



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»



**Διπλωματική Εργασία**  
**Θέμα:**

**Η Σχέση της Διαχείρισης της Οικογενειακής Κρίσης των  
Ηλικιωμένων με την Εσωτερική Ντροπή, την Αισιοδοξία, το  
Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία και ο ρόλος της στην  
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΓΙΩΤΑΚΗ**  
Νοσηλεύτρια

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ**

**Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής**  
**Επίκουρος Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου**

**ΛΑΡΙΣΑ 2012**

Copyright © Αικατερίνη Γιωτάκη, 2012  
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

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Dr. Μαίρη Γκούβα, επίκουρο καθηγήτρια Ψυχολογίας του ΤΕΙ Ηπείρου, στη Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας, στο τμήμα της Νοσηλευτικής και στο ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», για τη συνεχή καθοδήγηση και υποστήριξη της.

Την Dr. Κοτρώτσιου Ευαγγελία Καθηγήτρια Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π. - Τ.Ε.Ι. Λάρισας και τον Κ. Βασίλη Κουλούρα Επίκουρος Καθηγητής *Ενταπικολογίας* Παν/μίου Ιωαννίνων που με τίμησαν με τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους τους ηλικιωμένους που συμμετείχαν στην έρευνα και που με χαρά και υπομονή συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και με βοήθησαν να πραγματοποιήσω αυτή την έρευνα.

Ευχαριστώ τον σύζυγό μου Γιάννη για τη συμπαράσταση και την υπομονή που έδειξε σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου,

τη φίλη Γεωργία που χάρη στις χρήσιμες φιλικές συμβουλές της με βοήθησε να ολοκληρώσω την εργασία,

τους συμφοιτητές μου και καλούς φίλους που απέκτησα κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου για τη στήριξη, τη βοήθεια, τη συνεργασία και τις πολύ όμορφες στιγμές που περάσαμε μαζί.

## **Διπλωματική Εργασία**

**Η Σχέση της Διαχείρισης της Οικογενειακής Κρίσης των Ηλικιωμένων με την Εσωτερική Ντροπή, την Αισιοδοξία, το Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία και ο ρόλος της στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΓΙΩΤΑΚΗ**

Νοσηλεύτρια

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)**

Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής  
*Επίκουρος Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου*

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ**

Καθηγήτρια  
Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π. - Τ.Ε.Ι. Λάρισας

**ΒΑΣΙΛΗΣ ΚΟΥΛΟΥΡΑΣ**

Επίκουρος Καθηγητής Εντατικολογίας  
*Παν/μίου Ιωαννίνων*

**ΛΑΡΙΣΑ 2012**

## **Περιεχόμενα**

Περίληψη.....	5
Abstract.....	7
<b>Γενικό Μέρος</b>	
Εισαγωγή.....	10
1. Χαρακτηριστικά Υπερηλίκων.....	12
1.1. Αύξηση του Γερασμένου Πληθυσμού.....	12
1.2. Προβλήματα Γήρανσης.....	12
1.3. Υπερήλικες και Ψυχική Υγεία.....	14
2. Υπερήλικες και Οικογενειακή Κρίση.....	19
2.1. Προσωπικότητα Υπερηλίκων.....	19
2.2. Οικογενειακή Κρίση και Ποιότητα Ζωής Υπερηλίκων.....	22
2.3. Συνέπειες της Οικογενειακής Κρίσης.....	26
3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Οικογενειακή Κρίση και Υπερήλικες.....	29
<b>Ειδικό Μέρος</b>	
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.....	34
1.1 Ερευνητικές Υποθέσεις.....	34
2. Υλικό και Μέθοδος.....	35
2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία.....	35
2.1.1 Τέστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994).....	35
2.1.2. Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001).....	36
2.1.3. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000).....	36
2.1.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002).....	38
2.1.5 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.....	39
2.2. Στατιστική Επεξεργασία.....	39
3. Ανάλυση Περιγραφικών Στοιχείων Μελέτης.....	41
3.1 Κοινωνικο-Δημογραφικά στοιχεία ηλικιωμένων.....	41
3.2 Ψυχολογικό και ψυχιατρικό ιστορικό ερωτηθέντων.....	45
3.3 Ψυχολογικό προφίλ ερωτηθέντων.....	46
3.4 Ψυχολογικές ταυτίσεις ερωτηθέντων με τους γονείς τους.....	49
4. Έλεγχος εγκυρότητας ερωτηματολογίου.....	51
5. Έλεγχοι συσχετίσεων ( $X^2$ test).....	51
6. Συσχέτιση κλιμάκων με υποκλίμακες.....	54
7. Έλεγχοι διαφορών/συγκρίσεων μέσων τιμών (t- test).....	57
8. Έλεγχοι συσχετίσεων (Pearson).....	61
9. Εφαρμογή Γραμμικής Παλινδρόμησης (ANOVA).....	61
10. Λογιστική παλινδρόμηση.....	65
11. Συζήτηση.....	67
12. Συμπεράσματα.....	71

Βιβλιογραφία.....	72
Παράρτημα: Γραφήματα Συχνοτήτων/Ιστογράμματα.....	84

## **Περίληψη**

Η διερεύνηση της στάσης των υπερηλίκων απέναντι στην οικογενειακή κρίση είναι ένα ζήτημα που απασχολεί την Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης των υπερηλίκων απέναντι στην οικογενειακή κρίση. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση της στάσης των υπερηλίκων απέναντι στην οικογενειακή κρίση με την αισιοδοξία, την εσωτερική ντροπή και το άγχος για την καρδιακή λειτουργία αλλά και με την επίδρασή της στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αναλυτικότερα έγινε: 1) σύγκριση της ομάδας των υπερηλίκων ανδρών και της ομάδας των υπερηλίκων γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, 2) σύγκριση της στάσης απέναντι στην οικογενειακή κρίση των υπερηλίκων που διαμένουν με την οικογένειά τους και εκείνων που διαμένουν σε γηροκομεία και 3) συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 121 άτομα, 53,7% γυναίκες και 46,3% άνδρες, και η συγκέντρωση των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε: 1) το Τέστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994), 2) την Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES, McCubbin, Thompshon & McCubbin, 2001), 3) την Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000), 4) την Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale – ESS, Andrews, Qian & Valentine, 2002), 5) ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα του δείγματος.

Από την παρούσα προέκυψε ότι ο τύπος διαμονής σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα ESS ( $p=0.015$ ) και με την κλίμακα LOT-R ( $p=0.012$ ). Η κατάθλιψη είναι το κυριότερο ψυχιατρικό νόσημα, και τα άτομα που υποφέρουν από αυτή λαμβάνουν φαρμακευτική θεραπεία. Από τις σωματικές νόσους η κυριότερη είναι η υπέρταση. Η χρονική πραγματοποίηση ενός στρεσογόνου γεγονότος είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ( $p=0,019$ ). Επίσης, σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση τέτοιας νόσου είναι η ύπαρξη αδερφών ( $p=0,016$ ), η λήψη φαρμάκων για ψυχιατρική νόσο ( $p=0,001$ ) και το είδος της ( $p=0,023$ ).

Επίσης φάνηκε ότι η ηλικία του ατόμου συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την αποφυγή ( $p=0.000$ ) και την παθητική εκτίμηση ( $p=0.006$ ) αλλά και με την κλίμακα CAQ ( $p=0,023$ ). Η εκπαίδευση συσχετίζεται με την κλίμακα CAQ ( $p=0.009$ ) και με την κλίμακα εσωτερικής ντροπής ESS ( $p=0.002$ ).

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα είναι ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση ψυχικών νόσων καθώς και η στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην οικογενειακή κρίση, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η γνώση του ψυχοκοινωνικού προφίλ των ηλικιωμένων μπορεί να συμβάλει στην εκπόνηση προγραμμάτων και στρατηγικών που θα στοχεύουν την διατήρηση της καλής σωματικής και ψυχικής υγείας αυτού του αυξανόμενου πληθυσμού αλλά και την προαγωγή της ποιότητας της ζωής του.

## **Abstract**

The investigation of the attitude of the elderly towards family crisis is an issue which preoccupies both the Greek and international literature.

The general aim of the present study was the investigation of the attitude of the elderly towards family crisis. More specifically, the purpose of the study is the correlation of the attitude of the elderly towards family crisis with optimism, internal shame and anxiety for the cardiac function and its effects on Primary Health Care. Analytically, there was a: 1) comparison of the elderly male group and the elderly female group in relation with these specific characteristics, 2) comparison of the attitude of the elderly who live with their family and those who live in nursing homes and 3) correlation of the individual subscales of each variable for both the whole sample and each group separately.

The sample of the study consisted of 121 individuals, 53.7% men and 46.3% women, and the data collection was conducted through a questionnaire.

The questionnaire included: 1) the Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994), 2) the Scale of Family Crisis Measure (F-COPES, McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001), 3) the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000), 4) the Experience of Shame Scale – ESS, Andrews, Qian & Valentine, 2002 and 5) questions about the sociodemographic data of the sample.

From the present study, we found that the place of residence has a statistically significant correlation with the ESS ( $p=0.015$ ) and LOT-R ( $p=0.012$ ). Depression is the prevalent mental disorder, and the individuals who are diagnosed with it, are on relevant medication treatment. From the physical conditions the most significant was hypertension. The time of occurrence of a stressful event is one of the major factors that contribute to the onset of a psychiatric condition ( $p=0.019$ ). Important factors for such a disorder are also the existence of siblings ( $p=0.016$ ), the intake of medication for a mental disorder ( $p=0.001$ ) and the kind of the disorder ( $p=0.023$ ).

We also found that the age of the individual is statistically correlated with avoidance ( $p=0.000$ ) and passive appraisal ( $p=0.006$ ) as well as with the CAQ ( $p=0.023$ ). Education is also significantly correlated with CAQ ( $p=0.009$ ) and ESS ( $p=0.002$ ).



The conclusions deriving from the present study are that the psychosocial factors that affect the onset of mental disorders and the attitude of the elderly towards family crisis should be taken into account by Primary Health Care. The Knowledge of the psychosocial profile of the elderly could contribute to the preparation of strategies, which would aim to the preservation of a good physical and mental health of the increasing elderly population as well as to the promotion of its quality of life.

## **Γενικό Μέρος**

## Εισαγωγή

Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών αναμένεται να ξεπεράσει κατά το διπλάσιο τον αριθμό των ατόμων ηλικίας 16 ετών, και όσον αφορά στους υπερήλικες, φαίνεται ότι κατά τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, τα άτομα άνω των 85 ετών έχουν τριπλασιαστεί παγκοσμίως (Barker, 2004).

Οι τάσεις με τις οποίες αυξάνεται ο πληθυσμός των ηλικιωμένων και των υπερηλικών επιβαρύνουν τόσο την υγεία των ίδιων των ατόμων όσο και τα συστήματα υγείας. Η αύξηση του παγκόσμιου ηλικιωμένου πληθυσμού προκαλεί αύξηση των αναπηριών και των χρόνιων νοσημάτων που συνοδεύουν τη γήρανση, όπως μυοσκελετικές και καρδιαγγειακές παθήσεις, ψυχικές νόσους και άνοια (Khaw, 1999).

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 (Beaumont & Kenealy, 2003).

Τα γηρατειά πολλές φορές συνοδεύονται από ένα είδος ανημποριάς το οποίο είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί και που πολλές φορές επιδεινώνεται από τις συμπεριφορές και στάσεις των άλλων ατόμων, είτε αυτό είναι η ίδια η οικογένεια του ατόμου, οι άγνωστοι άνθρωποι, η κοινότητα ακόμη και η κοινωνία η ίδια (Sorescu, 2011).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σωματικής και λειτουργικής έκπτωσης, γνωστική ανικανότητα, εισαγωγή σε ιδρύματα, απειλητική για τη ζωή κακή διατροφή και απώλεια βάρους, συναισθηματική αγωνία, χαμηλή αυτοεκτίμηση αλλά και αρνητικές ερμηνείες των καθημερινών αντιλήψεων και μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής για τις χρόνιες νόσους που αντιμετωπίζουν (Gallo & Lebowitz, 1999; Montano, 1999).

Οι έντονες οικογενειακές σχέσεις και η έλλειψη παροχής φροντίδας από την οικογένεια είναι ένας από τους λόγους που οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν χαμηλή ψυχολογική ευημερία (Litwin & Shiovitz, 2006). Με τις ταχείες αλλαγές στις σημερινές κοινωνίες, την παγκοσμιοποίηση και τις αλλαγές στις οικογενειακές

δομές, ο αριθμός των ηλικιωμένων που διαμένουν με τις οικογένειές τους έχει μειωθεί και μερικές φορές αυτό είναι και επιθυμία των ίδιων των ηλικιωμένων (Lee, 2007).

Οι νέοι ενήλικες εργάζονται, ο χρόνος που ξοδεύεται για την παροχή φροντίδας σε ένα ηλικιωμένο μέλος της οικογένειας είναι κατά πολύ μειωμένος και η ίδια η φροντίδα αυτή αποτελεί ένα πρόβλημα (Rose, 2006), και πολλές φορές οδηγεί στην οικογενειακή κρίση επιδεινώνοντας την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί και πρέπει να παίξει έναν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση όλων των συσχετιζόμενων προβλημάτων, παρέχοντας υγειονομική φροντίδα αλλά και ψυχολογική υποστήριξη στα ηλικιωμένα άτομα αλλά και στις οικογένειές τους.

## **1. Χαρακτηριστικά Υπερηλικών**

### **1.1. Αύξηση του Γερασμένου Πληθυσμού**

Ο ορισμός των ηλικιωμένων και των υπερηλικών διαφέρει μεταξύ των χωρών, κυρίως διότι με το πέρασμα των ετών και την εξέλιξη της ιατρικής, υπάρχει διαφοροποίηση, η οποία σχετίζεται με την ηλικία συνταξιοδότησης. Στην Αμερική τα άτομα συνήθως βγαίνουν στη σύνταξη στα 65 έτη, ενώ στην Ινδία η ηλικία συνταξιοδότησης κυμαίνεται μεταξύ των 58 και 60 ετών (Patil, et al, 2000).

Στον Καναδά το 2000 τα άτομα άνω των 65 ετών αντιστοιχούσαν στο 13% του πληθυσμού, δηλαδή 3,8 εκατομμύρια άτομα, και αναμένεται ότι οι ηλικιωμένοι έως το 2016 θα αποτελούν το 16% του πληθυσμού, και το 25% έως το 2046 (USCB, 2005).

Η συνεχιζόμενη αύξηση της μακροβιότητας μπορεί να επιβεβαιωθεί από τα δημογραφικά στοιχεία, τα οποία υποδηλώνουν ότι έως το 2030 τα άτομα άνω των 65 ετών θα διπλασιαστεί παγκοσμίως έως το 2030. Ο πληθυσμός των υπερηλικών παρουσιάζει ακόμα πιο γρήγορες αυξητικές τάσεις, και φαίνεται ότι έως το 2050 μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, θα αντιστοιχεί στο 5% του πληθυσμού (Hammons, 2003). Το 1998 στον Καναδά εκτιμήθηκε ότι το 56,8% των χαρακτηριζόμενων ηλικιωμένων ατόμων ήταν μεταξύ 65-75 ετών, το 32,9% μεταξύ 75-84 και το 10% άνω των 85 ετών (USCB, 2005).

### **1.2. Προβλήματα Γήρανσης**

Η γήρανση θεωρείται το αποτέλεσμα των εξελικτικών διαδικασιών της ζωής (Ory, 1995), και βασίζεται στην αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, αποτελώντας ένα πολυποίκιλο μοντέλο χαρακτηριζόμενο από πολλούς παράγοντες κινδύνου (Ory & Cox, 1994).

Ωστόσο, υπάρχει η αντίληψη ότι η γήρανση χαρακτηρίζεται από τροποποιήσιμους παράγοντες, όπως η έλλειψη σωματικής άσκησης, η ακατάλληλη διατροφή αλλά και τα ψυχολογικά προβλήματα που απορρέουν από την ηλικία του ατόμου. Αυτοί οι επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται αναστρέψιμοι και συνεπώς μπορούν να αποφευχθούν ή να θεραπευθούν (Ory & Cox, 1994).

Αναφορικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τόσο οι ηλικιωμένοι όσο και οι υπερήλικες, φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη ετερογένεια σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, τη λειτουργική τους ικανότητα, τη μόρφωσή τους, την έκπτωση της ψυχικής τους υγείας αλλά και την οικονομική τους κατάσταση (Buckwalter & Davis, 2002).

Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι το φύλο μπορεί να έχει καθοριστικό ρόλο, καθώς οι άνδρες παρουσιάζουν περισσότερες διαταραχές που συσχετίζονται με την θνησιμότητα, σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν χρόνιες νόσους που οδηγούν στην αυξημένη νοσηρότητα και στην αναπηρία, συμβάλλοντας στην γενική ψυχική τους κατάσταση (Sullivan, 1997).

Τα αντικειμενικά προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα, εξαιτίας των προβλημάτων υγείας, είναι η έλλειψη βασικής αυτοεξυπηρέτησης δηλαδή η τροφή, η κινητικότητα αλλά και η ατομική τους καθαριότητα. Τα επακόλουθα προβλήματα αφορούν τη διαχείριση του σπιτιού καθώς τα άτομα αυτά δεν μπορούν ούτε να μαγειρέψουν ή να καθαρίσουν το σπίτι τους, και επίσης σε πολλές περιπτώσεις αδυνατούν να πληρώσουν τα έξοδα συντήρησης ενός νοικοκυριού. Αυτοί οι παράγοντες συμβάλουν στην μείωση της ποιότητας ζωής αλλά και στην έκπτωση της ψυχικής τους υγείας (Rogers & Delewski, 2004).

Το 30% των ατόμων άνω των 65 ετών έχει πτώσεις ετησίως και για τα άτομα άνω των 80 το ποσοστό αυξάνεται στο 40% (Prudham & Evans, 1981). Αν και οι σωματικές επιπτώσεις μιας πτώσης είναι πολύ σοβαρές, φαίνεται ότι ο ίδιος ο φόβος της πτώσης είναι ένα πολύ πιο σημαντικό πρόβλημα μεταξύ των ηλικιωμένων. Αυτός ο φόβος έρχεται πρώτος μεταξύ των υπολοίπων κοινών φόβων που απασχολούν αυτόν τον πληθυσμό (Walker & Howland, 1991).

Ο αντίκτυπος του φόβου της πτώσης φαίνεται σε πολλές πτυχές στην ζωή των ηλικιωμένων ατόμων κυρίως στο γεγονός του περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων τους ως μέσο προστασίας έναντι των πτώσεων. Έχει επίσης φανεί ότι τα ηλικιωμένα άτομα που φοβούνται την πτώση χωρίς όμως να την έχουν υποστεί έχουν αυξημένα ποσοστά εισαγωγής σε γηροκομεία λόγω αυτού του φόβου (Howland, et al, 1998).

Σε μια έρευνα μεταξύ 50 ατόμων ηλικίας 65-95 που διέμεναν στην κοινότητα φάνηκε ότι τα άτομα που πραγματικά φοβόνταν το ενδεχόμενο μιας πτώσης έχουν πραγματικά ελαττωματική ισορροπία και αυτοπεποίθηση. Επίσης φάνηκε ότι τα προβλήματα ισορροπίας στους ηλικιωμένους παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην αυτοπεποίθησή τους σε σχέση με την πραγματική ικανότητα ισορροπίας τους, περιορίζοντάς τη διεξαγωγή των καθημερινών δραστηριοτήτων τους, λόγω του φόβου τους για ενδεχόμενη πτώση (Hatch, et al, 2003).

Η εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας είναι ένα χαρακτηριστικό των γηρατειών αλλά η διαδικασίες που οδηγούν σε αυτήν είναι εξατομικευμένες και σε κάθε περίπτωση επηρεάζεται από μια αλληλεπίδραση βιολογικών και μη παραγόντων (Kramer, et al, 2004).

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών νόσων, και κυρίως της κατάθλιψης. Εκτιμάται ότι μεταξύ 5 και 31 εκατομμυρίων ηλικιωμένων ατόμων στις ΗΠΑ αναφέρουν σοβαρά συμπτώματα καταθλιπτικής συνδρομής (Harmon & Reynolds, 2000). Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή αιτία πρόκλησης δυσλειτουργίας στους ηλικιωμένους. Η ανικανότητα κινητικότητας, η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και η παραμέληση του εαυτού, που συνοδεύουν την κατάθλιψη μπορεί να επιδεινώσουν τις ήδη υπάρχουσες ιατρικές καταστάσεις (McElhane, 2003;). Αυτά τα προβλήματα σε συνδυασμό με τον χρόνο που μπορεί να περνά ένα ηλικιωμένο άτομο στο κρεβάτι μπορούν να έχουν έναν πολύ σοβαρό αρνητικό αντίκτυπο στην οικογένεια του ατόμου και στις γενικότερες κοινωνικές του σχέσεις (Katona & Livingston, 2000).

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).

Ωστόσο, οι ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους είναι δύσκολο να διαγνωσθούν κυρίως λόγω του ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν μια στάση ότι τα συμπτώματα που περιγράφονται από τους ηλικιωμένους μπορεί να είναι φυσιολογικά ή αναμενόμενα λόγω των χρόνιων νόσων αλλά και των διαταραχών που προέρχονται από την απώλεια της προσωπικής ανεξαρτησίας ή την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (Katona & Livingston, 2000). Γι' αυτό το λόγο πολλοί επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι η κατάθλιψη είναι αναπόφευκτη και όχι θεραπεύσιμη (Kennedy, 2001).

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).

Το χαμηλό εισόδημα είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους και παίζει έναν πολύ καθοριστικό ρόλο για την ψυχική υγεία και σωματική υγεία τους, καθώς παρεμποδίζει την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και σαφώς υπονομεύει τις σωστές συνθήκες διαβίωσης τους (WHO, 2004).

### **1.3. Υπερήλικες και Ψυχική Υγεία**

Η ψυχική υγεία δεν πρέπει να διαχωρίζεται από την γενικότερη σωματική υγεία ενός ατόμου, διότι ως ψυχική υγεία νοούμε την ικανότητα του ατόμου να αισθάνεται, να σκέφτεται και να δρα, έτσι ώστε να μπορεί να απολαμβάνει τη ζωή αλλά και να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της. Η ψυχική υγεία είναι η συναισθηματική και πνευματική ευημερία, που σέβεται την κουλτούρα, την ισότητα, την προσωπική αξιοπρέπεια, διατηρώντας την ισορροπία των προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου και των πιέσεων του περιβάλλοντός του (Cabana, 1983).

Σε γενικές γραμμές όταν το άτομο χαρακτηρίζεται από καλή ψυχική υγεία, βιώνει μια κατάσταση ευεξίας, γεγονός που του δίνει την ικανότητα να αντιμετωπίσει τους στρεσογόνους παράγοντες της ζωής και να συνεχίζει να διεξάγει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Κατά την απουσία της καλής ψυχικής υγείας, υπάρχουν προβλήματα, εντάσεις, μειωμένη λειτουργικότητα και αγωνία, καταστάσεις που ευνοούν την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών (WHO, 2001).

Η καλή ψυχική υγεία καθιστά τους ανθρώπους ικανούς να εκμεταλλευτούν τις δυνατότητες και ικανότητές τους στο έπακρον και να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές της ζωής καθώς και τα σοβαρά γεγονότα που μπορεί να αντιμετωπίσουν (WHO, 2004). Η ψυχική υγεία καθορίζεται από παράγοντες που αλληλεπιδρούν και μπορούν είτε να αυξήσουν είτε να απειλήσουν την ευημερία ενός ατόμου. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία αφορούν την συμπεριφορά και το στυλ ζωής του ίδιου του ατόμου, όπως οι ικανότητες αντιμετώπισης και οι διαπροσωπικές του σχέσεις, αλλά και κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, η κοινωνική θέση, η σωματική υγεία, ο τόπος διαμονής καθώς και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η θέση τους στην κοινότητα (WHO, 2004).

Η πλειοψηφία των μελετών που ασχολούνται με τα προβλήματα που απασχολούν τους υπερήλικες συνήθως απαριθμούν μόνο τα ιατρικά προβλήματα (Beregi & Klinger, 1989), τα οποία είναι μεν σημαντικά, αλλά η εκτίμηση της αντικειμενικής και αντιληπτής από τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα κατάστασης της υγείας τους είναι επίσης πολύ σημαντική. Αυτές οι μελέτες θα πρέπει να είναι συνδυασμένες διότι ακριβώς λόγω των πολλαπλών προβλημάτων σωματικής υγείας, η διαγνωσμένη ψυχική τους κατάσταση μπορεί να μην είναι τόσο αντιπροσωπευτική (Selim, et al, 2004).

Οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος, περιλαμβάνουν αλλαγές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και πιο συγκεκριμένα περιορίζουν την κοινωνική τους ζωή και μειώνουν την ανεξαρτησία τους. Η ποιότητα ζωής όμως είναι υποκειμενική και πολλές φορές ορίζεται ως αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και αντιπροσωπεύει την ευτυχία και την



ευχαρίστηση που βιώνει ένα άτομο σε όλες τις πτυχές της ζωής του (Hornquist, 1990).

Η κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας με έντονες συνέπειες για το άτομο μεταξύ των οποίων είναι και η απώλεια της ζωής (Wulsin, et al, 1999). Εκτιμάται ότι το 16% του πληθυσμού κάποια στιγμή της ζωής τους θα βιώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο καταθλιπτικής συνδρομής (Kessler, et al, 2003).

Η κατάθλιψη είναι ένα ψυχικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από θλίψη, απόγνωση και αποθάρρυνση. Ωστόσο, μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και των υπερηλικών κάνει την εμφάνισή της με σωματικά συμπτώματα, τα οποία περιλαμβάνουν τις αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου, τη μείωση στην όρεξη, την απώλεια βάρους και την εμφάνιση σωματικών πόνων, οι οποίοι μπορεί να αποδοθούν σε κάποια άλλη νόσο (Gomez & Gomez 1993; MacDonald, 1997).

Εκτός από τα ανωτέρω συμπτώματα, έχει παρατηρηθεί ότι η μειωμένη συμμετοχή σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, η εμφάνιση της ανησυχίας, η απότομη θλίψη καθώς και οι δυσκολίες στην συγκέντρωση και οι αυτοκτονικές σκέψεις, είναι συμπτώματα κατάθλιψης μεταξύ αυτών των ατόμων (Wattis, 1996). Επίσης, οι έντονες αλλαγές στη διάθεση κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς και η σωματική και πνευματική επιβράδυνση, εφόσον δεν οφείλονται σε άλλες νόσους, είναι ενδεικτικά συμπτώματα ύπαρξης κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων (MacDonald, 1997).

Σε μια έρευνα μεταξύ ατόμων ηλικιών 50-70, φάνηκε ότι η σοβαρότητα της κατάθλιψης σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση του ατόμου, την κοινωνική του θέση, το οικογενειακό του υπόβαθρο αλλά και με την γενικότερη κατάσταση της υγείας τους (Patil, et al, 2000).

Εκτός από την κατάθλιψη, το στρες είναι μια ακόμη ψυχική διαταραχή που παρατηρείται μεταξύ ηλικιωμένων. Ένας από τους κύριους παράγοντες για την ύπαρξη στρες σε αυτά τα άτομα είναι η έκπτωση της υγείας τους, η οποία με τη σειρά της συμβάλει στην κακή αντιμετώπιση του στρες. Έχει φανεί από διάφορες μελέτες ότι οι υπερήλικες που αντιμετωπίζουν άνω του ενός νοσήματος, που εξελίσσονται με το χρόνο, έχουν υψηλότερα ποσοστά στρες. Εκτός από τις σωματικές ασθένειες, οι οικονομικοί πόροι, η μειωμένη κινητικότητα και οι ψυχικές νόσοι, συγκαταλέγονται μεταξύ των σοβαρότερων παραγόντων ύπαρξης άγχους (Nagarathnamma, 2003; Nair, et al, 1991).

Τα συμπτώματα του άγχους και οι αγχώδεις διαταραχές μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων σχετίζονται συνήθως με τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα και λειτουργική τους ικανότητα, την μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή τους, την αυξημένη μοναξιά που βιώνουν, την φτωχή αντίληψη που έχουν για

την υγεία τους αλλά και με τη σοβαρότητα της σωματικής τους νόσου (de Beurs, et al, 1999; Kim, et al, 2000).

Η άνοια συνδέεται με την αύξηση της ηλικίας και πολλές φορές θεωρείται αναπόφευκτη μεταξύ των ατόμων άνω των 80 ετών (Andersen-Ranberg, et al, 2001), καθώς έχει υποστηριχθεί ότι όσο πιο πολύ αυξάνεται η ηλικία του ατόμου τόσο πιο υψηλές είναι οι πιθανότητες εμφάνισης άνοιας. Από την άλλη πλευρά όμως υπάρχουν ηλικιωμένοι και υπερηλίκες, που έχουν αγγίξει τα 100 έτη ζωής, και δεν έχουν εκδηλώσει άνοια. Το γεγονός όμως ότι η άνοια παρουσιάζει υψηλό ποσοστό μεταξύ των ηλικιωμένων ισχύει, αν και δεν είναι γνωστό το κατά πόσο η άνοια σχετίζεται με τις λοιπές χρόνιες παθήσεις που συνοδεύουν τα γηρατειά (Poon, et al, 2009).

Η μοναξιά είναι μια κατάσταση που αναφέρεται από πολλά ηλικιωμένα άτομα, και αποτελεί πηγή προβλημάτων καθώς έχει συσχετισθεί με την κατάθλιψη, που με τη σειρά της σχετίζεται με την αυτοκτονία (Mullins & Dugan, 1990). Ο λόγος για τον οποίο η μοναξιά επηρεάζει τον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι η απώλεια των κοντινών τους δεσμών (Tijhuis, et al, 1999), αλλά εκτός από αυτό, η ηλικία, το φύλο, η υγεία του ατόμου, η οικονομική του κατάσταση και η επιθυμία τους να ανήκει σε ένα κοινωνικό δίκτυο είναι προγνωστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην μοναξιά (Mullins & Dugan, 1990).

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων είναι και ο χώρος διαμονής τους αλλά και το χρονικό διάστημα που διαμένουν σε αυτόν (Windley & Scheidt, 1982). Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων ατόμων σχετικά με την ποιότητα της ζωής τους, επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τον χώρο διαμονής τους. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχουν πολλοί ηλικιωμένοι που διαμένουν σε κοινοτικούς οίκους ευγηρίας αλλά και επίσης πολλά ηλικιωμένα άτομα διαμένουν στα σπίτια τους, τα οποία είναι παλιά και χρήζουν συντήρησης ή ακόμη και ανακαίνισης (Beaumont & Kenealy, 2003), συνθήκες που δεν προάγουν την ποιότητα ζωής.

Σε μια μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ ατόμων μέσης ηλικίας 77 ετών, τα οποία διέμεναν είτε σε οίκο ευγηρίας, σε ξενώνα, με κάποιο μέλος της οικογενείας τους, μόνα τους άνω των 10 ετών ή μόνα τους για κάτω από 10 έτη, φάνηκε ότι ο τόπος διαμονής είχε καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Τα άτομα που έμεναν σε γηροκομεία είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και εμφάνιζαν περισσότερα προβλήματα υγείας, και τα άτομα που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογενείας τους είχαν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με όλους τους υπόλοιπους (Beaumont & Kenealy, 2003).

Τα ευρήματα της ίδιας μελέτης υποστηρίζουν ότι τα άτομα που διέμεναν με την οικογένειά τους είχαν την τάση υιοθέτησης περισσότερων θετικών στρατηγικών

προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες. Επίσης, τα άτομα που ήταν ικανοποιημένα από τον τόπο διαμονής τους είχαν υψηλότερη ποιότητα ζωής, η οποία επηρεάζεται πρωτίστως από το κοινωνικό περιβάλλον και ακολούθως από την κατάθλιψη και τη γνωστική ικανότητα του ατόμου (Beaumont & Kenealy, 2003).

Σε μια έρευνα στην Ιταλία μεταξύ υπερηλικών ηλικιών 76-98 το 42% των συμμετεχόντων διέμενε με τα παιδιά του ενώ του 22% μόνο. 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 οικογενείας μείωναν το αίσθημα της μοναξιάς (Nante, et al, 1999).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στο Ιράν μεταξύ 220 ηλικιωμένων ατόμων που διέμεναν με την οικογένειά τους και με αυτούς που διέμεναν σε γηροκομείο, φάνηκε ότι τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομείο παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής σε σχέση με την πνευματική και σωματική τους υγεία, από εκείνους που διέμεναν με την οικογένειά τους. Σε αυτή την έρευνα φάνηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση του ατόμου (Heydari, et al, 2012).

Σε μια ακόμη μελέτη φάνηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με την οικογένειά τους είχαν καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που διέμεναν σε γηροκομεία. Πιο συγκεκριμένα φάνηκε ότι αναφορικά με την σωματική τους και συναισθηματική τους λειτουργία τα άτομα στα γηροκομεία παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά (Heydari, et al, 2012). Φαίνεται ότι ο τόπος διαμονής συσχετίζεται με την καλή ή την κακή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Έχει φανεί ότι οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ξενώνες ηλικιωμένων είναι η άνοια, η κατάθλιψη και έχει ακόμη παρατηρηθεί η κατάχρηση αλκοόλ. (Robbins, et al, 2000). Όταν αυτές οι διαταραχές δεν αντιμετωπισθούν καταλλήλως θέτουν σε κίνδυνο να μεταφερθούν οι ηλικιωμένοι σε γηροκομεία και να χάσουν εντελώς την ανεξαρτησία τους.

Τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν σε ξενώνες ηλικιωμένων έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχικές νόσους και λιγότερες ευκαιρίες να τις αντιμετωπίσουν. Αυτό οφείλεται στην μη εξειδίκευση του προσωπικού των

ξενώνων, την οικονομική κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου αλλά και την απροθυμία του να δεχθεί ότι πάσχει από κάποια τέτοια διαταραχή (Dellesaga & Fisher, 2001).

Σε μια έρευνα φάνηκε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες που διέμεναν με τις οικογένειές τους ένιωθαν ότι ήταν εξαρτημένες από τα παιδιά τους και είχαν οικονομική ανασφάλεια και ένιωθαν ότι τα γηρατειά είναι μια περίοδος μοναξιάς. Τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομείο επίσης ένιωθαν οικονομική ανασφάλεια και μοναξιά (Dubey, et al, 2011).

## **2. Υπερήλικες και Οικογενειακή Κρίση**

### **2.1. Προσωπικότητα Υπερηλικών**

Τα άτομα που πλησιάζουν στο τέλος του κύκλου της ζωής τους αναγκάζονται να συμφιλωθούν με το απρόοπτο και μαθαίνουν τα όρια και τους περιορισμούς που θέτουν οι βιολογικοί νόμοι. Έτσι πολλές φορές τα ηλικιωμένα άτομα περνούν από την ακεραιότητα στην απόγνωση, την οικειότητα στην απομόνωση και σαφώς από την υγεία στην ασθένεια. Μια ακόμη συνειδητοποίηση είναι η μετάβαση από την οικονομική ασφάλεια στην οικονομική ανασφάλεια. Ο τρόπος με τον οποίο τα ηλικιωμένα άτομα αντιλαμβάνονται αυτές τις μεταβάσεις σχετίζονται με το πόσο καταστροφικές ή όχι θα είναι οι αναπόφευκτες συνέπειές τους στην υγεία τους (Poon, et al, 1992).

Η προσωπικότητα των ηλικιωμένων ατόμων παίζει σημαντικό ρόλο είτε στην επίτευξη της μακροβιότητας ή στην θνησιμότητα και έχει φανεί ότι η εξωστρέφεια, η ευσυνειδησία, η δεκτικότητα στην εμπειρία και την αλλαγή και ο νευρωτισμός είναι χαρακτηριστικά που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά αντίστοιχα (Martin, 2002).

Η προσωπικότητα αφορά ένα σταθερό σύνολο γνωστικών, παρακινητικών, κοινωνικών, συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών χαρακτηριστικών που επηρεάζονται από το οικογενειακό ιστορικό, τη γενετική προδιάθεση, το περιβάλλον και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Terracciano, et al, 2008).

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). Έχει υποστηριχθεί ότι η προσωπικότητα ίσως αντιπροσωπεύει υποβόσκοντες γενετικούς και νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς που μπορεί να επηρεάζουν άμεσα την έκβαση της υγείας ενός ατόμου (Figueredo, et al, 2005; Kim&Kim, 2011).

Τα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν συσχετισθεί με θετική έκβαση της υγείας ενός υπερήλικου ατόμου μέσω πολλών μηχανισμών. Σε μια μελέτη μεταξύ υπερηλικών μέσης ηλικίας 97 ετών, με το 79% να είναι γυναίκες, φάνηκε ότι η θετική στάση απέναντι στη ζωή, η αισιοδοξία και η εξωστρέφεια σχετίζονται με τη μακροβιότητα. Επίσης οι υπερήλικες της μελέτης είχαν χαμηλά ποσοστά νευρωτισμού σε σχέση με τον πληθυσμό μέσης ηλικίας και υψηλότερα ποσοστά εξωστρέφειας και ευσυνειδησίας (Kato, et al, 2012).

Έχει φανεί ότι τα άτομα που διακρίνονται από αισιοδοξία, αίσθηση του χιούμορ αλλά και ευσυνειδησία υιοθετούν καλύτερες συμπεριφορές αναφορικά με την υγεία τους, συμμορφώνονται περισσότερο με την θεραπευτική τους αγωγή και είναι καλύτερα προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκαλεί η γήρανση (Friedman, et al, 1993).

Μπροστά σε κάποιο πρόβλημα, οι πόροι αντιμετώπισης που διαθέτει το κάθε άτομο είναι προσωπικοί, κοινωνικοί αλλά και περιβαλλοντικοί. Όταν υπάρχει κάποιου είδους υποστήριξη, αυτή δρα προστατευτικά και βοηθά στην διατήρηση της ψυχικής υγείας και της γενικότερης ευημερίας του ατόμου. Ωστόσο, μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων οι διαφορές στις συμπεριφορές αντιμετώπισης κάνουν τα άτομα αυτά περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτα, έναντι των επιπτώσεων του άγχους (Poon, et al, 2009).

Έχει επίσης φανεί ότι το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου επιδρά θετικά στη μακροβιότητα κυρίως διότι βοηθά στη χρήση των εμπειριών για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων (Holtsberg, et al, 1995), παράγοντας που επηρεάζει το άτομο στην αξιολόγηση των καταστάσεων με θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις είναι οι εμπειρίες της ζωής του (Poon, et al, 2009).

Οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία συχνά θέτουν σε κίνδυνο την ικανότητα να λειτουργήσει ένα άτομο σε αντίξοες συνθήκες. Μια τεχνική αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία είναι και η θρησκεία, και έχει φανεί ότι αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης προβλημάτων συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά συνολικής ποιότητας ζωής, καθώς οι ασθενείς θεωρούν ότι μέσω της θεϊκής παρέμβασης έχουν καλύτερη υγεία σε σύγκριση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούν την στρατηγική της θρησκείας (Campbell, et al, 2010).

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

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). Η στρατηγική αυτή φαίνεται ότι συνδέεται με συμπεριφορές όπως η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και χαμηλότερων επιπέδων ανημποριάς (Karademas, 2010).

Η αισιοδοξία ορίζεται ως μια γενικά θετική στάση έναντι των προσδοκιών που έχει ένα άτομο για το μέλλον του (Giltay, et al, 2006). 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).

Μια έρευνα μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων φάνηκε ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονταν από την ύπαρξη αισιοδοξίας είχαν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης και δεν βίωναν καθόλου συμπτώματα κατάθλιψης (Pitkala, et al, 2004). Από την άλλη πλευρά, έχει φανεί ότι η ύπαρξη του συναισθήματος της απελπισίας, το αντίθετο της αισιοδοξίας, συσχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νόσων αλλά και την επιδείνωση της αθηροσκλήρωσης, μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων (Stern, et al, 2001; Everson, et al, 1997).

Η αισιοδοξία έχει συνδεθεί με χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιαγγειακές νόσους, χαμηλά ποσοστά εμφάνισης μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου, μικρότερη εξέλιξη της καρωτιδικής αθηροσκλήρωσης αλλά και καλύτερη ανάκαμψη μετά από επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (Giltay, et al, 2006; Mathews, et al, 2004; Helgeson & Fritz, 1999).

Σε μια έρευνα που αφορούσε τον προσανατολισμό της ζωής σε σχέση με την ύπαρξη αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας και τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νόσων και φλεγμονών, φάνηκε ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονταν από απαισιοδοξία συσχετίστηκαν με υψηλούς δείκτες φλεγμονών από ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονταν από αισιοδοξία. Επίσης τα απαισιόδοξα άτομα φάνηκε ότι είχαν συμπεριφορές που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου όπως το κάπνισμα και οι αρνητικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Brita, et al, 2010).

Η αυτοκριτική έχει αναγνωρισθεί ως μια αρνητική μεταβλητή της προσωπικότητας που κάνει το άτομο ευάλωτο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Η

αυτοκριτική προέρχεται από ένα γονικό μοντέλο το οποίο χαρακτηρίζεται από έλλειψη ζεστασιάς και υψηλό γονικό έλεγχο και σχετίζεται με το αίσθημα ντροπής που νιώθει το άτομο (Sandquist, et al, 2009).

Η αυτοκριτική είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ατόμων που οδηγεί σε συναισθήματα ντροπής, ενοχής, αποτυχίας και της ευτέλειας (Blatt, 1995). Επίσης, τα άτομα αυτά είναι περισσότερο επιρρεπή στην εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και όταν παίρνουν κάποια αγωγή είναι επίφοβα στο να μην την τηρήσουν ή ακόμη και να μην ανταποκριθούν στην όποια θεραπεία λαμβάνουν (Blatt & Zuroff, 1992; Rector et al, 2000).

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

## **2.2. Οικογενειακή Κρίση και Ποιότητα Ζωής Υπερηλίκων**

Η έννοια της ποιότητας της ζωής συμπεριλαμβάνει την ικανοποίηση και την ευημερία και αφορά υποκειμενικά και πολυδιάστατα χαρακτηριστικά (Bowling & Brazier, 1995; WHO, 1995). Η ποιότητα ζωής μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως η γενική ποιότητα της ζωής σε σχέση με την υγεία που αφορά την ευημερία και την ευτυχία άσχετα με τις υπάρχουσες νόσους και δυσλειτουργίες και ως εκ τούτου αφορά τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές πτυχές που συνδέονται με τα συμπτώματα, τις αναπηρίες και τους περιορισμούς που θέτει μια νόσος (Seidl & Zannon, 2004).

Με την παρατηρούμενη αύξηση του γερασμένου πληθυσμού υπάρχει ανάγκη για μακρόχρονη φροντίδα των υπερηλίκων, με τον κύριο πάροχο της φροντίδας αυτής να παραμένει η οικογένεια (Zhou, 2000), με το βάρος να πέφτει στον σύντροφο, όταν αυτός υπάρχει, και όταν αποδυναμώνεται λόγω της ηλικίας του, αναλαμβάνει η νεότερη γενιά, η οποία μπορεί να είναι ήδη επιβαρυνμένη με ευθύνες, όπως η εργασία ή η παροχή φροντίδας στα δικά της παιδιά (Clyburn, et al, 2000). Λόγω του ότι η περίθαλψη υπερηλίκων έχει πολλές δυσκολίες, ο πάροχος φροντίδας επιβαρύνεται τόσο σωματικά όσο και ψυχικά (He, 2002), και όταν το ηλικιωμένο άτομο πάσχει από άνοια, η κατάσταση δυσκολεύει ακόμη περισσότερο (Clyburn, et al, 2000).

Η οικογενειακή κρίση χαρακτηρίζεται ως οποιαδήποτε αλλαγή στην οποία δεν υπάρχει κατάλληλη προσαρμογή. Ένα παράδειγμα τέτοιας κρίσης που

αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι ο φόβος απώλειας του συντρόφου τους, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο στρες. Όταν πρόκειται για ζευγάρια που είναι δεμένα, αυτός ο φόβος μπορεί να οδηγήσει σε μια καταθλιπτική συνδρομή, με αποτέλεσμα να δοκιμάζονται οι συναισθηματικοί δεσμοί μεταξύ του ζευγαριού. Αυτοί οι δεσμοί, επίσης διαταράσσονται από μια οποιαδήποτε αλλαγή στην ρουτίνα του ζευγαριού, στην οικειότητα στη σχέση, αλλαγές που πιθανών οφείλονται στις δυσμενείς αλλαγές στην υγεία ενός εκ των δύο συντρόφων (Tower & Kass, 1996). Αυτές οι αλλαγές αποτελούν τα αρνητικά στοιχεία διαμονής με τον σύντροφο σε αυτές τις ηλικίες, που επιβαρύνουν τη σωματική και ψυχική υγεία και των δύο. Ωστόσο, η ύπαρξη συντροφικότητας, φιλίας και ενδιαφέροντος μπορεί συνεχίσει να υπάρχει, αποτελώντας ένα θετικό στοιχείο (Thuen, et al, 1997).

Έχει φανεί από διάφορες μελέτες ότι η δυνατή δομή μιας οικογένειας συμβάλλει στην καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα και μειώνει τη μοναξιά η οποία είναι γνωστή ότι είναι ένας σοβαρός προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (Barroni, et al, 1990).

Σε μια μελέτη φάνηκε ότι τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα συνήθως βασίζονται στα παιδιά τους για να τους φροντίζουν σε σχέση με τη διατροφή και τις καθημερινές τους δραστηριότητες και έχουν και κάποιο έμπιστο άτομο με το οποίο μπορούν να μιλήσουν ή να τα βοηθήσουν σε περίπτωση ύπαρξης προβλήματος υγείας (Martin, et al, 1996).

Η στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στους ηλικιωμένους αλλά και η ίδια η στάση των ηλικιωμένων απέναντι στη ζωή, έχει φανεί ότι επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους (Valente, 1999). Το περιβάλλον των ηλικιωμένων ατόμων έχει συχνά την αντίληψη ότι τα άτομα αυτά είναι ευερέθιστα και μη συνεργάσιμα, με συνέπεια να υπάρχουν ήδη αρνητικά συναισθήματα προς τους ηλικιωμένους (Hagestad & Uhlenberg, 2005). Όταν αυτά τα συναισθήματα συνοδεύονται από την αντίληψη των υπερηλίκων ότι είναι άχρηστοι και αποτελούν εμπόδιο για την οικογένειά τους, τότε δημιουργούνται δυσάρεστες καταστάσεις και αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Ahto, et al, 1997).

Η παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας από μόνη της προκαλεί κρίση στην οικογένεια με τις διαμάχες να είναι σε μεγάλο ποσοστό ένα πρόβλημα τόσο για τους ίδιους τους ηλικιωμένους όσο και τα παιδιά τους. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι που διαμένουν μόνοι τους βιώνουν οικονομική και συναισθηματική απομόνωση και συνεπώς βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς και περιθωριοποίησης (Lee, 2007).

Ένα άτομο που εργάζεται και παρέχει φροντίδα σε ένα ηλικιωμένο μέλος της οικογένειας, πολλές φορές βιώνει στρες και εξουθένωση που με τη σειρά τους οδηγούν σε αυξημένη απουσία από την εργασία και μειωμένη παραγωγικότητα.



Έχει φανεί ότι οι εργαζόμενοι που έχουν ευθύνη να φροντίζουν ένα ηλικιωμένο άτομο εξαντλούνται περισσότερο στην εργασία τους από τους συναδέλφους τους. Επίσης οι φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Όταν αυτά τα άτομα έχουν και τα ίδια παιδιά, τότε τα προβλήματα που προκύπτουν είναι τεράστια (Rose, 2006).

Ένας από τους παράγοντες που δημιουργεί την οικογενειακή κρίση είναι οι διαμάχες μεταξύ των μελών της οικογένειας και οι πρακτικές που εφαρμόζονται για την περίθαλψη των ηλικιωμένων μελών (Lee, 2002). Τα παιδιά των ηλικιωμένων εργάζονται και συνήθως έχουν και δικά τους παιδιά με αποτέλεσμα να βαρύνονται με ευθύνες που δεν είναι σε θέση να τις αντιμετωπίσουν. Από την άλλη πλευρά οι ηλικιωμένοι περιμένουν τα παιδιά τους να τους φροντίσουν και δημιουργείται χάσμα μεταξύ των μελών, το οποίο καταλήγει στην έλλειψη παροχής φροντίδας στους ηλικιωμένους (Lee, 2002).

