Giltay EJ, Kamphuis MH, Kalmijn S, Zitman FG, Kromhout D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen elderly study. *Arch Intern Med*; *166*: 431-6.
- Gomez GE., Gomez EA. (1993). Depression in the elderly. *J Phsycosoc Nurs Ment Helath Serv* *31*(5):28-33.
- Gondo Y., Poon LW. (2007) Gognitive function of centenarians and its influence on longevity. *Ann Rev Geront Geriatrics* *27*:129-149.
- Gotlib, I. H., & Colby, C. A. (1987). *Treatment of depression: An interpersonal systems approach*. New York: Pergamon Press.



- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitiveinterpersonal integration*. New York: Wiley.
- Gouva M., Zagorgianakou R., Dragioti, E., Paschou, A. & Kotrotsiou, E. (2014). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK, *Interscientific health care*, (accepted).
- Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B. (1983). Does marriage have positive effects on the wellbeing of the individual? *Journal of Health and Social Behavior*, **24**, 122- 131.
- Graneheim HU., Lundman B. (2010) Experiences of loneliness among the very old: the Umea 85 + project. *Aging Mental Health* 14(4):433-438.
- Grewen K, Girdler SS, West SG, Bragdon E, Costello N, Light KC. (2000). Stable pessimistic attributions interact with socioeconomic status to influence blood pressure and vulnerability to hypertension. *J Womens Health Gend Based Med*;9:905–15.
- Hagestad G., Uhlenberg P. (2005) The social separation of old and young: The root of ageism. *J Soc Iss* 61(2):343-360.
- Hagihara, K. (2001). Why does elder abuse occur? [Koreisha gyakutai wa naze okoru?] *Visiting Nursing and Caregiving*; 6: 371–383.
- Hammons MV (2003) State plan on aging FFY 2004-2007. **Διαθέσιμο στο** <http://www.cdhs.state.co.us/aas/PDFs/FourYearPlan2003.pdf>
- Hatch J., Gill-Body K.M., Portney L.G. (2003). Determinants of Balance Confidence in Community-Dwelling Elderly People. *Phys Ther*; 83: 1072-1079.
- Hemingway H, Marmot M. (1999). Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*;318:1460 –7.

- Heydari J., Khani s., Shahhosseini Z. (2012). Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: Implications for policy makers. *Indian Journal of Science and Technology*; 5: 2782-2787.
- Himmelfarb, S., & Murrell, S. A. (1984). The prevalence and correlation of anxiety symptoms in older adults. *Journal of Psychiatr*, 116: 159–167.
- Hogan DB., Ebly EM., Fung TS. (1999a) Disease, Disability and Age in cognitively intact seniors: Results from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A boil Sci Med Sci 5492*):M27-M82.
- Holmen K., Ericsson K., Andersson L., Winbland B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *J Adv Nurs 1791*):43-51.
- Holtsbert PA., Poon LW., Noble CA., Martin P. (1995). Mini-mental state exam status of community-dwelling cognitively intact centenarians. *Inter Psychogeriatrics* 7:417-127.
- Howland J, Lachman ME, Peterson EW, et al. (1998). Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist*.;38: 549–555.
- Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., & Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology of Aging*; 14: 520–527.
- Hungerford TL. (2001) The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany. *The Gerontologist* 41910:103-110.
- Imai, K. (1998). Bed-ridden elderly in Japan: Social progress and care for the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*; 46:157–170.
- Jane-Llopis E., Katschnig H., McDaid D., and Wahlbeck K. (2007). *Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer*. Lisbon.