Η παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα συμπεριλαμβάνει πολλούς αστάθμητους παράγοντες όπως ένα ιατρικό επείγον αλλά και την παροχή συναισθηματικής, σωματικής και οικονομικής υποστήριξης. Επίσης η παροχή φροντίδας παίρνει πολλές μορφές όπως η παροχή γευμάτων, η μεταφορά των ηλικιωμένων ατόμων σε ιατρικές υπηρεσίες, βοήθεια στην συντήρηση του νοικοκυριού αλλά και η παροχή συναισθηματικής φροντίδας. (Rose, 2006).

Η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους γονείς αποτελεί πλέον ένα μεγάλο πρόβλημα στις σημερινές κοινωνίες και οδηγεί σε οικογενειακές κρίσεις, που προκύπτουν από τις διαμάχες μεταξύ των μελών των οικογενειών. Τα θέματα που προκαλούν τις διαμάχες διαφέρουν από οικογένεια σε οικογένεια και οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο τρωτοί έναντι της κακοποίησης. Οι ενήλικες που φροντίζουν τους γονείς τους θεωρούν ότι οι γονείς τους παρεμβαίνουν στις ζωές τους και πολλές φορές είναι εντελώς απροετοίμαστοι συναισθηματικά να αναλάβουν τέτοιες ευθύνες και πολλές φορές απρόθυμοι (Andrews & Stagg, 2007). Επίσης οι διαμάχες μεταξύ των αδελφιών σχετικά με το ποιος θα φροντίζει τους γονείς είναι πολύ συνηθισμένες και πολλές φορές καταλήγουν στα δικαστήρια (Andrews & Stagg, 2007).

Εκτιμάται ότι τα επόμενα χρόνια οι γυναίκες κυρίως που θα βρίσκονται στις ηλικίες 40-50 θα κληθούν να αναλάβουν την ευθύνη παροχής φροντίδας σε ένα ηλικιωμένο μέλος της οικογένειάς τους στο σπίτι τους (Ogawa, 1989). Ωστόσο, η λήψη φροντίδας από παιδί μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις και αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι στην Ιαπωνία οι γυναίκες άνω των 75 ετών έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας (Hagihara, 2001). Ακόμη πιο υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έχουν παρατηρηθεί μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών που διαμένουν με παιδιά και εγγόνια παρά μεταξύ των γυναικών που συνεχίζουν να μένουν με

τον σύντροφό τους. Αυτό έχει αποδοθεί στις διαμάχες ή την έλλειψη άνεσης που αισθάνονται οι ηλικιωμένες γυναίκες όταν τις φροντίζουν τα παιδιά τους (Anetzberger, 2000).

Οι διαμάχες που παρατηρούνται μεταξύ των παιδιών και των ηλικιωμένων γονιών τους που χρήζουν φροντίδας είναι δυστυχώς πολύ συχνές και πολλές φορές οδηγούν σε κάποιου είδους κακοποίηση (Anetzberger, 2000). Οι παράγοντες που συμβάλουν και επιδεινώνουν αυτές τις διαμάχες είναι τα πολλά έτη παροχής φροντίδας, η μείωση του μεγέθους της οικογένειας, που περιορίζει τον αριθμό των ατόμων που μπορούν να παρέχουν την φροντίδα, καθώς και οι αλλαγές στις κοινωνικές αξίες που ενισχύουν τον ατομικισμό και καταλήγουν σε ευάλωτους ηλικιωμένους προς την κακομεταχείριση.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες φαίνεται ότι οι γηραιότερες γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κακομεταχείριση από τους άνδρες, τόσο από τα ίδια τα μέλη της οικογένειάς τους όσο και από τους παρόχους υγείας. Οι ηλικιωμένοι που φαίνονται να κακομεταχειρίζονται από τους φροντιστές τους είναι κυρίως αυτοί που είναι εχθρικοί και αυτοί που υποφέρουν από σωματικές και πνευματικές νόσους. Τα άτομα που υποφέρουν από άνοια, ωστόσο, έχουν υψηλότερα ποσοστά κακομεταχείρισης και υπόκεινται περισσότερο σε λεκτική κακοποίηση από τους φροντιστές τους (Imai, 1998).

Τα ευάλωτα ηλικιωμένα άτομα βασίζονται κυρίως στους συντρόφους τους, στις κόρες τους και σε άλλα μέλη της οικογένειας έτσι ώστε να μπορέσουν να διαμείνουν στο σπίτι τους και να συνεχίσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ωστόσο, οι οικογένειες αρχίζουν και δυσκολεύονται όλο και περισσότερο στο να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους ως φροντιστές και ακόμη και τα πιο ικανά άτομα παρέχουν ανεπαρκή φροντίδα. Η χρήση φροντιστών επί πληρωμή είναι μια δυνατότητα μόνο για τα ανώτερα οικονομικά στρώματα και φαίνεται ότι η χρήση των γηροκομείων αρχίζει και αυξάνεται (Golant, 2001).

Στις ημέρες μας η παραδοσιακή οικογένεια αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις. Οι γυναίκες σχεδόν στην πλειοψηφία τους εργάζονται, οι δουλειές των ανδρών γίνονται όλο και πιο επισφαλείς, η γονιμότητα μειώνεται, η σύναψη γάμου γίνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες ή δεν γίνεται καθόλου, ο ρυθμός των διαζυγίων αυξάνεται. Όταν υπάρξει κάποια οικονομική κρίση στην οικογένεια οι στάσεις απέναντι στις οικογενειακές ευθύνες αλλάζουν. Οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν κάποιο είδους οικονομική κρίση τείνουν να αποφεύγουν την ευθύνη φροντίδας των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας μετατρέποντας την οικογενειακή οικονομική κρίση σε κοινωνική (Chen, 2012).

Το εισόδημα μιας οικογένειας όταν αυτό δεν είναι επαρκές συμβάλει στην έναρξη μιας οικογενειακής κρίσης και συνεπώς αλλάζουν τα κοινωνικά δίκτυα και

επηρεάζονται κατά πολύ οι σχέσεις των μελών της οικογενείας αφού η δομή της υπόκειται σε αλλαγές (Chen, 2012).

Τα ηλικιωμένα άτομα θέλουν να διαμένουν μαζί με τα παιδιά τους, κατάσταση η οποία ήταν παραδοσιακή σε πολλές χώρες του κόσμου, η οποία όμως αλλάζει. Συνήθως τα ηλικιωμένα άτομα εξαρτώνται οικονομικά από τα παιδιά τους, τα οποία αναλαμβάνουν το ρόλο του κύριου φροντιστή των ηλικιωμένων γονιών τους λόγω των προβλημάτων υγείας που συνοδεύουν τα γηρατειά. Καθώς η οικονομική ευημερία των ατόμων αλλάζει και η ανεργία τείνει να είναι ένα αρκετά συνηθισμένο φαινόμενο επηρεάζονται και οι ισορροπίες στις οικογένειες, με αποτέλεσμα να παρατηρείται κακοποίηση έναντι των ηλικιωμένων που βαραίνουν τα παιδιά τους (Chen, 2012).

Έχει φανεί ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν την επιθυμία να διαμείνουν με τον σύντροφό τους, αλλά όταν αυτό δεν είναι επιλογή τείνουν να θέλουν να ζήσουν με το παιδί τους με το οποίο έχουν την καλύτερη σχέση και το μεγαλύτερο ποσοστό θέλει να ζήσει με τις κόρες τους, όταν υπάρχουν (Chen, 2012). Ωστόσο, τα ηλικιωμένα άτομα που στα μέσα της ζωής τους λόγω απώλειας εισοδήματος δεν μπόρεσαν να βοηθήσουν τα παιδιά τους νιώθουν ντροπή να τα επιβαρύνουν και εκφράζουν μια προθυμία να ζήσουν σε ξενώνες περισσότερο παρά σε γηροκομεία έτσι ώστε να μην επιβαρύνουν τα παιδιά τους (Chen, 2012).

Υπάρχουν πολλοί συγγραφείς που υποστηρίζουν ότι η παραδοσιακή δομή της οικογένειας έχει αλλάξει δραματικά και συνεπώς τα ηλικιωμένα άτομα δεν λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα (Frankenberg, et al, 2002; Zeng, et al, 2006). Έχει επίσης φανεί ότι η προθυμία των παιδιών να φροντίσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους εξαρτάται από την περιουσία και την οικονομική κατάσταση των γονιών, ενώ όταν δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα τότε τα παιδιά δεν είναι πρόθυμα να φροντίσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους. (Chen, 2012).

Η παραδοσιακή αίσθηση του καθήκοντος και της υποχρέωσης της νεότερης γενιάς προς την παλαιότερη έχει διαβρωθεί. Η παλαιότερη γενιά έχει πιαστεί μεταξύ της έκπτωσης των παραδοσιακών αξιών από την μια πλευρά και του ασθενούς κοινωνικού συστήματος από την άλλη.

### **2.3. Συνέπειες της Οικογενειακής Κρίσης**

Σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των ατόμων άνω των 65 ετών εμφανίζονται αυξημένα (Bharucha & Satlin, 1997) και φαίνεται ότι οι άνδρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας από ότι οι γυναίκες (Wattis, 1996). Οι παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας μεταξύ υπερηλίκων είναι τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής διαταραχής, η ύπαρξη έντονης κατάθλιψης και ανησυχίας, η ύπαρξη μιας ή περισσότερων σωματικών νόσων, το

ιστορικό εγκεφαλικού, η κατάσταση χηρείας καθώς και το να διαμένει το άτομο μόνο του (Conwell, et al, 1990). Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η κοινωνική απομόνωση και η σωματική δυσλειτουργία είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία μεταξύ των υπερηλίκων σε σχέση με τα νεότερα ηλικιωμένα άτομα (Howell, 2001).

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων προκαλεί την εμφάνιση πολλών ψυχικών διαταραχών στους ηλικιωμένους και έχει φανεί ότι τις περισσότερες φορές η κακοποίηση παρατηρείται όταν το ηλικιωμένο άτομο διαμένει με την οικογένειά του και όχι σε κάποιο οίκο ευγηρίας (Sorescu, 2011).

Σε μια μελέτη μεταξύ επαγγελματιών υγείας για την αντίληψη περί κακοποίησης ηλικιωμένων ατόμων, φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούσαν ως κακοποίηση την περιθωριοποίηση, τον κοινωνικό αποκλεισμό των ηλικιωμένων, την έλλειψη σεβασμού απέναντί τους, την σωματική και την ψυχολογική βία, την ακαταλληλότητα του τόπου διαβίωσής τους καθώς και την κακή οικονομική τους κατάσταση, αλλά και την έλλειψη πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες (Sorescu, 2011). Η κακοποίηση οποιασδήποτε μορφής προκαλεί συμπτώματα όπως μελαγχολία, έλλειψη διάθεσης για επικοινωνία, απάθεια, άγχος, φόβο, παραμέληση του εαυτού και απομόνωση (Sorescu, 2011).

Οι παράγοντες που οδηγούν στην κακοποίηση είναι η αδύναμη οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, η έλλειψη υποστήριξης, οι δυσλειτουργικές οικογένειες, η περιθωριοποίηση καθώς και η αδυναμία πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης, η φτωχή σωματική υγεία των ηλικιωμένων, η άνοια και η εξάρτηση οδηγούν σε κάποια μορφή κακοποίησης (Sorescu, 2011).

Στις μέρες μας ο ρόλος των οικογενειών στην παροχή φροντίδας προς τους ηλικιωμένους έχει μειωθεί λόγω των αλλαγών στην δομή και τη λειτουργικότητα της οικογένειας και πολλές φορές η κατάληξη είναι η απόρριψη ή η εγκατάλειψη των ηλικιωμένων μελών. Συνεπώς, τα ηλικιωμένα άτομα καταλήγουν στα γηροκομεία που στη θεωρία δεν είναι μια τόσο κακή επιλογή όσο είναι στην πράξη. Τα άτομα που εισέρχονται σε γηροκομεία είναι συνήθως αυτά που δεν είχαν συγγενείς, και η επιλογή του γηροκομείου είναι η λύση για την μοναξιά και την απομόνωση, καθώς σε ένα τέτοιο ίδρυμα μπορεί να υπάρξει αύξηση της κοινωνικής επαφής γεγονός που συμβάλει στην γενική ευημερία των ηλικιωμένων (Bergeron, 2001).

Σε μια έρευνα φάνηκε ότι οι ηλικιωμένοι που διέμεναν με την οικογένειά τους ένιωθαν παραμελημένοι και προσπαθούσαν να απασχοληθούν κάνοντας τις δουλειές του σπιτιού ή προσέχοντας τα εγγόνια τους. Επίσης, φάνηκε ότι ένα ποσοστό από αυτούς ένιωθαν ταπεινωμένοι από τις νύφες τους και ένιωθαν ότι οι γιοί τους δεν ενδιαφέρονταν για αυτούς (Dubey, et al, 2011).

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 ηλικιωμένα άτομα που βλέπουν ότι οι οικογενειακές αξίες έχουν χαθεί θεωρούν ότι η στάση των νεώτερων γενεών απέναντί τους έχει πάρει μια πολύ άσχημη τροπή η οποία δεν είναι καθόλου ικανοποιητική, σε σχέση με την παραδοσιακή αντίληψη ότι συνήθως τα παιδιά τους έχουν την υποχρέωση να τους προσέξουν (Dubey, et al, 2001).

Σε μια έρευνα φάνηκε ότι το 70% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι οι οικογένειες θα πρέπει να είναι υπεύθυνες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών αλλά μόνο το 43% διέμεναν μαζί με τους ηλικιωμένους γονείς και άνω του μισού των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι δεν επιθυμούσαν να ζουν μαζί με τα ενήλικα παιδιά τους (Lee, 2007).

### **3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Οικογενειακή Κρίση και Υπερήλικες**

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αρκετές φορές έχουν την τάση να θεωρούν ότι τα υπερήλικα άτομα έχουν μειωμένη αντίληψη με αποτέλεσμα να μην ασχολούνται μαζί τους, συμβάλλοντας άθελά τους στην περαιτέρω έκπτωση της ψυχικής τους υγείας αλλά και στην πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Ahto, et al, 1997).

Η κοινωνική υποστήριξη που δίνεται στα άτομα άνω των 65 ετών παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ψυχική τους υγεία και αυτό φάνηκε σε μια έρευνα μεταξύ συνταξιούχων καθηγητών πανεπιστημίων, η οποία διερευνούσε την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι η κοινωνική υποστήριξη έδινε τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τα ηλικιωμένα άτομα μηχανισμούς αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, γεγονός που συνέβαλε στην καλή ψυχική τους υγεία, σε συνδυασμό με παράγοντες όπως το εισόδημα και η γενικότερη σωματική τους υγεία (Nagarathnamma, 2003).

Το κοινωνικό δίκτυο και η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης παίζουν καθοριστικό ρόλο για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους υπερηλικούς (Baillie, et al, 1988). Σε μια έρευνα για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων φάνηκε ότι η άσκηση, οι τακτικές επισκέψεις των επαγγελματιών υγείας στα σπίτια των ηλικιωμένων καθώς και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (Windle, et al, 2008).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να προσφέρει συνεδρίες για τα ηλικιωμένα άτομα έτσι ώστε να τα ενδυναμώσει να δημιουργήσουν ικανοποιητική καθημερινή ρουτίνα και να τα βοηθήσουν 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 τους φροντίζουν. (Windle, et al, 2008). Η παροχή φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους, που συμπεριλαμβάνει τόσο

την οικογένειά του όσο και την πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας, δίνει τη δυνατότητα ενίσχυσης της διεξαγωγής των καθημερινών δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων και συνήθως η παροχή φροντίδας αφορά την 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).

Η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων σε πολλές χώρες βαραίνει την ίδια την οικογένειά τους. Ωστόσο, η γρήγορη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού που χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας έχει οδηγήσει σε αλλαγές στην πολιτική παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών στους ηλικιωμένους. Αν και οι οικογένειες συνεχίζουν να παρέχουν την φροντίδα αυτή, κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση σε υπηρεσίες όπως η παροχή φροντίδας στο σπίτι από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Hagihara, 2001).

Οι υπηρεσίες παροχής βοήθειας στο σπίτι όπως οι επισκέψεις από επαγγελματίες υγείας παρέχουν βοήθεια τόσο στους ηλικιωμένους όσο και τους φροντιστές τους. Ένας από τα πλεονεκτήματα αυτής της βοήθειας είναι η δυνατότητα που δίνεται στους επαγγελματίες να αναγνωρίσουν την παραμέληση ή ακόμη και την κακοποίηση των ηλικιωμένων, καταστάσεις που οφείλονται στην οικογενειακή κρίση που είναι απόρροια της αλλαγής της δομής και λειτουργικότητας των ηλικιωμένων (Soeda & Araki, 1999).

Σε μια έρευνα για την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων φάνηκε ότι οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν σε αυτές τις παρεμβάσεις ανέφεραν βελτίωση στην ψυχολογική τους ευημερία τόσο για τους ηλικιωμένους που διέμεναν στο σπίτι όσο και για αυτούς που διέμεναν σε γηροκομείο, αν και οι δεύτεροι ανέφεραν μεγαλύτερη βελτίωση στην ψυχική τους υγεία. Επίσης, φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που ήταν εξειδικευμένοι σε θέματα που αφορούν τους 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 φάνηκε ότι οι παρεμβάσεις που είχαν καλά αποτελέσματα ήταν αυτές που συμπεριελάμβαναν τους ίδιους τους ηλικιωμένους αλλά και τους φροντιστές τους και όταν οι παρεμβάσεις ήταν εντατικές και προσαρμοσμένες στις ανάγκες των φροντιστών. Αυτές οι παρεμβάσεις συμπεριελάμβαναν πρακτική υποστήριξη στους φροντιστές, ατομική συμβουλευτική και επαγγελματική υποστήριξη (Brodaty, et al, 2003).

Σε μια άλλη έρευνα που αφορούσε την ευημερία των φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων με άνοια στην κοινότητα με παρεμβάσεις όπως εκπαίδευση, ψυχοθεραπεία και βοήθεια μέσω του διαδικτύου φάνηκε ότι η ψυχοθεραπεία του φροντιστή καθυστερεί 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).

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

Στα γηρατειά ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας (Rodin, et al, 1992; Albert, et al, 1995).

Σε μια έρευνα που αφορούσε τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ψυχοκοινωνικής ευημερίας και της γνωστικής απόδοσης σε ομάδες ηλικιωμένων ατόμων που διέμεναν στην κοινότητα και σε διάφορα είδη διαμονής όπου τους προσφερόταν βοήθεια, φάνηκε ότι ο ατομικός έλεγχος, η αισιοδοξία και η γενικότερη ευτυχία είχαν θετική επίδραση στην γενικά καλή γνωστική λειτουργικότητα. Επίσης φάνηκε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρέαζαν και τις δύο ομάδες, αλλά 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).

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

Τα προγράμματα που απευθύνονται στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων 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).

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

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας και παρέχουν υπηρεσίες στους ηλικιωμένους είτε αυτοί διαμένουν στο σπίτι τους είτε σε γηροκομεία θα πρέπει να είναι γνώστες του γεγονότος ότι αυτά τα άτομα είναι ευάλωτα. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση έτσι ώστε να μπορούν να αναγνωρισθούν τόσο οι παράγοντες κινδύνου για κακοποίηση και ψυχολογικά προβλήματα όσο και οι ίδιες αυτές οι καταστάσεις (Sorescu, 2011).

## **Ειδικό Μέρος**

# 1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης των υπερηλίκων απέναντι στην οικογενειακή κρίση. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση της στάσης των υπερηλίκων απέναντι στην οικογενειακή κρίση με την αισιοδοξία, την εσωτερική ντροπή και το άγχος για την καρδιακή τους λειτουργία αλλά και με την επίδρασή της στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των υπερηλίκων ανδρών και της ομάδας των υπερηλίκων γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Σύγκριση της στάσης απέναντι στην οικογενειακή κρίση των υπερηλίκων που διαμένουν με την οικογένειά τους με κείνων που διαμένουν σε γηροκομεία,
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

## 1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

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

- Η ποιότητα ζωής συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη (Gilbert, 1998; Pinel, 1999; Kurzban & Leary, 2001; Cohen, 2003; Gilbert, 2003; Heller, 2003; Shweder, 2003). Ως προς την ποιότητα ζωής, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα που εμφανίζουν μια ώριμη στάση απέναντι στην οικογενειακή κρίση θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου γενικής υγείας και ποιότητας ζωής και υψηλότερα επίπεδα ωριμότητας σε σχέση με το δείγμα των υπερηλίκων που διαμένουν σε γηροκομεία.

- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της στάσης απέναντι στην οικογενειακή κρίση με τις οικογενειακές σχέσεις, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα αυτής της στάσης στην εμφάνιση προβλημάτων στην οικογένεια (Goss et al, 1994; Gilbert et al., 1996; Tantam, 1998; Gilbert & Miles, 2000; Andrews et al., 2002; Tangney & Dearing, 2002; Shapiro, 2003, Lundback et al., 2006; Birchwood et al., 2007). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς τις οικογενειακές σχέσεις, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα

με υψηλά επίπεδα ανεξαρτησίας στο οικογενειακό περιβάλλον θα παρουσιάζουν ώριμη στάση απέναντι στην οικογενειακή κρίση.

## **2. Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Μάρτιο του 2012 έως τον Σεπτέμβριο του 2012.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν υπερήλικα άτομα που διαμένουν με την οικογένειά τους και υπερήλικα άτομα που διαμένουν σε γηροκομεία.

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

Τα άτομα να είναι υπερήλικα (άνω των 65 ετών).

Μορφωτικό επίπεδο τέτοιου επιπέδου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.

Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

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

Τα άτομα που συμμετέχουν 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 συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία διεκπεραιώθηκε από τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

### **2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά Εργαλεία**

#### **2.1.1 Τέστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)**

Η αισιοδοξία θα μετρηθεί με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyrakos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994),. Είναι ένα ερωτηματολόγιο

αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

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

### **2.1.2. Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)**

Η μέτρηση της κρίσης στην οικογένεια θα μετρηθεί με την κλίμακα F-Copes του McCubbin et al. (2001). Η κλίμακα δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αντιμετώπισης της οικογενειακής κρίσης και αποτελείται από 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς.

Οι ερωτήσεις 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 βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α=0,869. (Gouva et al., 2012).

### **2.1.3. 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, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το

μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως " πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων των βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Το ερωτηματολόγιο CAQ έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να

αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825 (Dragioti et al., 2011).

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

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

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

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

αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

### **2.1.5 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων**

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

## **2.2 Στατιστική επεξεργασία**

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

Κατόπιν θα γίνει σύγκριση των διαμέσων των αποτελεσμάτων ανάμεσα στις δύο ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία t test αν 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), πιστοποιήσουν ότι υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών είναι αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία  $\chi^2$ . Συγκεκριμένα, θα χρησιμοποιηθούν (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 θα χρησιμοποιηθεί ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) (Ιωαννίδης, 2000; Παρασκευόπουλος, 1993) αν η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους είναι κανονική.

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

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

### **3. Ανάλυση Περιγραφικών Στοιχείων Μελέτης**

#### **3.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά στοιχεία ηλικιωμένων**

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχε ένα ικανοποιητικό δείγμα 121 ατόμων, με μέση ηλικία τα 74 έτη, που περιελάμβανε άνδρες και γυναίκες σε ποσοστά 53.7% και 46.3% αντίστοιχα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, σε ποσοστό άνω του 30% δήλωσαν έγγαμοι. Ως προς το κομμάτι της εκπαίδευσης, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι είτε Λυκείου είτε Δημοτικού σχολείου, ενώ το αμέσως επόμενο υψηλότερο ποσοστό καλύπτεται από την κατηγορία των αποφοίτων κάποιας σχολής ΑΕΙ ή ΤΕΙ.

Όπως ήταν αναμενόμενο, η συντριπτική πλειοψηφία, σε ποσοστό άνω του 80% κατοικεί σε μικρή ή μεγάλη πόλη, ενώ αντίστοιχο περίπου είναι το ποσοστό των ερωτηθέντων που δήλωσε ότι έχει παιδιά. Επίσης, σχεδόν το 90% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει αδέρφια, ενώ τα ποσοστά αναφορικά με την ύπαρξη εγγονιών ή κάποιας κόρης είναι σχεδόν μοιρασμένα σε θετικές και αρνητικές απαντήσεις. Αντίθετα, από αυτούς που δήλωσαν ότι έχουν κόρη, μόνο το 35.5% φαίνεται να διαμένει κοντά σε αυτήν.

Στους πίνακες που ακολουθούν, παρουσιάζονται αναλυτικά η συχνότητα, το ποσοστό, το έγκυρο ποσοστό σύμφωνα με τους όσους απάντησαν στην κάθε ερώτηση και το αθροιστικό ποσοστό, για την περίπτωση των ποιοτικών ή κατηγορικών μεταβλητών. Αναφορικά με τις ποσοτικές μεταβλητές της μελέτης, παρατίθενται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή. Επίσης, στο παράρτημα που βρίσκεται στο τέλος της εργασίας γίνεται γραφική απεικόνιση των έγκυρων ποσοστών με διαγράμματα μπάρας για τις ποιοτικές και κατηγορικές μεταβλητές, ενώ για την περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών, παρουσιάζονται τα σχετικά ιστογράμματα.

**Πίνακας 1. Περιγραφικά στοιχεία για το φύλο**

Φύλο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	56	28.4	46.3	46.3
	ΓΥΝΑΙΚΑ	65	33.0	53.7	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 2. Περιγραφικά στοιχεία για την οικογενειακή κατάσταση**

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΑΜΟΣ-Η	8	4.1	6.6	6.6
	ΕΓΓΑΜΟΣ-Η	66	33.5	54.5	61.2
	ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ	12	6.1	9.9	71.1
	ΧΗΡΟΣ/Α	35	17.8	28.9	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία για τον τόπο διαμονής**

ΔΙΑΜΟΝΗ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ	24	12.2	19.8	19.8
	ΠΟΛΗ<150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	29	14.7	24.0	43.8
	ΠΟΛΗ>150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	68	34.5	56.2	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
	Missing	System	76	38.6	
Total		197	100.0		

**Πίνακας 4. Περιγραφικά στοιχεία για το εκπαιδευτικό επίπεδο**

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	6	3.0	5.0	5.0
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	35	17.8	28.9	33.9
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	16	8.1	13.2	47.1
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	39	19.8	32.2	79.3
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ	25	12.7	20.7	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
	Missing	System	76	38.6	
Total		197	100.0		

**Πίνακας 5. Περιγραφικά στοιχεία για την ύπαρξη παιδιών**

ΠΑΙΔΙΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	102	51.8	84.3	84.3
	ΟΧΙ	19	9.6	15.7	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία για την ύπαρξη αδερφιών**

ΑΔΕΡΦΙΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	108	54.8	89.3	89.3
	ΟΧΙ	13	6.6	10.7	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία για την ύπαρξη εγγονιών**

ΕΓΓΟΝΙΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	71	36.0	58.7	58.7
	ΟΧΙ	50	25.4	41.3	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 8. Περιγραφικά στοιχεία για την ηλικία**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ
ΗΛΙΚΙΑ	74.08	6.25	64	93

**Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το άτομο/α με το οποίο/α διαμένουν**

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΟΝΟΣ	28	14.2	23.1	23.1
	ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	53	26.9	43.8	66.9
	ΦΙΛΟ/ΦΙΛΗ	1	.5	.8	67.8
	ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΡΗ ΜΟΥ	9	4.6	7.4	75.2
	ΜΕ ΤΟ ΓΙΟ ΜΟΥ	3	1.5	2.5	77.7
	ΣΕ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	13	6.6	10.7	88.4
	ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ ΚΑΙ ΚΟΡΗ	5	2.5	4.1	92.6
	ΜΕ ΜΗΤΕΡΑ	2	1.0	1.7	94.2
	ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ ΚΑΙ ΓΙΟ	6	3.0	5.0	99.2
	40	1	.5	.8	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

## 3.2 Ψυχολογικό και ψυχιατρικό ιστορικό ερωτηθέντων

### Ψυχιατρικό προφίλ ερωτηθέντων

Η μειοψηφία των συμμετεχόντων της μελέτης, μόλις το 5% των ερωτηθέντων, δήλωσε πως πάσχει από ψυχιατρική νόσο. Από τις ψυχιατρικές νόσους φαίνεται να υπερέχει η κατάθλιψη ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των όσων πάσχουν από αυτή ή κάποια άλλη ασθένεια, παίρνουν φάρμακα. Παράλληλα, η υπέρταση φαίνεται να ταλαιπωρεί πάνω από το μισό δείγμα, σε αντίθεση με τον διαβήτη, από τον οποίο πάσχει μόλις το 13% των ερωτηθέντων. Ακόμη, σχεδόν το 60% των ερωτηθέντων έχει περάσει κάποιο χειρουργείο, με την Χολή και την Σκωληκοειδίτιδα να κατέχουν τις πρώτες ποσοστιαίες θέσεις.

Στους πίνακες που ακολουθούν, γίνεται ακριβής παρουσίαση των απαντήσεων μαζί με τα σχετικά ποσοστά τους.

**Πίνακας 10. Περιγραφικά στοιχεία για την παθολογία από κάποια ψυχιατρική νόσο**

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	6	3.0	5.0	5.0
	ΟΧΙ	115	58.4	95.0	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 11. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το είδος της ψυχιατρικής νόσου**

ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΨΥΧΩΣΗ	1	.5	.8	.8
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	4	2.0	3.3	4.1
	ΚΕΝΟ ΛΟΓΩ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	116	58.9	95.9	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τη λήψη φαρμάκων για την ψυχιατρική νόσο**

<b>ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟ;</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	5	2.5	4.1	4.1
	ΟΧΙ	116	58.9	95.9	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

### **3.3. Ψυχολογικό προφίλ ερωτηθέντων**

Το επόμενο τμήμα του ερωτηματολογίου συγκέντρωνε ερωτήσεις σχετικές με το ψυχολογικό προφίλ των ερωτηθέντων. Παρατηρήθηκε ότι το 40% σχεδόν των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει βιώσει κάποιο γεγονός που του προκάλεσε άγχος ή στεναχώρια ως παιδί, με την πλειοψηφία να σημειώνει την απώλεια γονέων ή γενικά κάποιου αγαπημένου προσώπου. Μάλιστα, οι περισσότεροι δεν μπορούσαν να προσδιορίσουν το ακριβές χρονικό διάστημα πραγματοποίησης του γεγονότος. Στην περίπτωση της θύμησης στρεσογόνου γεγονότος των τελευταίων ετών, τα ποσοστά ήταν υψηλότερα μιας και ξεπερνούσαν το 50%.

**Πίνακας 13. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με την ύπαρξη έντονου άγχους ή στεναχώριας στην παιδική ηλικία**

<b>ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Η ΣΤΕΝΑΧΩΡΙΑ ΩΣ ΠΑΙΔΙ;</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	47	23.9	38.8	38.8
	ΟΧΙ	46	23.4	38.0	76.9
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	28	14.2	23.1	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 14. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το είδος του γεγονότος**

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ;						
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΓΟΝΙΩΝ	2	1.0	1.7	1.7	
	ΑΠΩΛΕΙΑ ΓΟΝΙΩΝ	18	9.1	14.9	16.5	
	ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΓΑΠΗΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ- ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	10	5.1	8.3	24.8	
	ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ	3	1.5	2.5	27.3	
	ΑΛΛΑΓΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	6	3.0	5.0	32.2	
	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΙΔΙΟΥ	1	.5	.8	33.1	
	ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΑΓΑΠΗΜΕΝΟΥΣ- ΤΣΑΚΩΜΟΙ ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ	2	1.0	1.7	34.7	
	ΚΕΝΟ ΛΟΓΩ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	48	24.4	39.7	74.4	
	ΔΥΣΚΟΛΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ	3	1.5	2.5	76.9	
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	28	14.2	23.1	100.0	
	Total	121	61.4	100.0		
	Missing	System	76	38.6		
	Total		197	100.0		

**Πίνακας 15. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πότε πραγματοποιήθηκε το συγκεκριμένο γεγονός**

ΠΟΤΕ ΕΓΙΝΕ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ ΠΟΤΕ	1	.5	.8	.8
	ΚΑΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΜΦΥΛΙΟΣ	3	1.5	2.5	3.3
	ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (6-12 ΕΤΩΝ)	17	8.6	14.0	17.4
	ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	1	.5	.8	18.2
	ΕΦΗΒΕΙΑ	12	6.1	9.9	28.1
	18 -25 ΕΤΩΝ	5	2.5	4.1	32.2
	"ΚΕΝΟ ΛΟΓΩ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ"	49	24.9	40.5	72.7
	"ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ Ν'ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ"	33	16.8	27.3	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		



**Πίνακας 16. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με την πραγματοποίηση κάποιου γεγονότος που προκάλεσε έντονο άγχος ή στεναχώρια**

<b>ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΥΝΕΒΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Η ΣΤΕΝΑΧΩΡΙΑ;</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	70	35.5	57.9	57.9
	ΟΧΙ	30	15.2	24.8	82.6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	21	10.7	17.4	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 17. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το είδος του γεγονότος**

<b>ΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ;</b>						
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΑΠΩΛΕΙΑ ΓΟΝΙΩΝ	7	3.6	5.8	5.8	
	ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΓΑΠΗΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ	12	6.1	9.9	15.7	
	ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΙΔΙΟΥ	4	2.0	3.3	19.0	
	ΚΑΥΓΑΔΕΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	1	.5	.8	19.8	
	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΙΔΙΟΥ	6	3.0	5.0	24.8	
	ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΑΓΑΠΗΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ	2	1.0	1.7	26.4	
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1	.5	.8	27.3	
	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ	5	2.5	4.1	31.4	
	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΥΓΓΕΝΗ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ- ΦΙΛΩΝ	5	2.5	4.1	35.5	
	ΚΕΝΟ ΛΟΓΩ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	34	17.3	28.1	63.6	
	ΘΑΝΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ	2	1.0	1.7	65.3	
	ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΥΖΥΓΟΥ	18	9.1	14.9	80.2	
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	20	10.2	16.5	96.7	
	ΣΤΡΑΤΕΥΣΗ ΓΙΟΥ ΣΤΑ ΛΟΚ	1	.5	.8	97.5	
	ΣΥΝΔΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΕΥΣΗ ΛΟΓΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ	1	.5	.8	98.3	
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ	1	.5	.8	99.2	
	ΑΝΕΓΕΡΣΗ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣ	1	.5	.8	100.0	
	Total		121	61.4	100.0	
	Missing	System	76	38.6		
	Total		197	100.0		

**Πίνακας 18. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το πότε ακριβώς έγινε το γεγονός**

ΠΟΤΕ ΕΓΙΝΕ ΑΚΡΙΒΩΣ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ ΕΞΙ ΜΗΝΕΣ	3	1.5	2.5	2.5
	ΕΩΣ ΚΑΙ ΠΡΙΝ ΕΝΑ ΕΤΟΣ	4	2.0	3.3	5.8
	ΕΩΣ ΔΥΟ ΕΤΗ	4	2.0	3.3	9.1
	ΕΩΣ ΤΡΙΑ ΕΤΗ	2	1.0	1.7	10.7
	ΕΩΣ ΚΑΙ ΠΕΝΤΕ ΕΤΗ	14	7.1	11.6	22.3
	ΕΩΣ ΚΑΙ ΔΕΚΑ ΕΤΗ	16	8.1	13.2	35.5
	ΕΩΣ ΚΑΙ ΕΙΚΟΣΗ ΕΤΗ	7	3.6	5.8	41.3
	ΕΩΣ ΚΑΙ ΣΑΡΑΝΤΑ ΕΤΗ	4	2.0	3.3	44.6
	ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ	34	17.3	28.1	72.7
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	33	16.8	27.3	100.0
Total		121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

### 3.4. Ψυχολογικές ταυτίσεις ερωτηθέντων με τους γονείς τους

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φαίνεται να έχει περισσότερη αδυναμία στη μητέρα, σε ποσοστό 47.1%, ενώ φυσιολογικά οι περισσότεροι δηλώνουν ότι μοιάζουν στον πατέρα.

**Πίνακας 19. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το σε ποιόν από τους δύο γονείς έχουν οι ερωτηθέντες περισσότερη αδυναμία**

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΙΧΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΠΑΜΠΙΑΣ	32	16.2	26.4	26.4
	ΜΑΜΑ	57	28.9	47.1	73.6
	ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΓΟΝΕΙΣ	7	3.6	5.8	79.3
	ΣΕ ΚΑΝΕΝΑΝ	3	1.5	2.5	81.8
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	22	11.2	18.2	100.0
	Total		121	61.4	100.0
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

**Πίνακας 20. Περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το σε ποιόν μοιάζουν φυσιολογικά**

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΠΑΜΠΙΑΣ	51	25.9	42.1	42.1
	MAMA	46	23.4	38.0	80.2
	ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΓΟΝΕΙΣ	9	4.6	7.4	87.6
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	15	7.6	12.4	100.0
	Total	121	61.4	100.0	
Missing	System	76	38.6		
Total		197	100.0		

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά τα περιγραφικά στοιχεία ανά κλίμακα και υποκλίμακα. Συγκεκριμένα, παρατίθενται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή για καθεμία από τις κλίμακες και υποκλίμακες αξιολόγησης.

**Πίνακας 21. Περιγραφικά στοιχεία για τις κλίμακες και υποκλίμακες**

ΜΕΤΑΒΑΗΤΗ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ
CHARACTEROLOGICAL SHAME	20.18	5.78	12	37
BEHAVIOURAL SHAME	17.64	5.37	9	30
BODILY SHAME	6.07	2.74	4	16
TOTAL ESS	43.88	11.99	25	80
LOT-R TOTAL	26.34	4.88	15	39
FEAR	1.55	1.10	0	4
AVOIDANCE	1.75	1.13	0	4
ATTENTION	1.01	0.92	0	3.67
TOTAL CAQ	1.45	0.84	0	3.4
SOCIAL SUPPORT	28.69	6.99	13	43
REFRAMING	32.92	4.64	18	40
SPIRITUAL SUPPORT	13.97	4.74	4	20
ACCEPT HELP	14.01	3.60	4	20
PASSIVE APPRAISAL	12.65	3.65	4	20
OVERALL F-COPES	104.70	15.54	62	135

#### 4. Έλεγχος εγκυρότητας ερωτηματολογίου

Προκειμένου να εξετασθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου γενικώς, αλλά και των επιμέρους τμημάτων που έχουν να κάνουν με τις υπό μελέτη κλίμακες, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Cronbach's alpha. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο έλεγχο, τιμές μεγαλύτερες του 0.70, υποδεικνύουν μεγάλη αξιοπιστία, σε αντίθεση με αυτές που είναι μικρότερες από το συγκεκριμένο όριο.

Στην περίπτωση της παρούσας μελέτης, το alpha του Cronbach προέκυψε ίσο με 0.810, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνει τόσο την εγκυρότητα όσο και την αξιοπιστία της μελέτης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί:

**Πίνακας 22. Αποτελέσματα ελέγχου αξιοπιστίας Cronbach, για τις κλίμακες**

ΚΛΙΜΑΚΑ	Cronbach's alpha
CAQ	0.845
ESS	0.839
SpREUK	0.844
F-COPES	0.739

#### 5. Έλεγχοι συσχετίσεων ( $\chi^2$ test)

##### **Συσχέτιση διάγνωσης (χρόνια σωματική νόσος) με άλλες παραμέτρους**

Για τον έλεγχο συσχέτισης της διάγνωση με τις άλλες παραμέτρους έγινε εφαρμογή του ελέγχου  $\chi^2$ .

Σκοπός του συγκεκριμένου ελέγχου είναι η ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων, γεγονός που μεταφράζεται και ως ανεύρεση πιθανών διαφορών μεταξύ των μεταβλητών, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, πάντα. Με τη βοήθεια της μεθόδου αυτής, γίνεται αναπαράσταση της παρατηρηθείσας και της αναμενόμενης συχνότητας που αντιστοιχεί σε κάθε ένα από τα κελιά του πίνακα που σχηματίζεται από τον συνδυασμό των κατηγοριών. Πιο συγκεκριμένα, η δοκιμασία  $\chi^2$  είναι ο

έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της σχέσης που ενδέχεται να υπάρχει μεταξύ δύο χαρακτηριστικών του διαξονικού πίνακα. Το κριτήριο ισούται με:

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

όπου O και E η παρατηρηθείσα και αναμενόμενη συχνότητα στα διάφορα κελιά και  $\Sigma$  το σύμβολο της άθροισης των αποτελεσμάτων όλων των κελιών.

Σημειώνεται ότι, όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας 95%. Δηλαδή, αποτελέσματα p-value του ελέγχου, μικρότερα του 0.05, αξιολογούνται ως στατιστικά σημαντικά και υποδηλώνουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών.

Από την εφαρμογή του ελέγχου Chi-Square προέκυψε ότι η ύπαρξη αδερφών, η λήψη φαρμάκων για ψυχιατρική νόσο αλλά και το είδος και η χρονική περίοδος πραγματοποίησης του στρεσογόνου γεγονότος, είναι παράγοντες στατιστικά σημαντικοί για την ψυχιατρική νόσο.

**Πίνακας 23. Παρουσίαση αποτελεσμάτων ελέγχου Chi-Square για την ψυχιατρική νόσο**

Μεταβλητή	Chi-Square test	df	p-value	Fisher's test
Φύλο	0.436	1	0.685	0.422
Οικογένεια	5.621	3	0.120	5.196
Εκπαίδευση	6.108	4	0.120	5.989
Παιδιά	0.004	1	1.000	0.004
Αδέρφια	6.284	1	<b>0.016</b>	10.067
Εγγόνια	1.648	1	0.229	1.659
Φάρμακα για σωματική νόσο	0.206	1	1.000	0.200
Φάρμακα για ψυχιατρική νόσο	36.247	1	<b>&lt;0.001</b>	98.138
Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας	0.396	2	0.878	0.467
Ποιο γεγονός	3.543	9	0.783	6.571
Πότε έγινε	2.478	7	1.000	4.192
Στρεσογόνο γεγονός ως ενήλικας	6.795	2	0.147	3.292
Ποιο γεγονός	21.033	16	<b>0.023</b>	27.591
Πότε έγινε	14.609	9	<b>0.019</b>	15.960
Αδυναμία σε γονιό	2.369	4	0.690	2.208
Σε ποιον μοιάζετε φυσιολογικά	3.250	3	0.758	1.178
Στάση απέναντι στη ζωή	11.944	8	0.080	12.372

Στους πίνακες που ακολουθούν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ψυχιατρικής νόσου με τα αδέρφια και τη λήψη φαρμάκων, μιας και είναι οι δύο πιο σημαντικές μεταβλητές στην περίπτωση αυτή.

**Πίνακας 24. Παρουσίαση αποτελεσμάτων ελέγχου Chi-Square για την ψυχιατρική νόσο και την ύπαρξη αδερφών**

		Αδέρφια		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ψυχιατρική νόσος	ΝΑΙ	3	3	6
	ΟΧΙ	105	10	115
Total		108	13	121

**Πίνακας 25. Παρουσίαση αποτελεσμάτων ελέγχου Chi-Square για την ψυχιατρική νόσο και τη λήψη φαρμάκων για αυτή**

		Φάρμακα ψυχιατρικής νόσου		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ψυχιατρική νόσος	ΝΑΙ	5	1	6
	ΟΧΙ	0	115	115
Total		5	116	121

## 6. Συσχέτιση κλιμάκων με υποκλίμακες

Στη συνέχεια της ανάλυσης, έγινε χρήση του παραμετρικού συντελεστή του Pearson, προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση της κάθε κλίμακας με καθεμία από τις υποκλίμακές της.

Η διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης δυο ποσοτικών μεταβλητών γίνεται με τον προσδιορισμό του παραμετρικού κατά Pearson συντελεστή συσχέτισης. Ο συντελεστής συσχέτισης συμβολίζεται με  $r$  και αποτελεί μέτρο της ευθύγραμμης συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών, με την προϋπόθεση ότι αυτές ακολουθούν την κανονική κατανομή και ότι η συλλογή των παρατηρήσεων έγινε τυχαία. Οι τιμές που μπορεί να πάρει το  $r$  είναι μεταξύ  $-1$  και  $1$  και γενικά ισχύει ότι όταν  $r > 0$  υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών, όταν  $r < 0$  υπάρχει αρνητική σχέση, ενώ όταν  $r = 0$  οι μεταβλητές είναι ασυσχέτιστες. Ο τύπος που υπολογίζει τον συντελεστή συσχέτισης  $r$  είναι :

$$r = \frac{\sum (x - \bar{x}) \sum (y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2 \sum (y - \bar{y})^2}} = \frac{\sum xy - \frac{\sum x \sum y}{n}}{\sqrt{(\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n})(\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n})}}$$

Στον πρώτο πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχέτισης της κλίμακας CAQ με τις αντίστοιχες υποκλίμακές της. Όπως είναι αναμενόμενο, είναι όλες άμεσα και πολύ στατιστικά σημαντικά συσχετισμένες μεταξύ τους. Σημειώνεται ότι η κάθε μία από αυτές τις συσχετίσεις είναι θετική, δηλαδή, αύξηση στην τιμή της κάθε υποκλίμακας, συνεπάγεται αντίστοιχη αύξηση της συνολικής κλίμακας. Επίσης, τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά και σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 99%.

**Πίνακας 26. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης για την κλίμακα CAQ με τις υποκλίμακές της**

Correlations – CAQ					
		FEAR	AVOIDANCE	ATTENTION	TOTAL CAQ
FEAR	Pearson Correlation	1	.382**	.505**	.848**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	121	121	121	121
AVOIDANCE	Pearson Correlation	.382**	1	.416**	.744**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	121	121	121	121
ATTENTION	Pearson Correlation	.505**	.416**	1	.764**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	121	121	121	121
TOTAL CAQ	Pearson Correlation	.848**	.744**	.764**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	121	121	121	121

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Κάθε ένα από τα p-value του ελέγχου συσχέτισης στην περίπτωση της κλίμακας ESS προέκυψε μικρότερο της τιμής 0.001, αποτέλεσμα πάρα πολύ στατιστικά σημαντικό που υποδεικνύει τη δυνατή, θετική συσχέτιση και αυτής της κλίμακας με τις υποκλίμακές της.



**Πίνακας 27. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης για την κλίμακα ESS με τις υποκλίμακές της**

Correlations – ESS					
		CHARACTEROLOGICAL SHAME	BEHAVIOURAL SHAME	BODILY SHAME	TOTAL ESS
CHARACTEROLOGICAL SHAME	Pearson Correlation	1	.714**	.476**	.911**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	121	121	121	121
BEHAVIOURAL SHAME	Pearson Correlation	.714**	1	.490**	.905**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	121	121	121	121
BODILY SHAME	Pearson Correlation	.476**	.490**	1	.678**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	121	121	121	121
TOTAL ESS	Pearson Correlation	.911**	.905**	.678**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	121	121	121	121

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Αναφορικά με την κλίμακα F-COPES, ισχύει ομοίως στατιστικά σημαντική συσχέτιση όπως και στην περίπτωση των υπολοίπων κλιμάκων.

Από τα όσα προέκυψαν από τον έλεγχο συσχέτισης, καταλήγουμε ότι καθεμία από τις υπό μελέτη κλίμακες έχει μία πολύ στατιστικά σημαντική, θετική συσχέτιση με τις υποκλίμακές της. Το γεγονός αυτό όχι μόνο είναι αναμενόμενο μιας και η κάθε κλίμακα προκύπτει από τις υποκλίμακες, αλλά επιβεβαιώνει και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου και των αποτελεσμάτων της έρευνας.