- Jeune B (2002) Living longer – but better? *Aging Clin Exp Res* 14:72-93.
- JMHLW Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (2009) ***We are at the door to the super aged society.*** Health and Welfare Bureau for the Elderly. Διαθέσιμο στο <http://mhlw.go.jp/english>.
- Junginger J, Phelan E, Cherry K, et al. (1993). Prevalence of psychopathology in elderly persons in nursing homes and in the community. ***Hosp Community Psychiatry***;44(4): 381–3.
- Kaldi AR (2004) Physical, social, and mental problems of the elderly in district 13 of Tehran. ***Age Ageing***; 33: 322.
- Karademas, E.C. (2010). Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. ***J. Health Psychol.***; 15: 239-247.
- Katona, C., & Livingston, G. (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. ***The Lancet***; 356: 91.
- Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, et al. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the Normative Aging Study. ***Circulation***;90(5):2225–9.
- Kemp B., Mosqueda L (2005) Elder financial abuse: an evaluation framework and supporting evidence. ***J Am Geriatric Society*** 53:1123-1127.
- Kennedy, G. (2001). Psychopharmacology of late-life depression. ***Annals of Long Term Care***; 9(3): 35-40.
- Kessler, R. C., & Essex, M. (1982). Marital status and depression: The importance of coping resources. ***Social Forces***, 61, 484- 507.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the

national comorbidity survey replication (ncs-r). *Journal of the American Medical Association*; 289: 3095–3105.

- Khaw TK (1999) *Inequalities in Health*. In: Gordon D., Shaw M., Darling D., Smith GD. *Inequalities in health*. The Policy Press, Great Britain.
- Kohrt, W. M., & Holloszy, J. O. (1995). Loss of skeletal muscle mass with aging. *Journal of Gerontology, 50A*, 68- 72.
- Kramer, A.F., Bherer, L., Colcombe, S.J., Dong,W., & Greenough, W.T. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*; 59A: 940–957.
- Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. (2001). Is the glass half empty or half full? a prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosom Med*.;63:910-916.
- Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosom Med*;63:910–6.
- Kunik ME, Roundy K, Veazey C, et al. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*;127(4): 1205–11.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close Emotional Relationships in Late Life: Further Support for Proactive Aging in the Social Domain. *Psychology and Aging, Vol. 9 (2)*, 315- 324.
- Lanza, A. F., Cameron, A. E., & Revenson, T. A. (1995). Perceptions of helpful and unhelpful support among married individuals with rheumatic diseases. *Psychology and Health, 10*, 449- 462.
- Lehtinen V., Michalak E., Wilkinson C., Dowrick C., Ayuso – Mateos JL., Dalgard OS., Casey P., Vazquez-Barquero JL., Willinson G (2003) Urban – rural

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

- Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, et al. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*;9(2): 113-35.
- Lewis J, (2007). Gender, Ageing and the New Social Settlement: the Importance of Developing a Holistic Approach to Care Policies. *Current Sociology*; 55: 271-286.
- Li L, Wang HM, Shen Y. (2003). Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation and normalization. *J Epidemiol Community Health*; 57:259-65.
- Lima M.G., Barros M.B.A. Cesar CLC., Coldbaum M., Carandina L., Ciconelli R.M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*; 25(10):2159-2167.
- Long MJ., Stevenson-Marshall B. (2000) The relationship of impending death and age category to treatment intensity in the elderly. *J Eval Clin Pract* 6(1):63-70.
- MacDonald AJD. (1997). ABC of mental health: Mental health in old age. *BMJ* 315: 413-417.
- Marks, N. (1996). Caregiving across the lifespan. National prevalence and predictors. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 45, 27- 36.
- Martin P, da Rosa G, Siegler IC, Davey A, Macdonald M, and Poon LW. (2006). Personality and longevity: Findings from the Georgia Centenarian Study. *Age.*; 28: 343-352.

- Martin P. (2002) Individual and social resources predicting well-being and functioning in later years: conceptual models, research and practice. *Ageing Int* 27: 3-29.
- Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Offord KP. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clin Proc.*; 75: 140-143.
- Meeks –Sjostrom D (2004) A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholar* 36(3): 247-250.
- Montross L, Depp C, Daly J, Golshan S, Moore D (2006). Correlates of self-rated successful ageing among community dwelling other adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 14 (1): 43 – 51.
- Moritz, D. J., Kasl, S. V., & Berkman, L. F. (1989). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Depressive symptoms and social functioning. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, 17- 27.
- Moritz, D. J., Kasl, S. V., & Ostfield, A. M. (1992). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Blood pressure, self-rated health, and health behaviours. *Journal of Aging and Health*, 4, 244- 267.
- Motta M, Bennati E, Ferlito L, Malaguarnera M, and Motta L. (2005). Successful aging in centenarians: Myth and reality. *Arch Gerontol Geriatr.*; 40: 241-251.
- Myers, D. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56- 67.
- Nalini B (2000) .Institutional care for the aged: Life twilight years. *Indian Journal of Community Guidance Service*,; 6(1): 27-29.
- Nandi PS., Banerjee G., Mukherjee SP., Nandi DN. (1997) A study of Psychiatric Morbidity of the elderly population of a rural community in West Bengal. *Ind J Psychiatry* 39(2): 122-29.