**Πίνακας 28. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης για την κλίμακα F-COPES με τις υποκλίμακές της.**

Correlations – F-COPES						
SOCIAL SUPPORT		REFRAMING	SPIRITUAL SUPPORT	ACCEPT HELP	PASSIVE APPRAISAL	OVERALL F-COPES
SOCIAL SUPPORT	1	.190 <sup>*</sup>	.241 <sup>**</sup>	.603 <sup>**</sup>	.303 <sup>**</sup>	.809 <sup>**</sup>
		.037	.008	.000	.001	.000
	121	121	121	121	121	121
REFRAMING	.190 <sup>*</sup>	1	.208 <sup>*</sup>	.044	.329 <sup>**</sup>	.536 <sup>**</sup>
	.037		.022	.629	.000	.000
	121	121	121	121	121	121
SPIRITUAL SUPPORT	.241 <sup>**</sup>	.208 <sup>*</sup>	1	.040	.400 <sup>**</sup>	.600 <sup>**</sup>
	.008	.022		.663	.000	.000
	121	121	121	121	121	121
ACCEPT HELP	.603 <sup>**</sup>	.044	.040	1	-.067	.526 <sup>**</sup>
	.000	.629	.663		.465	.000
	121	121	121	121	121	121
PASSIVE APPRAISAL	.303 <sup>**</sup>	.329 <sup>**</sup>	.400 <sup>**</sup>	-.067	1	.599 <sup>**</sup>
	.001	.000	.000	.465		.000
	121	121	121	121	121	121
OVERALL F-COPES	.809 <sup>**</sup>	.536 <sup>**</sup>	.600 <sup>**</sup>	.526 <sup>**</sup>	.599 <sup>**</sup>	1
	.000	.000	.000	.000	.000	
	121	121	121	121	121	121

## 7. Έλεγχοι διαφορών/συγκρίσεων μέσω των τιμών (t- test)

### Σύγκριση κλιμάκων ανά διάγνωση

Στην περίπτωση των κλιμάκων, επιλέχθηκε να γίνει ένας διαχωρισμός ανά διάγνωση με τελικό σκοπό τη σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων. Για τον συγκεκριμένο σκοπό επιλέχθηκε ο έλεγχος t-test. Πρόκειται για έναν έλεγχο ο οποίος συγκρίνει τις μέσες τιμές της εκάστοτε μεταβλητής, ανά ομάδα σύγκρισης, έχοντας σαν μηδενική υπόθεση την ισότητα των μέσων τιμών. Δηλαδή, τιμές P-value μικρότερες του 5% - που είναι και το επίπεδο εφαρμογής του συγκεκριμένου ελέγχου - υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, δηλαδή, στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές.

Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά διάγνωση, για τις περιπτώσεις των κλιμάκων CAQ και ESS. Για τις συγκεκριμένες, η τιμή του p-value προέκυψε μικρότερη του 0.05 με αποτέλεσμα

την ακύρωση της μηδενικής υπόθεσης που ορίζει ισότητα μέσω των τιμών. Δηλαδή, οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική νόσο και αυτούς που δεν πάσχουν από κάποια αντίστοιχη νόσο, διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στην μέση τιμή των παραπάνω κλιμάκων αξιολόγησης.

**Πίνακας 29. Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανά διάγνωση για την κάθε κλίμακα**

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
TOTAL CAQ	Equal variances assumed	10.066	.002	4.697	119	.000
TOTAL ESS	Equal variances assumed	1.854	.176	2.839	119	.005
OVERALL F- COPEES	Equal variances assumed	.005	.943	-1.270	119	.207
LOT-R TOTAL	Equal variances assumed	.018	.894	-1.399	119	.164

### Σύγκριση κλιμάκων ανά φύλο

Αντίστοιχος έλεγχος εφαρμόστηκε και στην περίπτωση του φύλου. Στη συγκεκριμένη περίπτωση όμως, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Με άλλα λόγια, οι μέσες τιμές των κλιμάκων αξιολόγησης δεν διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στα δύο φύλα.

**Πίνακας 30. Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανά φύλο για την κάθε κλίμακα**

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
TOTAL CAQ	Equal variances assumed	.081	.777	-1.116	119	.267
TOTAL ESS	Equal variances assumed	1.505	.222	-.341	119	.733
OVERALL F- COPEES	Equal variances assumed	5.271	.023	-.589	119	.557
LOT-R TOTAL	Equal variances assumed	.423	.516	-.633	119	.528

## Σύγκριση κλιμάκων ανά τόπο διαμονής

Από τον ίδιο έλεγχο εφαρμοζόμενο ανά τόπο διαμονής – συγκεκριμένα ορίστηκαν δύο ομάδες, κάτοικοι χωριών και πόλεων προκειμένου να καταστεί εφικτός ο έλεγχος – προέκυψε ότι οι μέσες τιμές των κλιμάκων ESS, και LOT-R διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ των κατοίκων πόλεων και χωριών. Το γεγονός αυτό αποτελεί σημαντικό εύρημα μιας και αποδεικνύει πως ο τόπος διαμονής επηρεάζει τη συμπεριφορά, τον χαρακτήρα και τα συναισθήματα

**Πίνακας 31. Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανά τόπο διαμονής για την κάθε κλίμακα**

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
TOTAL CAQ	Equal variances assumed	5.067	.026	1.810	119	.073
TOTAL ESS	Equal variances assumed	.554	.458	2.462	119	<b>.015</b>
OVERALL F-COPES	Equal variances assumed	.036	.850	-.407	119	.684
LOT-R TOTAL	Equal variances assumed	.129	.720	-2.540	119	<b>.012</b>

## Σύγκριση κλιμάκων ανά ύπαρξη στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας

Στην περίπτωση της ύπαρξης ή μη κάποιου στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές των κλιμάκων. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι οι τιμές των κλιμάκων είναι ανεξάρτητες από τα στρεσογόνα γεγονότα που πιθανώς να βιώσει κανείς στην παιδική του ηλικία.

**Πίνακας 32. Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανά ύπαρξη στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας για την κάθε κλίμακα**

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
TOTAL CAQ	Equal variances assumed	.052	.821	-.306	91	.760
TOTAL ESS	Equal variances assumed	5.657	.019	-.301	91	.764
OVERALL F-COPEs	Equal variances assumed	5.443	.022	-.051	91	.960
LOT-R TOTAL	Equal variances assumed	.001	.980	.159	91	.874

### **Σύγκριση κλιμάκων ανά ύπαρξη στρεσογόνου γεγονότος ενήλικης ζωής**

Δεν συμβαίνει και κάτι αντίστοιχο με την ύπαρξη ή μη στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Συγκεκριμένα, η κλίμακα CAQ, διαφέρει στατιστικά σημαντικά στη μέση τιμή ανάλογα με την εμφάνιση ή μη αντίστοιχου γεγονότος, καθώς και η ESS κλίμακα η οποία είναι οριακά στατιστικά σημαντική. Συμπεραίνουμε επομένως ότι οι κλίμακες αξιολόγησης είναι δυνατόν να επηρεαστούν από κάποιο στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής, σε κάποιες περιπτώσεις, ενώ παραμένουν ανεπηρέαστες από αντίστοιχα γεγονότα της παιδικής ηλικίας. Το τελευταίο συνδέεται άμεσα με ένα στοιχείο που σημειώθηκε στο περιγραφικό μέρος. Συγκεκριμένα, είναι λιγότεροι αυτοί που θυμούνται, όχι μόνο στρεσογόνα γεγονότα της παιδικής ηλικίας αλλά και το διάστημα πραγματοποίησής τους. Δηλαδή, κατά την ενήλικη ζωή, τα γεγονότα αποτυπώνονται πιο έντονα διότι υπάρχει η δυνατότητα πιο εύκολης ανάκλησης.

**Πίνακας 33. Αποτελέσματα ελέγχου t-test ανά ύπαρξη στρεσογόνου γεγονότος ενήλικης ζωής για την κάθε κλίμακα**

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
TOTAL CAQ	Equal variances assumed	3.621	.060	2.304	98	<b>.023</b>
TOTAL ESS	Equal variances assumed	2.049	.156	1.914	98	.059
OVERALL F-COPEs	Equal variances assumed	.755	.387	.085	98	.932
LOT-R TOTAL	Equal variances assumed	.012	.912	.307	98	.760

## 8. Έλεγχοι συσχετίσεων (Pearson)

### Συσχέτιση ηλικίας με κλίμακες και υποκλίμακες

Για τον έλεγχο συσχέτισης της ηλικίας με κλίμακες και υποκλίμακες χρησιμοποιήθηκε και πάλι ο συντελεστής Pearson. Στον πίνακα που ακολουθεί, σημειώνονται με κόκκινη έντονη γραφή τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην περίπτωση αυτού του ελέγχου βρέθηκαν τόσο θετικές όσο και αρνητικές συσχετίσεις.

**Πίνακας 34. Αποτελέσματα ελέγχου συσχέτισης ηλικίας με κλίμακες και υποκλίμακες**

Correlations -ΗΛΙΚΙΑ		p-value
Variable	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
FEAR	.048	.599
AVOIDANCE	.360**	<b>.000</b>
ATTENTION	.142	.121
TOTAL CAQ	.218*	.016
SOCIAL SUPPORT	-.019	.836
REFRAMING	.015	.866
SPIRITUAL SUPPORT	.033	.717
ACCEPT HELP	.035	.706
PASSIVE APPRAISAL	-.249**	<b>.006</b>
OVERALL F-COPES	-.061	.509
CHARACTEROLOGICAL SHAME	.045	.626
BEHAVIOURAL SHAME	-.006	.948
BODILY SHAME	-.154	.092
TOTAL ESS	-.016	.859
LOT-R TOTAL	.121	.188

## 9. Εφαρμογή Γραμμικής Παλινδρόμησης (ANOVA)0

### ANOVA για εκπαίδευση, φύλο, ηλικία

Για την περίπτωση της κάθε κλίμακας, έγινε εφαρμογή γραμμικής παλινδρόμησης. Σημειώνεται ότι, το μέγεθος του δείγματος επιτρέπει τη θεώρηση ότι καθεμία από τις κλίμακες ακολουθεί την κανονική κατανομή και ως εκ τούτου, καθίσταται εφικτή η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου.

Σε αρκετές περιπτώσεις κλιμάκων βρέθηκε ότι η ηλικία και η εκπαίδευση είναι μεταβλητές στατιστικά σημαντικές για τα μοντέλα.

Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ισχύς των μοντέλων είναι ιδιαίτερα χαμηλή, δηλαδή, η τιμή του Adjusted  $R^2$ , υποδηλώνει ότι τα συγκεκριμένα μοντέλα ερμηνεύουν πολύ μικρό ποσοστό της συνολικής μεταβλητότητας, έως και αμελητέο. Για το λόγο αυτό, παρατίθενται τα αποτελέσματα χωρίς όμως να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα. Το μόνο στοιχείο που χρειάζεται να επισημανθεί είναι η αναγκαιότητα της χρήσης των στατιστικά σημαντικών μεταβλητών που αναφέρθηκαν – έστω και σε κάποιες μεμονωμένες περιπτώσεις – στο τελικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης που θα ακολουθήσει με την εξαρτημένη σε αυτή την περίπτωση να είναι η ύπαρξη ή μη ψυχικής νόσου.

**Πίνακας 35. Αποτελέσματα ANOVA για CAQ, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία**

Coefficients <sup>a</sup> - CAQ						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-.316	.995		-.318	.751
	ΗΛΙΚΙΑ	.027	.012	.205	2.312	<b>.023</b>
	FYLO	.173	.148	.103	1.169	.245
	EKAIDEYSH	-.158	.060	-.233	-2.642	<b>.009</b>

a. Dependent Variable: TOTAL CAQ

**Πίνακας 36. Αποτελέσματα ANOVA για ESS, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία**

Coefficients <sup>a</sup> - ESS						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	60.641	14.561		4.165	.000
	ΗΛΙΚΙΑ	-.098	.173	-.051	-.568	.571
	FYLO	-.201	2.165	-.008	-.093	.926
	EKAIDEYSH	-2.736	.875	-.282	-3.128	<b>.002</b>

a. Dependent Variable: TOTAL ESS

**Πίνακας 37. Αποτελέσματα ANOVA για F-CODES, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία**

Coefficients <sup>a</sup> - F-CODES						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	101.106	19.377		5.218	.000
	HLIKIA	-.082	.231	-.033	-.354	.724
	FYLO	2.079	2.882	.067	.722	.472
	EKAIDEYSH	1.926	1.164	.153	1.654	.101

a. Dependent Variable: OVERALL F-COPES

**Πίνακας 38. Αποτελέσματα ANOVA για LOT-R, εκπαίδευση, φύλο, ηλικία**

Coefficients <sup>a</sup> - LOT-R						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	14.122	6.038		2.339	.021
	HLIKIA	.119	.072	.152	1.649	.102
	FYLO	.940	.898	.097	1.047	.297
	EKAIDEYSH	.594	.363	.151	1.639	.104

a. Dependent Variable: LOT-R TOTAL

**ANOVA για φύλο, ηλικία, οικογένεια**

Όπως προαναφέρθηκε, ακολουθούν τα αποτελέσματα με την οικογένεια μέσα στα μοντέλα, αντί του επιπέδου εκπαίδευσης.

**Πίνακας 39. Αποτελέσματα ANOVA για CAQ, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια**

CAQ - Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-1.149	.966		-1.188	.237
	HLIKIA	.029	.013	.217	2.309	<b>.023</b>
	FYLO	.187	.160	.112	1.168	.245
	OIKOGENEIA	.059	.084	.069	.707	.481

a. Dependent Variable: TOTAL CAQ



**Πίνακας 40. Αποτελέσματα ANOVA για ESS, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια**

ESS - Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	47.073	14.233		3.307	.001
	HLIKIA	-.091	.186	-.047	-.490	.625
	FYLO	-.286	2.359	-.012	-.121	.904
	OIKOGENEIA	1.528	1.231	.125	1.241	.217

a. Dependent Variable: TOTAL ESS

F-COPES Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	111.171	18.509		6.006	.000
	HLIKIA	-.101	.242	-.040	-.416	.678
	FYLO	1.938	3.068	.062	.632	.529
	OIKOGENEIA	-.766	1.601	-.048	-.479	.633

a. Dependent Variable: OVERALL F-COPES

**Πίνακας 42. Αποτελέσματα ANOVA για LOT-R, εκπαίδευση, φύλο, οικογένεια**

LOT-R - Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	18.151	5.762		3.150	.002
	HLIKIA	.088	.075	.113	1.174	.243
	FYLO	.536	.955	.055	.562	.575
	OIKOGENEIA	.317	.498	.063	.635	.527

a. Dependent Variable: LOT-R TOTAL

## 10. Λογιστική παλινδρόμηση

Εξετάζοντας τη μεταβλητή που έχει να κάνει με την ύπαρξη ή μη κάποιας ψυχιατρικής ασθένειας και συνδυάζοντάς την με τις μεταβλητές που σχετίζονται τόσο με την ίδια όσο και με τις κλίμακες, επιλέχθηκε η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης, προκειμένου να εξαχθούν συνολικά αποτελέσματα.

Κάθε ανάλυση εστιάζεται στον τρόπο με τον οποίο μια μεταβλητή (εξαρτημένη) επηρεάζεται από μια ή περισσότερες άλλες (ανεξάρτητες). Όταν η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ποιοτική με δυο πιθανά εξαγόμενα αποτελέσματα (0, 1) εφαρμόζεται η λογιστική παλινδρόμηση. Έστω  $p$  είναι η πιθανότητα να πραγματοποιηθεί ένα ενδεχόμενο,  $1 - p$  η πιθανότητα να μην πραγματοποιηθεί και  $p/1-p$  ο λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων. Τότε το μοντέλο που εφαρμόζεται είναι :

$$\text{logit}(p) = \log(p/1-p) = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots$$

όπου οι συντελεστές εξάρτησης  $b_i$  δείχνουν πόσο θα μεταβληθεί η εξαρτημένη μεταβλητή αν η ανεξάρτητη  $x_i$  μεταβληθεί κατά μια μονάδα.

Το αρχικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε, περιείχε ως εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη ή μη ψυχιατρικής νόσου και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τις ακόλουθες: φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογένεια, φάρμακα για ψυχιατρική νόσο και το σύνολο των κλιμάκων της μελέτης.

Η τελική μορφή του μοντέλου – στο οποίο το  $R^2$  προέκυψε ίσο με 0.849, δηλαδή το μοντέλο ερμηνεύει το 84.9% της συνολικής μεταβλητότητας – είναι η ακόλουθη:

Ψυχιατρική νόσος (ΝΑΙ/ΟΧΙ) = -39.350 -14.550 (Οικογένεια) + 51.048 (Φάρμακα για ψυχιατρική νόσο) – 0.059 (FES)

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται τα συνολικά αποτελέσματα:

**Πίνακας 43. Αποτελέσματα τελικού μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη την ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου**

Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</b>	-14.550	2509.184	.000	1	.995	.000
<b>ΠΑΙΡΝΕΤΕ_ΦΑΡΜΑΚΑ_ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ_ΝΟΣΟΣ</b>	51.048	15810.636	.000	1	.997	14791784505463500000000
<b>FES</b>	-.059	.094	.394	1	.530	.943
<b>Constant</b>	-39.350	29986.146	.000	1	.999	.000

Ερμηνεία:

Μια μονάδα αύξησης στην οικογενειακή κατάσταση μειώνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου κατά 14.550, δηλαδή οι έγγαμοι έχουν 14.550 φορές μικρότερη λογαριθμική πιθανότητα να παρουσιάζουν ψυχιατρική νόσο σε σχέση με τους άγαμους.

Μια μονάδα αύξησης στα φάρμακα για ψυχιατρική νόσο, δηλαδή όσοι παίρνουν φάρμακα, αυξάνουν την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου κατά 51.048 σε σχέση με όσους δεν παίρνουν

Μια μονάδα αύξησης στο δείκτη FES μειώνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου κατά 0.059

## 11. Συζήτηση

Ο γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της στάσης των υπερηλικών απέναντι στην οικογενειακή κρίση. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διασύνδεση της στάσης των υπερηλικών απέναντι στην οικογενειακή κρίση με την αισιοδοξία, την εσωτερική ντροπή και το άγχος για την καρδιακή τους λειτουργία αλλά και με την επίδρασή της στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Όπως ήταν αναμενόμενο, η συντριπτική πλειοψηφία, σε ποσοστό άνω του 80% κατοικεί σε μικρή ή μεγάλη πόλη, ενώ αντίστοιχο περίπου είναι το ποσοστό των ερωτηθέντων που δήλωσε ότι έχει παιδιά. Επίσης, σχεδόν το 90% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει αδέρφια, ενώ τα ποσοστά αναφορικά με την ύπαρξη εγγονιών ή κάποιας κόρης είναι σχεδόν μοιρασμένα σε θετικές και αρνητικές απαντήσεις. Αντίθετα, από αυτούς που δήλωσαν ότι έχουν κόρη, μόνο το 35.5% φαίνεται να διαμένει κοντά σε αυτήν.

Έχει φανεί από παρόμοιες μελέτες ότι ο τόπος διαμονής επηρεάζει την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων καθώς και το χρονικό διάστημα που διαμένουν σε αυτό (Windley & Scheidt, 1982). Επίσης, οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων σχετικά με την ποιότητα της ζωής τους επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τον χώρο διαμονής τους όπως έχει φανεί από την μελέτη των Beaumont & Kenealy (2003) ότι τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομεία είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και περισσότερα προβλήματα υγείας από αυτούς που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, τα οποία είχαν πιο θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Παρόμοια ευρήματα φάνηκαν και στην έρευνα των Heydari και συνεργάτες (2012). Στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι τα άτομα που διαμένουν με την οικογένειά τους παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα υγείας.

Ωστόσο, όταν το άτομο διαμένει με τον ηλικιωμένο σύντροφο, ο φόβος για τις πιθανές δυσμενείς αλλαγές στην υγεία ενός εκ των δύο συντρόφων επιβαρύνει την σωματική και ψυχική τους υγεία, αλλά η συντροφικότητα και η φιλία μεταξύ τους είναι ένα θετικό αντισταθμιστικό στοιχείο (Tower & Kass, 1996; Thuen, et al, 1997). Στην μελέτη μας φάνηκε ότι μια μονάδα αύξησης στην οικογενειακή κατάσταση μειώνει την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου κατά 14.550, δηλαδή οι έγγαμοι έχουν 14.550 φορές μικρότερη λογαριθμική πιθανότητα να παρουσιάζουν ψυχιατρική νόσο σε σχέση με τους άγαμους.

Στην έρευνά μας φάνηκε ότι ο τόπος διαμονής σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το βίωμα της ντροπής (ESS  $p=0.015$ ), αλλά και με τον προσανατολισμό της ζωής (LOT-R  $p=0.012$ ), διαφέροντας στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ατόμων

που κατοικούσαν στην πόλη και αυτών που κατοικούσαν στην επαρχία. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι ο τόπος διαμονής επηρεάζει τη συμπεριφορά, τον χαρακτήρα και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων ατόμων.

Αυτά τα ευρήματα βρίσκονται σε συμφωνία με αυτά μιας μελέτης μεταξύ ομάδων ηλικιωμένων που διέμεναν στην κοινότητα και σε διάφορα είδη διαμονής, σύμφωνα με τα οποία φάνηκε ότι ο ατομικός έλεγχος και η αισιοδοξία είχαν θετική επίδραση στην γενικότερη υγεία τους. Τα άτομα που διέμεναν στην κοινότητα είχαν θετικότερα αποτελέσματα σε σχέση με αυτά που διέμεναν σε γηροκομείο, κυρίως λόγω του ότι η διαμονή σε οικείο και υποστηρικτικό περιβάλλον βοηθά στην γενικότερα καλή ψυχική υγεία (Wincur, et al, 2007).

Η μειοψηφία των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης, μόλις το 5% των ερωτηθέντων, δήλωσε πως πάσχει από ψυχιατρική νόσο. Από τις ψυχιατρικές νόσους φαίνεται να υπερέχει η κατάθλιψη ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των όσων πάσχουν από αυτή ή κάποια άλλη ασθένεια, παίρνουν φάρμακα. Τα ευρήματα μας είναι σε συμφωνία με πολλές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη είναι ένα από τα συχνότερα ψυχικά νοσήματα που παρουσιάζονται μεταξύ των ηλικιωμένων και οφείλεται στα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής διαταραχής αλλά και την ύπαρξη μιας ή περισσότερων σωματικών νόσων, αλλά και η κοινωνική απομόνωση (Howell, 2001). Επίσης, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σωματικής και λειτουργικής έκπτωσης αλλά και γνωστικής ανικανότητας, καταστάσεις που οδηγούν σε αυξημένη εισαγωγή σε ιδρύματα αλλά και θνησιμότητα (Gallo & Lebowitz 1999; Montano, 1999).

Παράλληλα, η υπέρταση φαίνεται να ταλαιπωρεί πάνω από το μισό δείγμα, σε αντίθεση με τον διαβήτη, από τον οποίο πάσχει μόλις το 13% των ερωτηθέντων. Σύμφωνα με τον Nante και συνεργάτες (1999), η υπέρταση είναι μια σωματική νόσος πολύ συχνή μεταξύ των ηλικιωμένων.

Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι το 40% σχεδόν των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει βιώσει κάποιο γεγονός που του προκάλεσε άγχος ή στεναχώρια ως παιδί, με την πλειοψηφία να σημειώνει την απώλεια γονέων ή γενικά κάποιου αγαπημένου προσώπου. Μάλιστα, οι περισσότεροι δεν μπορούσαν να προσδιορίσουν το ακριβές χρονικό διάστημα πραγματοποίησης του γεγονότος. Στην περίπτωση της θύμησης στρεσογόνου γεγονότος των τελευταίων ετών, τα ποσοστά ήταν υψηλότερα μιας και ξεπερνούσαν το 50%. Σύμφωνα με τους Katona & Livingston (2000) η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είναι ένα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος, του οποίου τα συμπτώματα, στην περίπτωση των ηλικιωμένων, θεωρούνται φυσιολογικά διότι αποδίδονται στην ύπαρξη των χρόνιων νόσων από τις οποίες πάσχουν.

Στην μελέτη μας φάνηκε ότι η χρονική πραγματοποίηση ενός στρεσογόνου γεγονότος είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου ( $p=0,019$ ). Σύμφωνα με τους Tijhuis και συνεργάτες (1999), η απώλεια των κοντινών δεσμών των ηλικιωμένων, είτε λόγω θανάτου είτε λόγω απομόνωσης, είναι ένα στρεσογόνο γεγονός που οδηγεί στην μοναξιά η οποία με τη σειρά της οδηγεί στην εκδήλωση κατάθλιψης. Το επακόλουθο άγχος ή οι αγχώδεις διαταραχές που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα συσχετίζονται με τη μειωμένη λειτουργική και σωματική τους δραστηριότητα αλλά και την φτωχή αντίληψη που οι ίδιοι έχουν για την υγεία τους (de Beurs, et al, 1999; Kim, et al, 2000).

Στη μελέτη μας, η κλίμακα CAQ, διαφέρει στατιστικά σημαντικά στη μέση τιμή (0.023) ανάλογα με την εμφάνιση ή μη αντίστοιχου γεγονότος, καθώς και η ESS κλίμακα η οποία είναι οριακά στατιστικά σημαντική. Συμπεραίνουμε επομένως ότι οι κλίμακες αξιολόγησης είναι δυνατόν να επηρεαστούν από κάποιο στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής, σε κάποιες περιπτώσεις, ενώ παραμένουν ανεπηρέαστες από αντίστοιχα γεγονότα της παιδικής ηλικίας. Το τελευταίο συνδέεται άμεσα με ένα στοιχείο που σημειώθηκε στο περιγραφικό μέρος. Συγκεκριμένα, είναι λιγότεροι αυτοί που θυμούνται, όχι μόνο στρεσογόνα γεγονότα της παιδικής ηλικίας αλλά και το διάστημα πραγματοποίησής τους. Δηλαδή, κατά την ενήλικη ζωή, τα γεγονότα αποτυπώνονται πιο έντονα διότι υπάρχει η δυνατότητα πιο εύκολης ανάκλησης.

Στην παρούσα μελέτη, προέκυψε ότι οι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου είναι η ύπαρξη αδερφών ( $p=0,016$ ), η λήψη φαρμάκων για ψυχιατρική νόσο ( $p=0,001$ ) αλλά και το είδος της ( $p=0,023$ ) είναι παράγοντες στατιστικά σημαντικοί για την ψυχιατρική νόσο. Σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς το είδος της ψυχιατρικής νόσου παίζει καθοριστικό ρόλο στην γενική ευημερία και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Στην περίπτωση της άνοιας, υποστηρίζεται ότι όσο αυξάνει η ηλικία τόσο αυξάνουν και οι κίνδυνοι εμφάνισής της (Andersen-Ranberg, et al, 2001). Έχει φανεί ότι η άνοια είναι μια από τις ψυχιατρικές νόσους που παρουσιάζεται σε αυξημένα ποσοστά στα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν σε ξενώνες (Robbins, et al, 2000). Τα ευρήματά μας υποστηρίζουν ότι μια μονάδα αύξησης στα φάρμακα για ψυχιατρική νόσο, δηλαδή όσοι παίρνουν φάρμακα, αυξάνουν την λογαριθμική πιθανότητα ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου κατά 51.048 σε σχέση με όσους δεν παίρνουν.

Στην μελέτη μας προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά διάγνωση, για τις περιπτώσεις των κλιμάκων άγχους για την καρδιακή λειτουργία CAQ ( $p=0.000$ ) και την κλίμακα της εσωτερικής ντροπής ESS ( $p=0.005$ ). Έχει υποστηριχθεί ότι το αίσθημα ντροπής που νιώθει ένα άτομο σχετίζεται με την

αυτοκριτική κάνοντας το άτομο ευάλωτο στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Sandquist, et al, 2009). Έχει επίσης φανεί ότι τα άτομα που βιώνουν ντροπή είναι περισσότερο επιρρεπή στην εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης αλλά και τείνουν να μην τηρούν την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν για αυτή την ψυχιατρική νόσο (Blatt, 1995; Rector, et al, 2000). Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι το αίσθημα της ντροπής είναι ένας διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ της αυτοκριτικής και της εμφάνισης της κατάθλιψης (Ashby, et al, 2006).

Αναφορικά με το άγχος για την καρδιακή λειτουργία έχει φανεί ότι όταν υπάρχει αισιοδοξία μειώνεται η νοσηρότητα από καρδιαγγειακές νόσους (Kubzansky, et al, 2001), ενώ όταν το άτομο χαρακτηρίζεται από απαισιοδοξία και έχει άγχος για την καρδιακή του λειτουργία, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νόσων αλλά και επιδεινώνεται η αθηροσκλήρωση μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων (Stern, et al, 2001; Everson, et al, 1997).

Η ηλικία του ατόμου φάνηκε ότι συσχετίζεται με την αποφυγή ( $p=0,000$ ) και την παθητική εκτίμηση ( $p=0.006$ ). Η ηλικία συσχετίζεται με την κλίμακα άγχους για την καρδιακή λειτουργία ( $p=0.023$ ).

Έχει φανεί από μελέτες ότι οι υπερήλικες άνω των 85 ετών χαρακτηρίζονται από χαμηλά ποσοστά νευρωτισμού σε σχέση με τους πιο νέους ηλικιωμένους, αλλά και με υψηλότερα ποσοστά εξωστρέφειας και ευσυνειδησίας, αλλά και από μια πιο θετική στάση απέναντι στη ζωή η οποία σχετίζεται με τη μακροβιότητα (Kato, et al, 2012). Μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων υπάρχουν διαφορές στην αντιμετώπιση των διαφόρων κρίσεων και δύσκολων καταστάσεων, οι οποίες κάνουν τα άτομα αυτά περισσότερο ή λιγότερα ευάλωτα έναντι των επιπτώσεων του άγχους και των κρίσεων (Poon, et al, 2009).

Η εκπαίδευση συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα άγχους για την καρδιακή λειτουργία ( $p=0.009$ ) αλλά και με το βίωμα εσωτερικής ντροπής ( $p=0.002$ ). Έχει φανεί ότι το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου επιδρά θετικά στη μακροβιότητα κυρίως διότι βοηθά στη χρήση των εμπειριών για την επίλυση των καθημερινών προβλημάτων (Holtsberg, et al, 1995). Ωστόσο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχει συσχετισθεί με χαμηλή ποιότητα ζωής (Nante, et al, 1999; Heydari, et al, 2012)

## 12. Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη είναι τα παρακάτω:

- Ο τόπος διαμονής σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το βίωμα της ντροπής και με τον προσανατολισμό της ζωής
- Ο τόπος διαμονής επηρεάζει τη συμπεριφορά, τον χαρακτήρα και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων ατόμων
- Η κατάθλιψη ήταν το κυριότερο ψυχιατρικό νόσημα για την οποία η πλειοψηφία των πασχόντων λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή
- Από τις σωματικές νόσους η υπέρταση ήταν το πιο συχνό νόσημα και ο διαβήτης το λιγότερο συχνό
- Το 40% του δείγματος έχει βιώσει κάποιο γεγονός που προκάλεσε άγχος ή στενοχώρια και φάνηκε ότι η χρονική πραγματοποίηση του στρεσογόνου γεγονότος είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου
- Οι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου είναι η ύπαρξη αδερφών, η λήψη φαρμάκων για ψυχιατρική νόσο και το είδος της
- Η ηλικία συσχετίστηκε με την αποφυγή και την παθητική εκτίμηση καθώς και με την κλίμακα άγχους για την καρδιακή λειτουργία
- Η εκπαίδευση συσχετίστηκε με την κλίμακα άγχους για την καρδιακή λειτουργία αλλά και με την εσωτερική ντροπή
- Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να λάβει υπόψη της το ψυχοκοινωνικό προφίλ των ηλικιωμένων ατόμων και την επίδραση που αυτό έχει στην γενικότερη ευημερία του, έτσι ώστε να μπορέσουν να εκπονηθούν προγράμματα και στρατηγικές που θα έχουν ως σκοπό την διατήρηση της καλής σωματικής και ψυχικής υγείας αυτού του αυξανόμενου πληθυσμού, αλλά και την προαγωγή της ποιότητας της ζωής του.



## 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*.
- Andersen-Ranberg, Schroll M., Jeune B. (2001) Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: a population-based study of morbidity among Danish centenarians. *J Am Geriatrics Society* 49(7):900-908
- Andrews W., Stagg B. (2007). *Resolve Family Disputes Without Litigation*. Διαθέσιμο στο [http://www.collaborativepractice.com/lib/PDFs/Resolve\\_Family\\_Disputes\\_Without\\_Litigation.pdf](http://www.collaborativepractice.com/lib/PDFs/Resolve_Family_Disputes_Without_Litigation.pdf)
- Andrews, B (1998β). Shame and Childhood Abuse. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176- 190.
- Andrews, B. (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology, vol. 104*, p. 277- 285.
- Andrews, B. (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
- Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, vol. 41*, p. 29- 42.
- Anetzberger, G. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations; 24: 46-51*.
- Antonelli E, Rubini V, Fassona C (2000). The self-concept in institutionalized and non institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology; 20: 151-164*.

- Ashby, J. S., Rice, K. G., & Martin, J. L. (2006). Perfectionism, shame and depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*; **84**: 148-156
- Baillie V., Norbeck JS., Barnes LE. (1988). Stress, social support and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nurs Research* **37(4):785-806**
- Barker A (2004) The direction of mental health care for the elderly. *Postgrad Med J* **80:187-189**
- Baroni A, Ferrucci L, Antonini E, Maggino F, Bertini C, Falchini M, Morosini P, Tesi G. (1990). Survey of the health and lifestyle of the elderly in Florence (Italy). *Giorn Geront*; **38:371-80.**
- 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.**
- Beregi E., Klinger A. (1989) Health and living conditions of centenarians in Hungary. *Int Psychogeriatr* **1:195-200**
- Bharucha A., Satlin A. (1997) Late-life suicide: a review. *Harv Rev Psychiatry* **5:55-65**
- 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.**
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*; **12: 1003-1020.**
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*; **12: 527- 562**
- Bowling A, Brazier J. (1995). Quality of life in social science and medicine. *Soc Sci Med*; **41:1337-8.**
- Brenes GA, Guralnik JM, Williamson J, et al. (2005). Correlates of anxiety symptoms in physically disabled older women. *Am J Geriatr Psychiatry*; **13(1):15-22.**
- Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In:

- Attachment, Theory and Close Relationships.*** J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds). USA, NY: Guilford Press, (p. 46-76).
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating bottom up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*; **64**: 646-653.
  - 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.
  - Buckwalter KC., Davis LL (2002) *Elder Caregiving in Rural Communities, Nationa Family Caregiver Support Program Issue Brief*. Διαθέσιμο στο [www.aoa.gov/carenetwork](http://www.aoa.gov/carenetwork)
  - Cabana BE (1983) Mental health and the elderly: new biopharmaceutic considerations. *Health Affairs* **2(3)**:33-38
  - 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.
  - Chen F.L. (2012). *The Changing Attitude towards Children and Elderly Arrangement after financial crisis – A Comparison Study of Taiwan and South Korea*. Joint East Asian Social Policy Research Network and United Kingdom social Policy Association Annual Conference.
  - Clyburn LD., Stone MJ., Hadjistavropoulos T., Tuokko H. (2000) Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences* **55(1)**:82-13
  - Conwell Y., Rotenberg M., Caine ED. (1990) Completed suicide at age 50 and over. *J Am geriatr Soc* **38(6)**:640-4
  - Dachs JNW, Santos APR. (2006). Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva*; **11**:887-94.
  - de Beurs E, Beekman AT, van Balkom AJ, Deeg DJ, et al. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med*; **29(3)**:583-93.

- Dellesaga, C., & Fisher, K. (2001). Posthospital home care for frail older adults in rural locations. *Journal of Community Health Nursing*; **18**: 247-260.
- 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.
- Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen R, Salonen JT. (1997). Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*; **17**:1490-1495.
- Figueredo AJ, Vasquez G, Brumbach BH, Sefcek JA, Kirsner BR, Jacobs WJ. (2005). The K-factor: Individual differences in life history strategy. *Pers Individ Dif.*; **39**: 1349-1360.
- Frankenberg E., Chan A., Ofstedal M.B. (2002). Stability and Change in Living Arrangement in Indonesia, Singapore and Taiwan, 1993-99. *Population Studies*; **56(2)**:201-213
- Friedman HS., Tucker JS., Tomlinson-Keasey C., Schwartz JE., Wingard DL., Dcricui MH. (1993) Does childhood personality predict longevity? *J Pers Soc Psychol* **65**:176-785
- Gallo J.J., Lebowitz B.D. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatr Serv*; **50(9)**:1158 66
- 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.
- **Goland S. (2001). Assisted living: A potential solution to Canada’s long-term care crisis. Διαθέσιμο στο <http://www.geog.ufl.edu/faculty/golant/FinalCanadaReportExec.pdf>**
- Gomez GE., Gomez EA. (1993). Depression in the elderly. *J Physicosoc Nurs Ment Helath Serv* **31(5)**:28-33
- Gouva M., Konstanti, Z., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, E. & Koulouras V. (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F-COPES, *Interscientific health care*, (accepted).
- Gouva, M., Kaltsouda, A., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, S., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E. (2012). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS), *Interscientific health care*, (accepted).

- 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>
- Harmon, J., Reynolds,C. (2000). Removing the barriers to effective depression treatment in old age. *The Journal of the American Gerontological Society*; 48: 1012 1013.
- Hatch J., Gill-Body K.M., Portney L.G. (2003). Determinants of Balance Confidence in Community-Dwelling Elderly People. *Phys Ther*; 83:1072-1079
- He ZP. (2002) socioeconomic status and social support network of the rural elderly and their physical and mental health. *Chinese Social Science* 3:135-148
- Helgeson VS, Fritz HL. (1999). Cognitive adaptation as a predictor of new coronary events after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Psychosom Med*;61:488 95.
- 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.
- Holtsberg PA., Poon LW., Noble CA., Martin P (1995). Mini-Mental State Exam status of community-dwelling cognitively intact centenarians. *Int Psychogeriatrics* 73(3):417-427
- Hornquist J.O. (1990). Quality of life: concept and assessment. *Scand J Soc Med*; 1891:69-79
- Howell F (2001) *Social Assistance: Theoretical background. In: social Protection in Asia and the Pacific*. Asian Development Bank. Διαθέσιμο στο [http://www.adb.org/documents/books/social\\_protection/chapter\\_07.pdf](http://www.adb.org/documents/books/social_protection/chapter_07.pdf)
- 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.
- 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.

- Iyer V (2003). Old age protection in urban agglomeration of a developing economy: An integration analysis. *Aging and Human Development*; 1(3): 241-250.
- Karademas, E.C. (2010). Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. *J. Health Psychol.*; 15: 239-247.
- Kato K., Zweig R., Barzilai N., Atzmon G. (2012). Positive attitude towards life and emotional expression as personality phenotypes for centenarians. *Aging*; 4 (5): 359 367
- Katona, C., Livingston, G. (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *The Lancet*; 356: 91.
- Kennedy, G. (2001). Psychopharmacology of late-life depression. *Annals of Long Term Care*; 9(3): 35-40.
- 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
- Kim HF, Kunik ME, Molinari VA, et al. (2000). Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*;41(6):465–71.
- Kim H-N, Kim H-L. (2011). Trends and directions in personality genetic studies. *Genomics Inform*; 9: 45-51.
- 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.
- 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.
- Lee, J. K. (2002), Life Process and Latter Years of Middle-aged Women. *Family & Culture*; 14 (3).

- Lee, J.K. (2007). *Family Structure and Changing Social Values in Korea*. Διαθέσιμο στο <http://charls.ccer.edu.cn/bbs/UpFile/UpAttachment/2007-2/200729113939.pdf>
- Leplège A, Escosse E, Verdier A, Perneger TV. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol*; **51**:1013-23.
- 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.
- 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
- Litwin H, Shiovitz E. (2006). Association between activity and well-being in later life: What really matters? *Ageing and society*; **26**: 255-242.
- MacDonald AJD. (1997). ABC of mental health: Mental health in old age. *BMJ* **315**:413-417
- Martin P, da Rosa G, Siegler IC, Davey A, Macdonald M, 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
- Martin P., Poon LW., Kim E. Johnson MA (1996) Social and psychological resources of the oldest old. *Exper Aging Research* **22**:121-139
- 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.
- Matthews KA, Raikkonen K, Sutton-Tyrrell K, Kuller LH. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosom Med*; **66**:640-4.
- McElhaney, J. (2003). Depression in the elderly: Could you be missing the signs? *Consultant*; **43**: 566-573.
- Montano C.B. (1999). Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry*; **60 S 20**:45-51
- 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.

- Mullins LA., Dugan E. (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist* 30(3):377-384
- Nagarathnamma B. (2003) Mental health status of the retired employees. *Ind J Gerontology* 17(3&4):360-65
- Nair S., Nair Sh., Pinto C. (1991) Prevalence of psychiatric morbidity in a group of institutionalized elderly. *Ind J Psychiatry* 41(S):43
- Nalini B. (2000). Institutional care for the aged: Life twilight years. *Indian Journal of Community Guidance Service*; 6(1): 27-29.
- 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.
- Ory MC (1995) Aging, health and culture: the contribution of medical anthropology. *Med Anthropol Quarterly* 9:281-283
- Ory MG., Cox DM (1994) Forging ahead: Linking health and behavior to improve quality of life in older people. *Soc Indic Resear* 33:89-120
- 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 PB., Gaonkar V., Yadav VS (2000) Depression Among the Elderly and its Correlates. *Indian Psychol Rev* 54(1&2):88-93
- Peacock SC, Forbes DA. (2003) Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Can J Nurs Res*; 35(4):88-107.
- Penninx BW, Beekman AT, Honig A, et al. (2001). Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*.; 58:221-227.
- Piquart 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.
- Pitkala KH, Laakkonen ML, Strandberg TE, Tilvis RS. (2004). Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *J Clin Epidemiol.*; 57:409 414
- 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



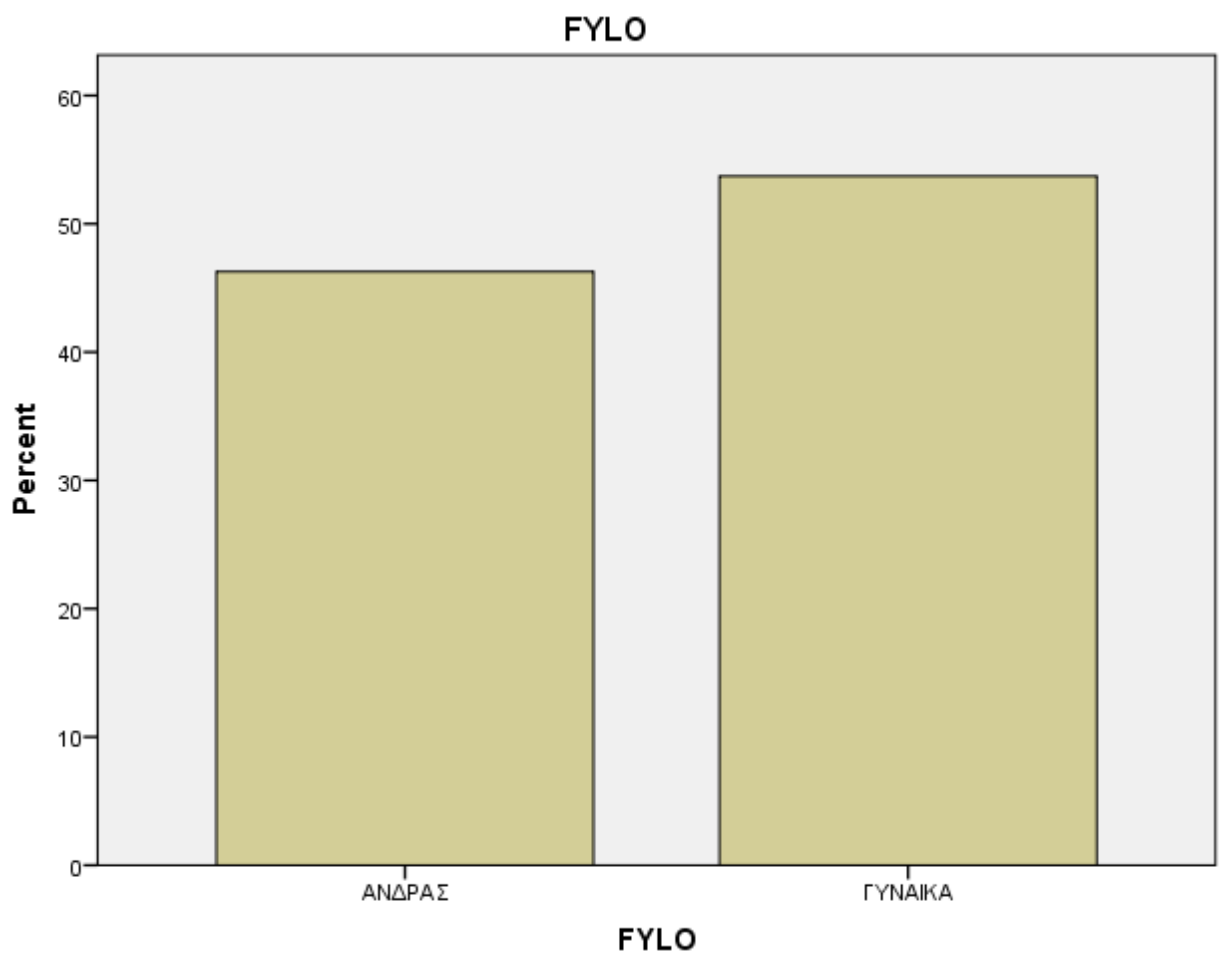
- Prudham D, Evans JG. (1981). Factors associated with falls in the elderly: a community study. *Age Ageing*; **10**:141-146.
- Rabins, P., Black, B., German, P., Roca, R., McGuire, M., Brant, L., et al. (1996). The prevalence of psychiatric disorder in elderly residents of public housing. *Journals of Gerontology, Series A- Biological Sciences & Medical Sciences*; **51**: M319-324.
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*; **24**: 571-584.
- 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.
- Rogers A., Delewski C. (2004) Elders with serious and persistent mental illness (SPMI). Assessing needs, resources, and service utilization. *J Gerontological Soc Work* **43(1)**:19-36
- Rose K. (2006). Elder Care: A Responsibility That Requires a Collaborative Effort. *World at Work Journal*; **2**: 60-69
- Sandquist K., Grenyer B.F.S., Caputi P. (2009). The relation of early environmental experience to shame and self-criticism: Psychological pathways to depression. Proceedings of the 44th APS Annual Conference, Darwin, 30 September 25th - 4 October, (pp. 161-166). Australia: Australian Psychological Society.
- 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.
- Seidl EMF, Zannon CMLC. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*; **20**:580-8.
- Selim AJ., Berlowitz D., Fincke G., et al. (2004) The health status of elderly veteran enrollees I the Veterans Health Administration. *J Am Geriatr Soc* **52**:1271-1276
- Smith J, Borchelt M, Jopp D (2000). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*; **58(4)**:733.