- Nante N., Groth N., Guerrini M., Galeazzi M., Kodraliu G., Apolone G. (1999). Using the SF-36 in a rural population of elderly in Italy: a pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*; 40: 1-7.
- Ogawa, N. (1989). Population aging and its impact upon health resource requirements at government and familial levels in Japan. *Ageing and Society*; 9: 383-405.
- Ostbye T., Hill G., Steenhuis R. (1999). Mortality in elderly Canadians with and without dementia. A 5 year follow-up. *Neurology* 53(3): 521-525.
- Paluska A.S., Schwenk T.L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med*; 29(3): 167-80.
- Park, C.L. Malone, M.R. Suresh, D.P. Bliss, D. Rosen, R.I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Qual. Life Res.*; 17: 21-26.
- Patil B. (2000) Psychosocial Problems of Retired. *Soc Wel* 47(7): 13-16.
- Peacock SC, Forbes DA. (2003) Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Can J Nurs Res*; 35(4): 88-107.
- Pinqart M, Sfransen S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other social interventions with older adults? *Journal of Mental Health and Aging*; 7(2): 207-43.
- Poon LW., Clayton GM., Martin P., Johnson MA., Courtenay BC., Sweaney AL., et al (1992) The Georgia Centenarian Study. *Int J Aging Hum Dev* 34: 1-17.
- Preston DB., Mansfield PK (1984) An exploration of stressful life events, illness and coping among the rural elderly. *Gerontologist* 24(5): 490-494.

- Prince MJ., Beekman ATF., Deeg DJH., Fuhrer R., Kivela SL., Lawlor BA., et al. (1999) Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Brit J Psychiatry* 174: 339-45.
- Rabins, P., Black, B., German, P., Roca, R., McGuire, M., Brant, L., et al. (1996). The prevalence of psychiatric disorder in elderly residents of public housing. *Journals of Gerontology, Series A- Biological Sciences & Medical Sciences*; 51: M319-324.
- Ramos LR. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*; 19: 793-8.
- Ratakonda SS., Mohan D., Kumar V., Khandelwal SK., Gopinathan , Nair PG. (1992) Physical illnesses among elderly psychiatric outpatients with depression. *Ind J Psychiatry* 34(1):41-45.
- Renne, K. S. (1971). Health and marital experience in an urban population. *Journal of Marriage and the Family*, 23, 338- 350.
- Robbins, B., Rye, R., German, P., Wolfson, M., Penrod J., Rabins, P., et al. (2000). The psychogeriatric assessment and treatment in city housing (PATCH) program for elders with mental illness in public housing: Getting through the crack in the door. *Archives of Psychiatric Nursing*; 14: 63-172.
- Rodin, J. & McAvay, G. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *Journal of Gerontology*; 47: 373-384.
- Sales ,E., Schulz, R., & Biegel, D. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 1-26.
- Samuelsson SM., Alfredson BB., Hagberg B., Samuelsson G., Nordbeck B., Brun A., Gustafson L., Risberg J (1997) The Swedish centenarian study: A multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100. *Int J Aging Hum Develop* 45(3):223-253.



- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*;67: 1063–78.
- Scheier MF, Carver CS. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol.*; 4: 219-247.
- Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.*; 57: 1024-1040.
- Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *J Pers Soc Psychol.*; 51: 1257-1264.
- Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The Role of Gender in Very Old Age: Profiles of Functioning and Everyday Life Patterns. *Psychology and Aging, Vol. 13 (4)*, 676- 695.
- Sorescu E.M. (2011). The Abuse of the Elderly. Views of the Social Care Professionals Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*; 3: 54-62.
- Stanley MA, Roberts RE, Bourland SL, et al. (2001). Anxiety disorders among older primary care patients. *Journal of Clinical Geropsychology*; 7: 105–16.
- Stein MB, Heuser IJ, Juncos JL, et al. (1990). Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *Am J Psychiatry*; 147(2): 217–20.
- Sullivan MD. (1997) Maintaining good morale in old age. *West J Med* 167(4): 276-284.
- Susheela M (1997) Life satisfaction and some of the correlates among institutionalized and non-institutionalized elderly. *Nimhans J* 15(30): 215-18.

- Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med.*;80: 429–434.
- Tinker LF, Rosal MC, Young AF, Perri MG, Patterson RE, Van Horn L, et al. (2007). Predictors of dietary change **and maintenance in the Women’s Health Initiative Dietary Modification Trial**. *J Am Diet Assoc*;107:1155– 66.
- Tower RB., Kasl SV. (1996) Gender, marital closeness and depressive symptoms in elderly couple. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 51B(3)*:115-129.
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1995). Depressive Symptoms Across Older Spouses and the Moderating Effect of Marital Closeness. *Psychology and Aging, Vol. 10 (4)*, 625- 638.
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1996). Depressive Symptoms Across Older Spouses: Longitudinal Influences. *Psychology and Aging, Vol. 11 (4)*, 683- 697.
- USCB U.S. *Census Bureau (2005) National population estimates for 2005*. Διαθέσιμο στο <http://www.census.gov/papers1>.
- Valente M. (1999) Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Hom Health Care Manag Pract* 11: 49-59.
- Wattis J. (1996). Caring for Older People: What an old age psychiatrist does. *BMJ* 313: 101-105.
- Wetherell J.L., Lenze E.J., Stanley M.A. (2005). Evidence-Based Treatment of Geriatric Anxiety Disorders. *Psychiatr clin N Am*; 28: 871-896.
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*; 38: 1583–1595.
- WHO (2001) *World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>

- Williams, D. G. (1988). Gender, marriage, and psychosocial well-being. *Journal of Family Issues*, *9*, 452- 468.
- Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A., & Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*; *287*: 742–748.
- Wincur G., Palmer H., Dawson D., Binns M.A., Bridges K., Stuss D.T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*; *13*: 153-165.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., Morgan, R., Woods, B., Burholt, V., Edwards, R., Reeves, C., Yeo, S. (2008). *Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: systematic review of effectiveness and cost-effectiveness*. University of Wales, Bangor. Διαθέσιμο στο : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11999/42401/42401.pdf>
- Wittchen HU., Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neropsychopharmacology* *15*(4): 357-376.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Available: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/)
- Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*; *61*: 6–17.
- Wyss K, Wagner AK, Whiting D, Mtasiwa DM, Tanner M, Gandek B, et al. (1999). Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. *Qual Life Res*; *8*: 111-20.

- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley J. R. (1996). Relationships of Physical Disease and Functional Impairment to Depression in Older People. *Psychology and Aging, Vol. 11(4)*, 572- 581.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- Δαρδαβέσης, Θ. (1988). *ΙΑτροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
- Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- Καφέτσιος, Κ. (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, τόμος 40 (1)*.
- Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ. (1980). Η ψυχολογία του γήρατος. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 39-40*, 342- 352.
- Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου, Δ. (1999). Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή/ και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας. Στο Δανάη Παπαδάτου, & Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. ( 1999). Υγεία και αρρώστια: Η θέση της ψυχολογίας. Στο Δανάη Παπαδάτου, & Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Χουσιάδας Β. Λ. (1999). *Γήρανση : Πραγματικότητα και προβληματισμός. Συγκριτικά στοιχεία για την Ελλάδα και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Στο Αναστασία Κωσταρίδου- Ευκλείδη (Επιμέλεια), Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.