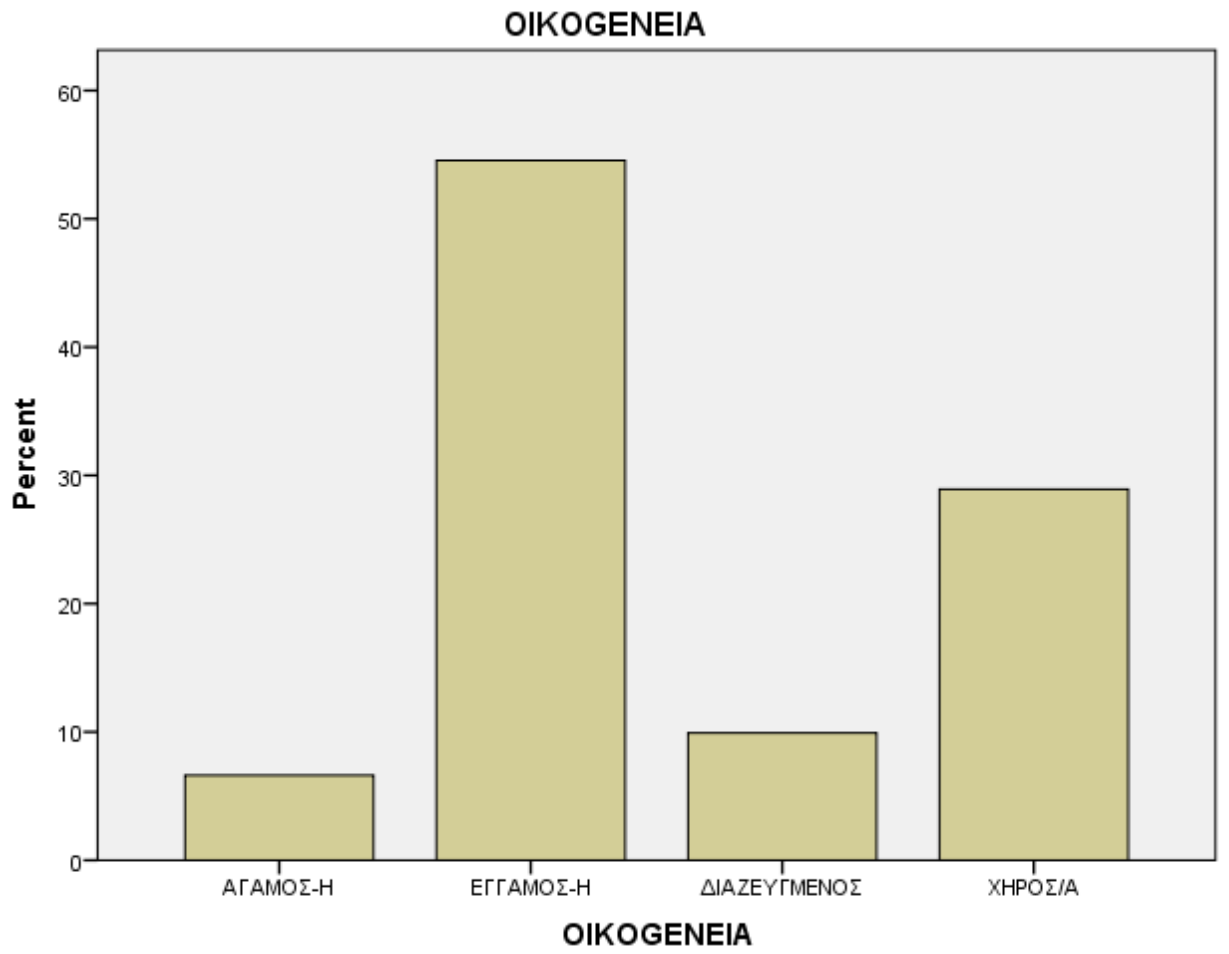
- Soeda, A., & Araki, C. (1999). Elder abuse by daughters-in-law in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect; 11: 47-58.*
- Sorescu E.M. (2011). The Abuse of the Elderly. Views of the Social Care Professionals Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work; 3:54-62*
- Stern SL, Dhanda R, Hazuda HP. (2001). Hopelessness predicts mortality in older Mexican and European Americans. *Psychosom Med.;63:344-351.*
- Sullivan MD. (1997) Maintaining good morale in old age. *West J Med 167(4):276-284*
- Terracciano A, Löckenhoff CE, Zonderman AB, Ferrucci L, Costa PT Jr. (2008). Personality predictors of longevity: Activity, emotional stability, and conscientiousness. *Psychosom Med.; 70: 621-627.*
- The World Health Organization (1995). Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med; 41:1403-9.*
- Thuen F., Reime MH., Skrautvoll K. (1997) The effect of widowhood on psychological wellbeing and social support in the oldest groups of the elderly. *J Metn Health 6(3):265-274*
- Tjihuis MA., De Jong-Gierveld J., Feskens EK., Kromhout D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age Ageing 28(5):491-495*
- Tolin DF, Robison JT, Gaztambide S, et al. (2005). Anxiety disorders in older Puerto Rican primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry;13(2):150-6.*
- 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*
- 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*
- Walker JE, Howland J. (1991). Falls and fear of falling among elderly persons living in the community: occupational therapy interventions. *Am J Occup Ther.;45:119-122.*
- 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*

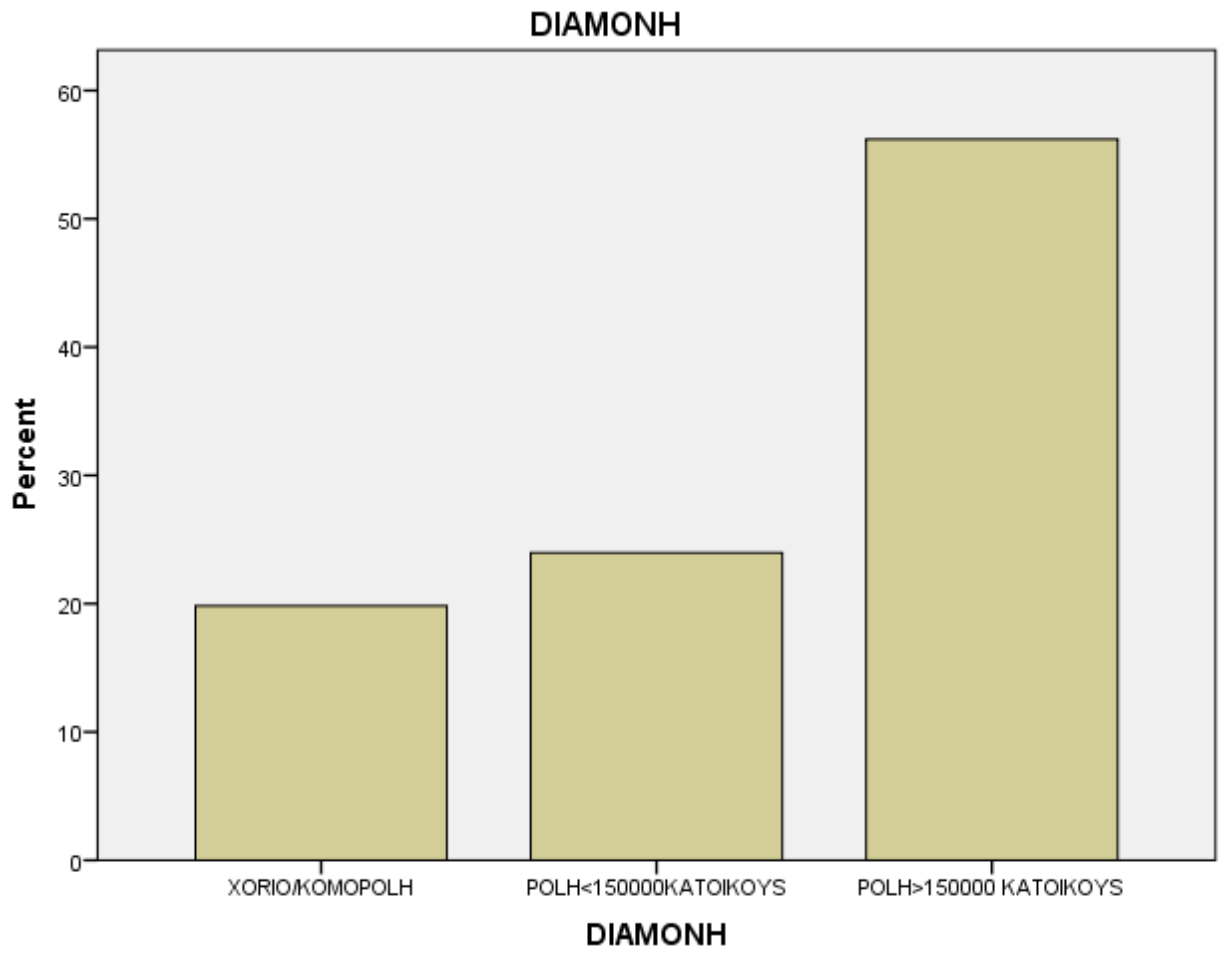
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*;38: 1583–1595.
  - WHO (2001) *World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>
  - 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. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11999/42401/42401.pdf>
  - Windley PG., Scheidt RJ. (1982). An ecological model of mental health among small-town rural elderly. *J Geronto* 37(2):235-242
  - 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.
  - Zeng L.Y., Chang C.O., Chen S.M. (2006). Choose the Elderly Living Arrangements – Discussion of Intergenerational Relations. *Journal of Housing Studies*; 15(2): 45-65
  - Zhou Y. (2000) Family members' age and family security. *Chin Popul Scie* (2):28-33
- 
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
  - 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.

- 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.

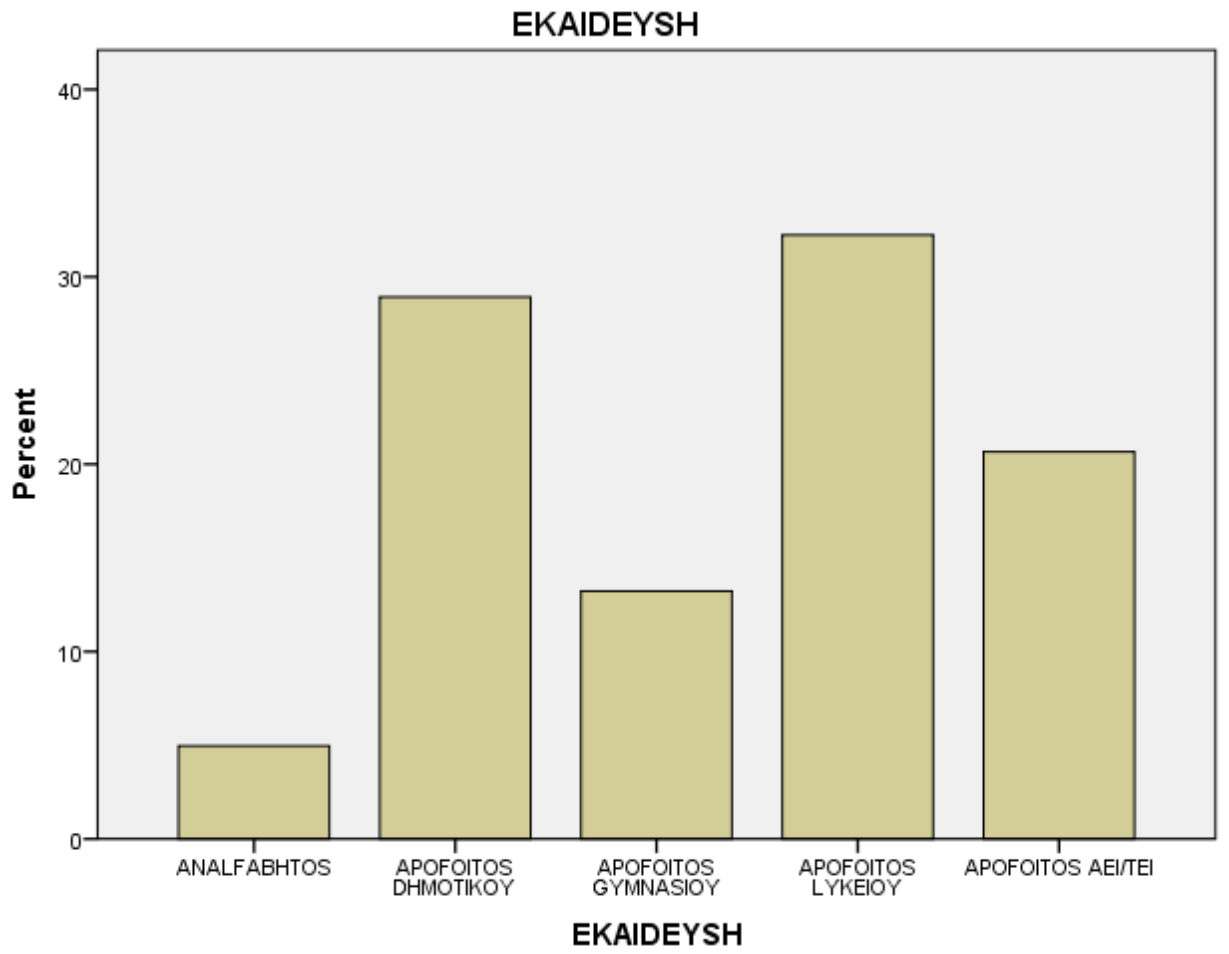
## **Παράρτημα: Γραφήματα Συχνοτήτων/Ιστογράμματα**

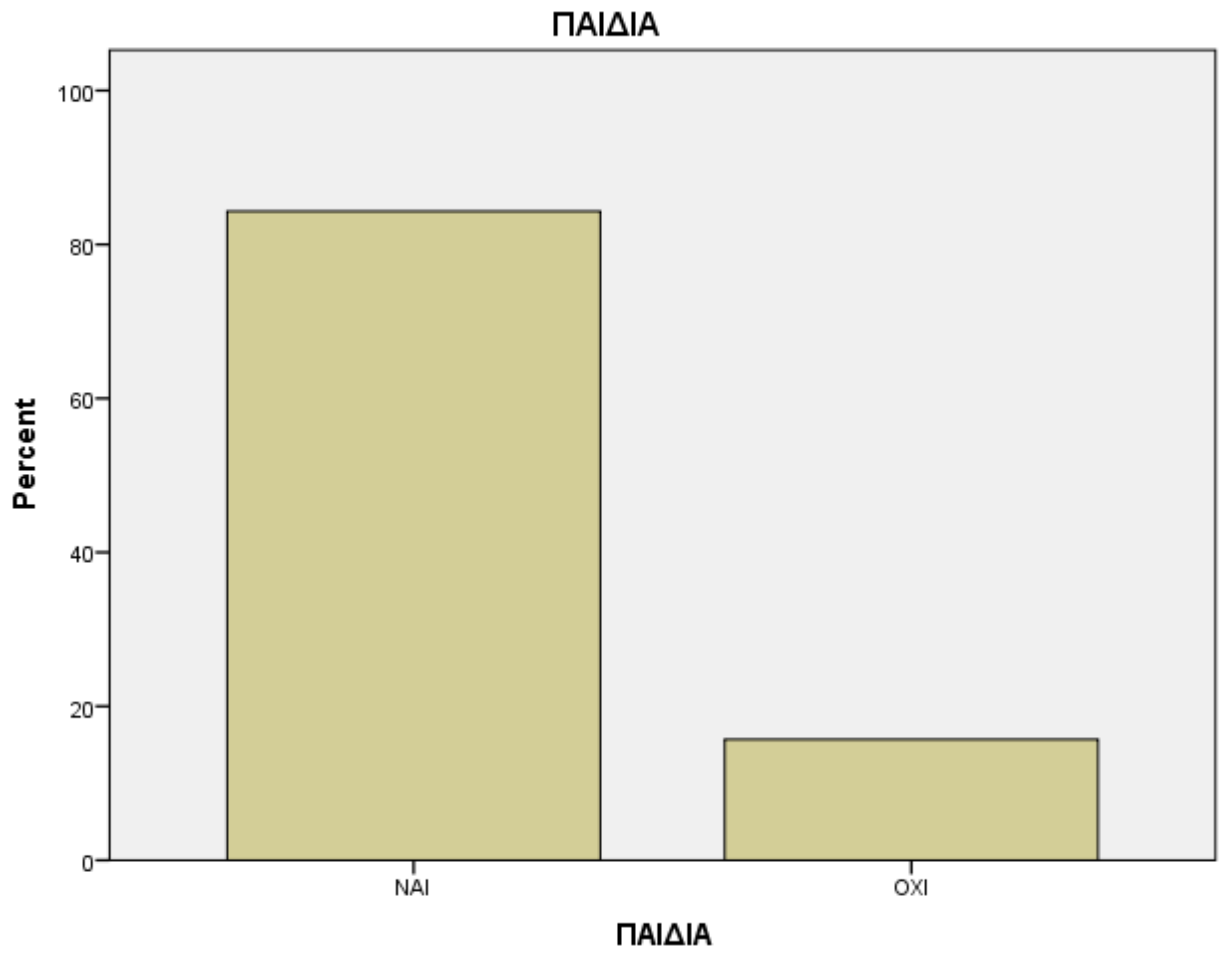


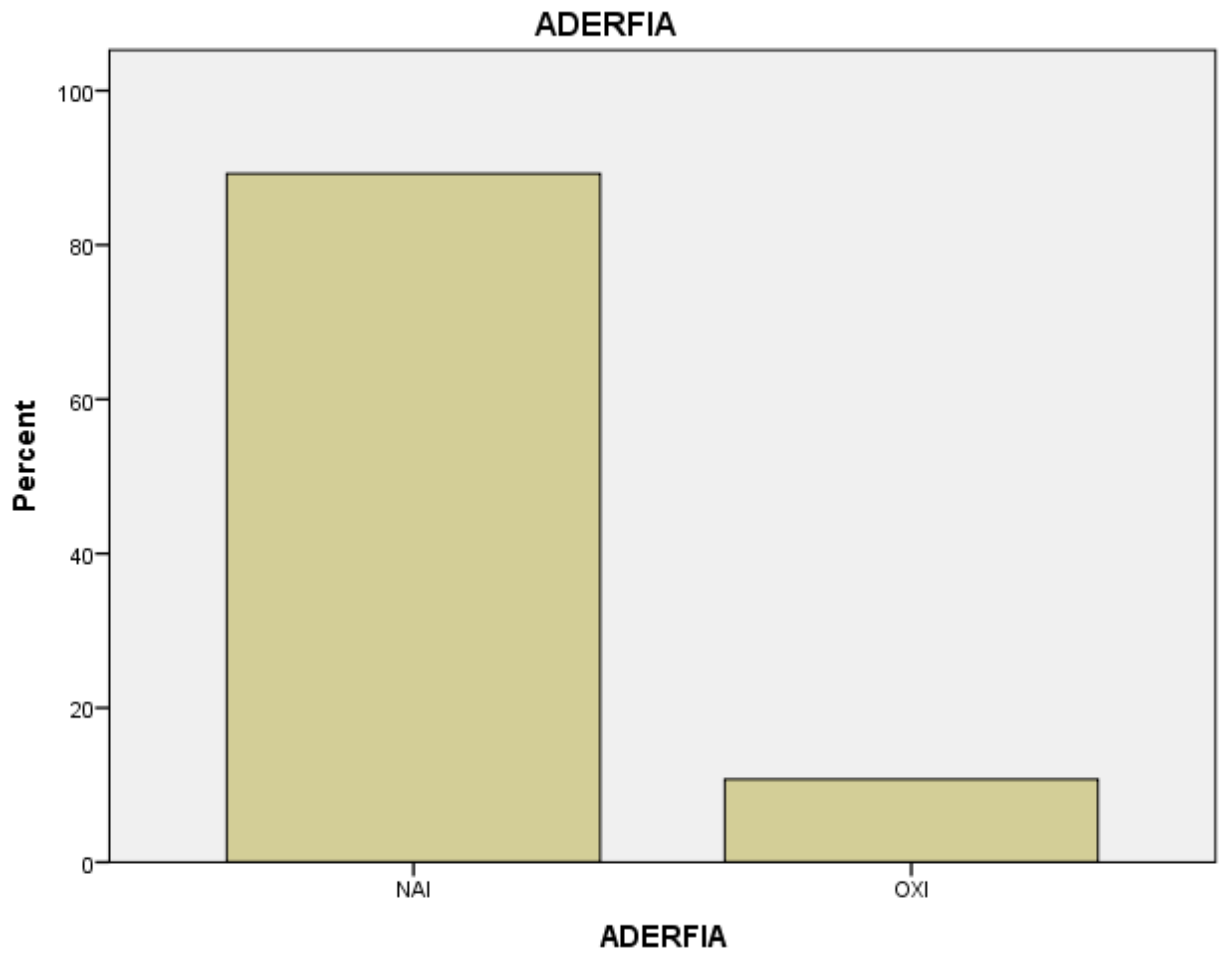


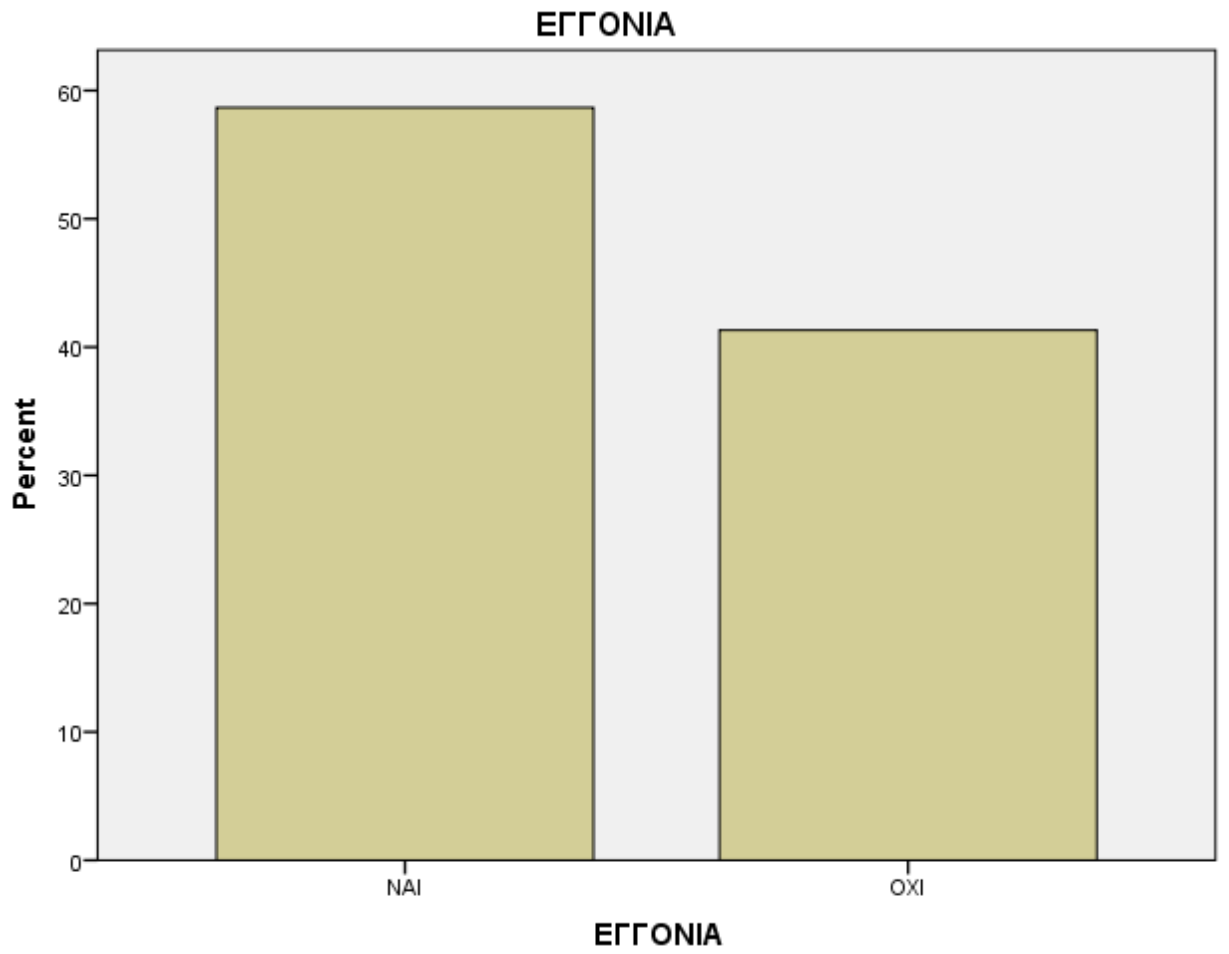


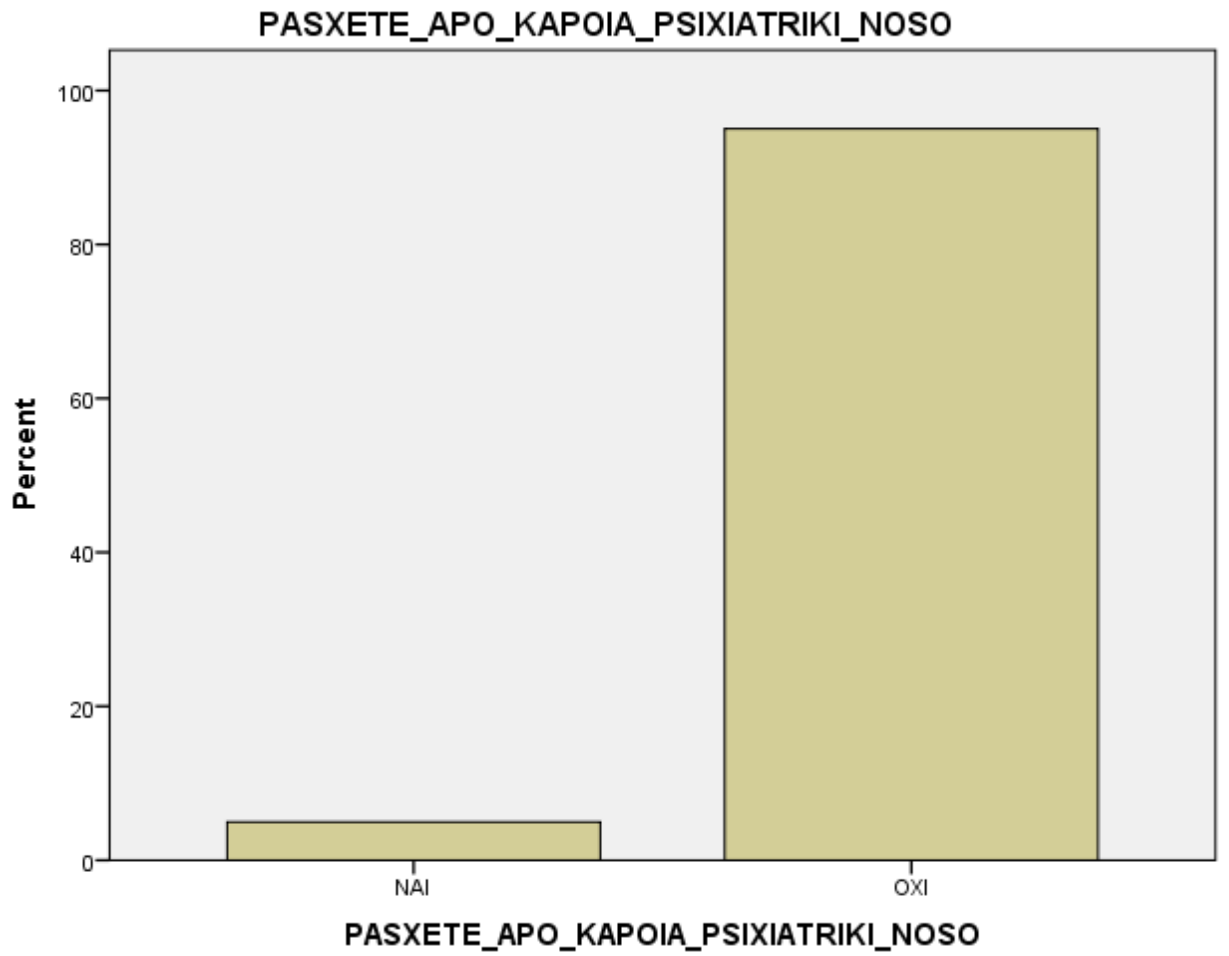


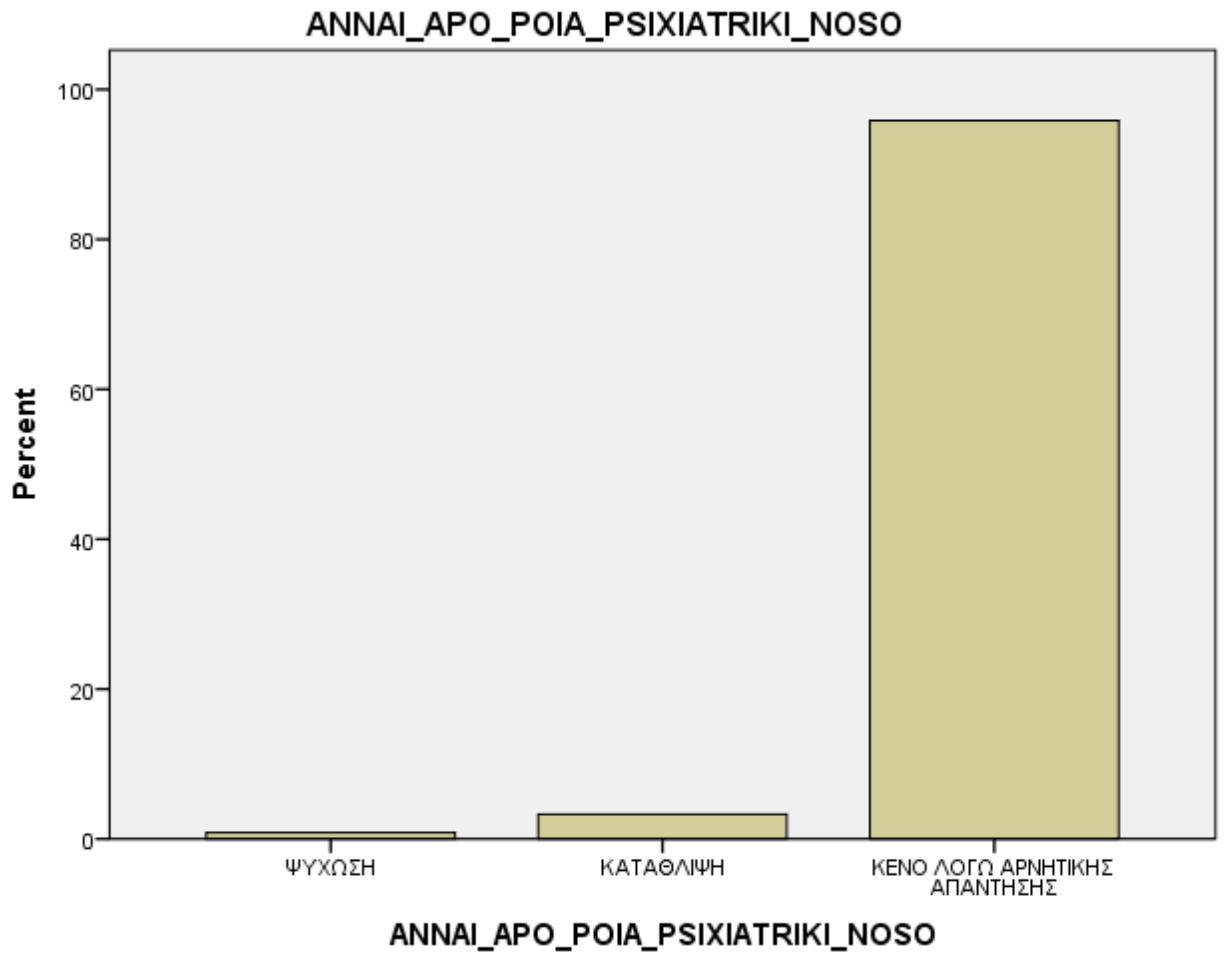


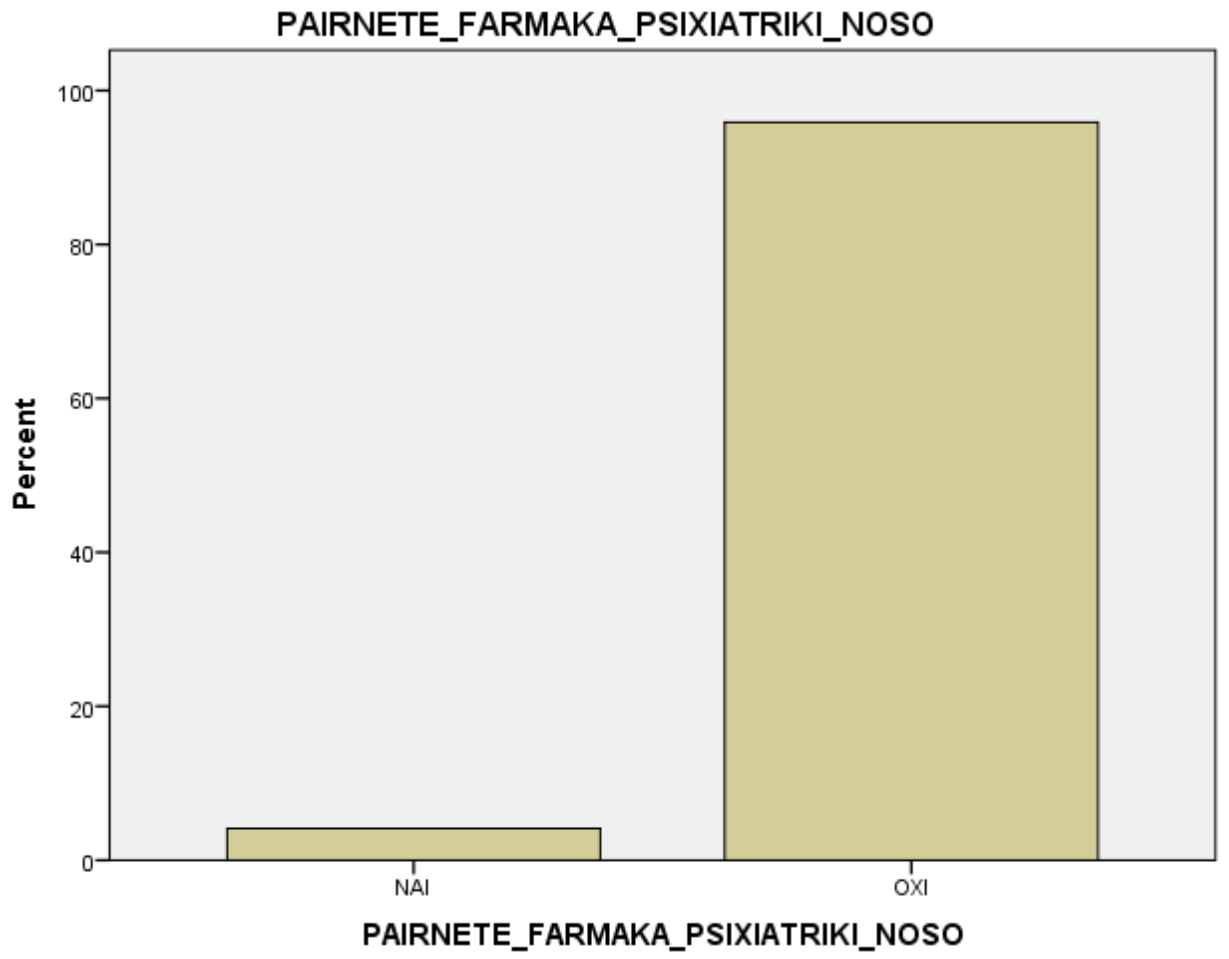


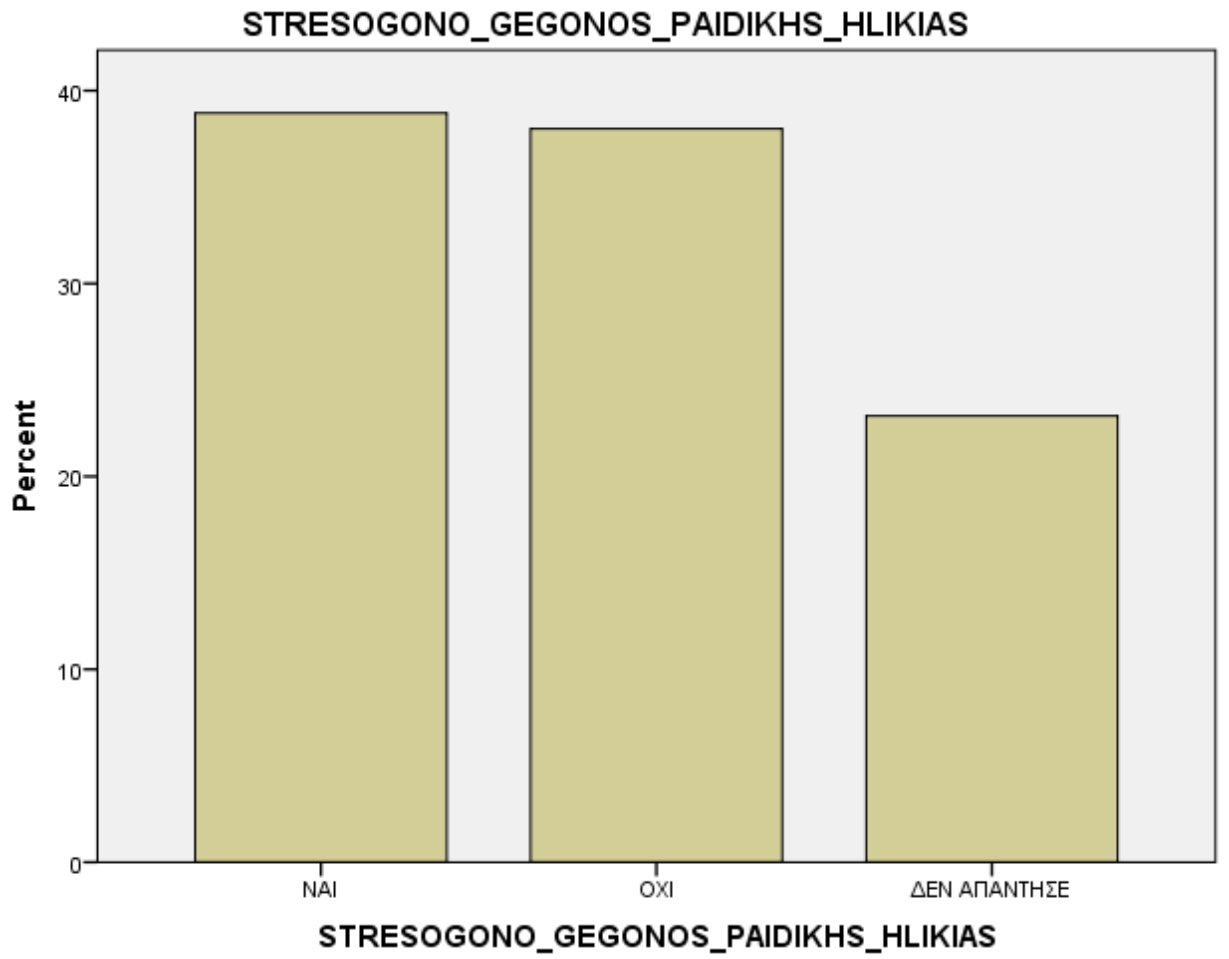




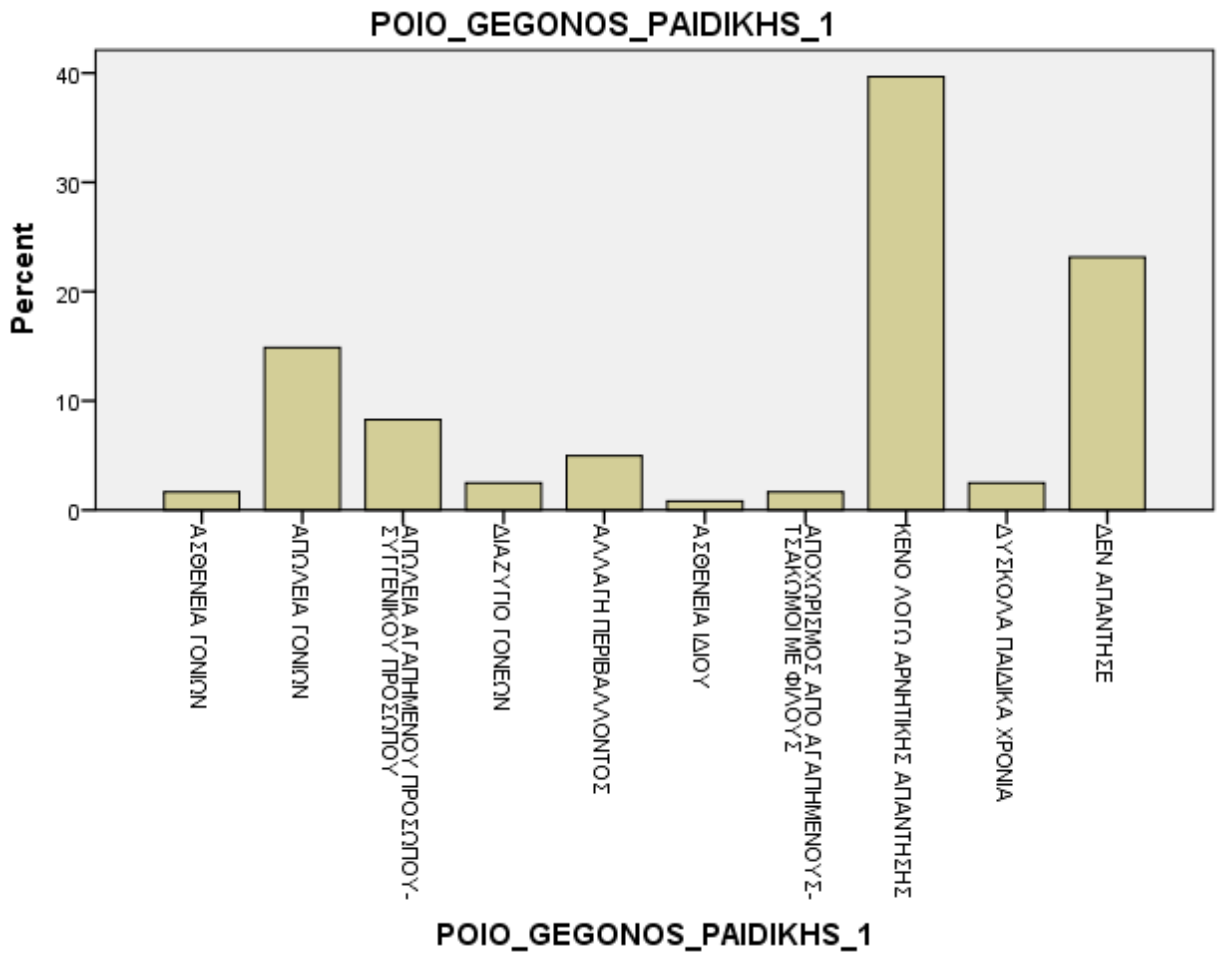


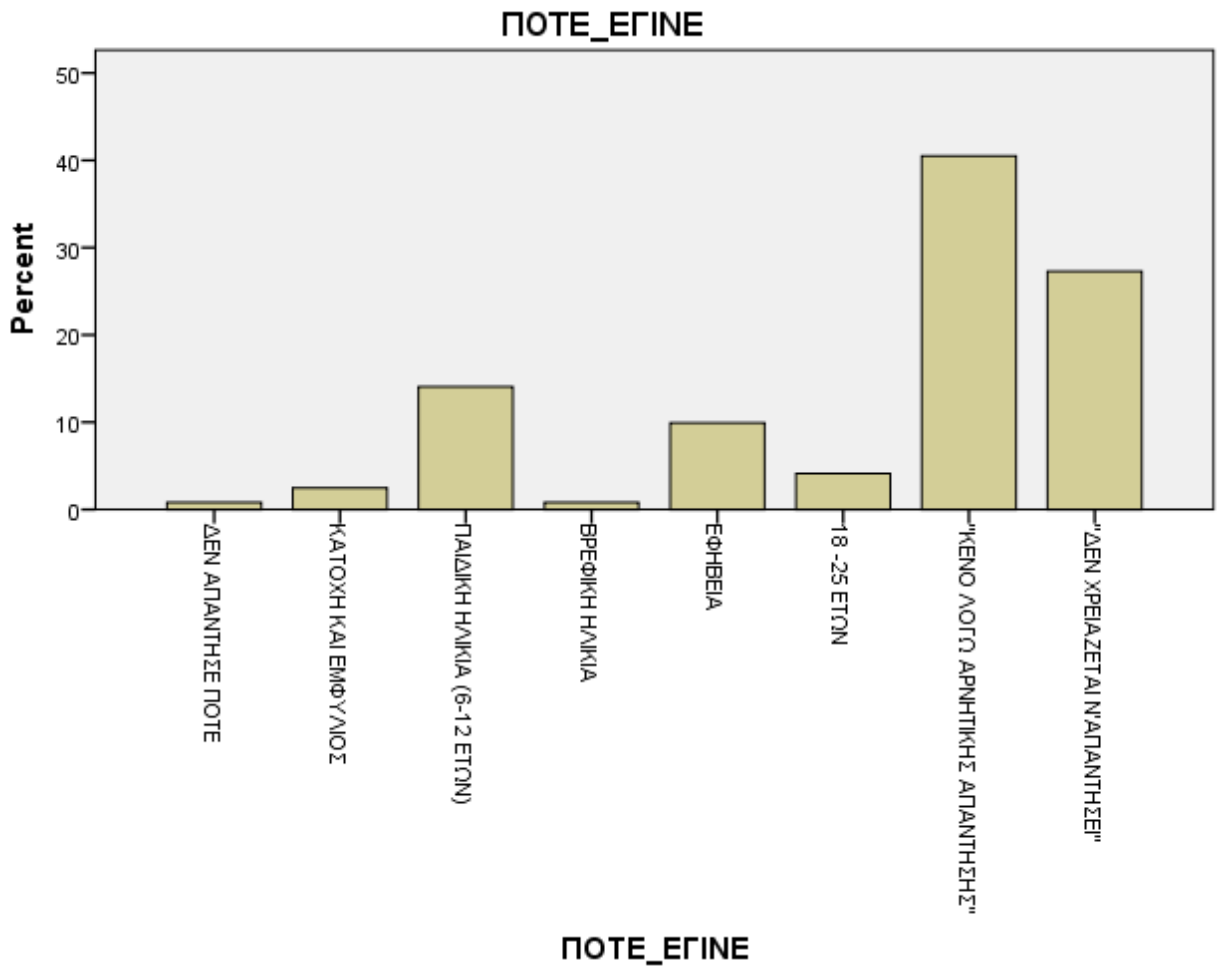


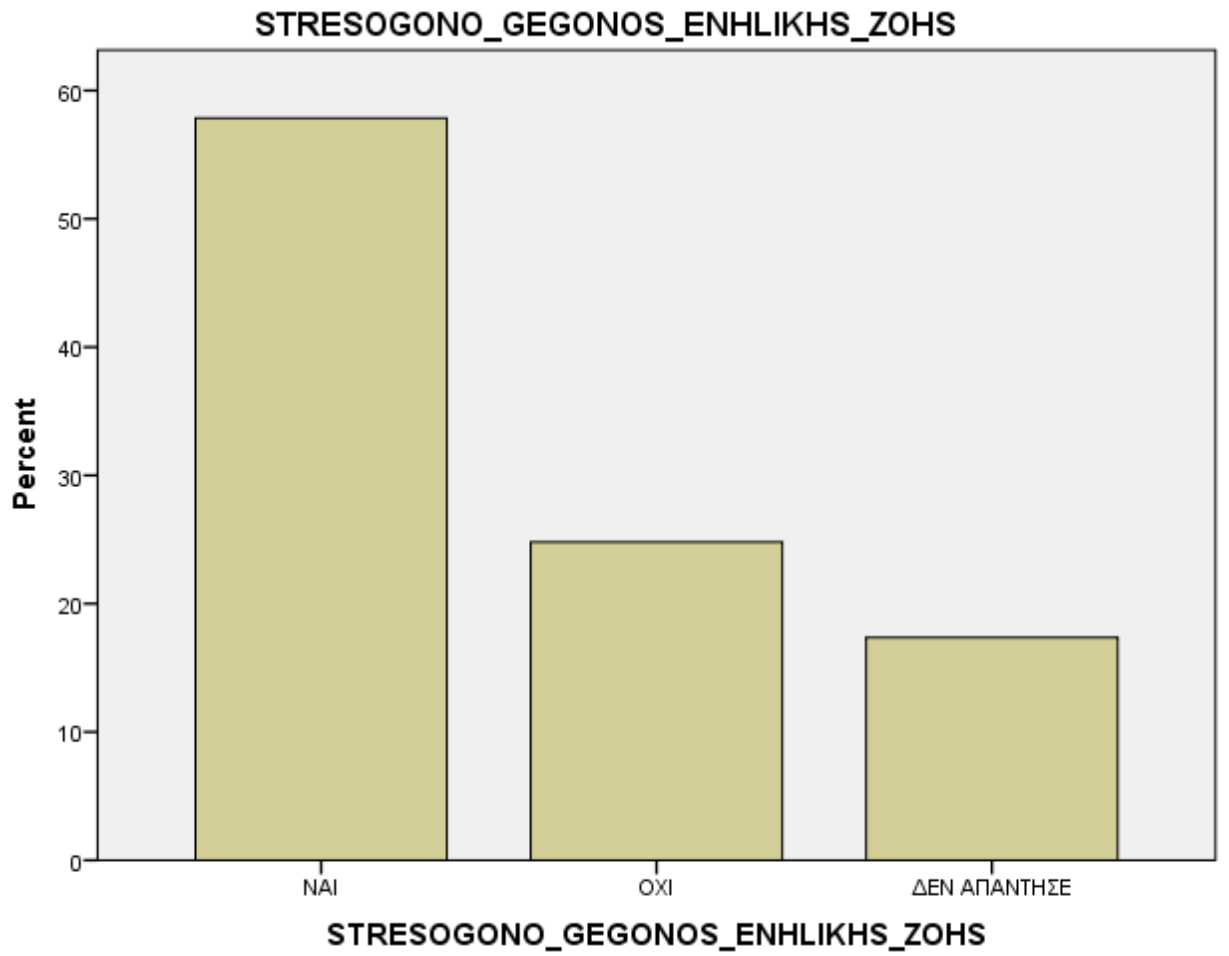












POIO\_GEGONOS\_ENHLIKHS\_1

