



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2010-2011

Διπλωματική Εργασία

Χρυσόστομος Παπαδόπουλος

Ποιότητα ζωής και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπερηλίκων και ο ρόλος τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ, Επίκουρος καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου

Αύγουστος 2011



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2010-2011

Διπλωματική Εργασία

Ποιότητα ζωής και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπερηλίκων και ο ρόλος τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τομέας Επιστημών Υγείας

Τριμελής Επιτροπή

1. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου
2. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λάρισας
3. Έλενα Δραγκιώτη, Ψυχολόγος Msc Αντιμετώπισης του πόνου

Αύγουστος 2011

Copyright © Χρυσόστομος Παπαδόπουλος, 2011

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.

Κατάλογος

Περιεχομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή	10
1.1 Η ασθένεια στην τρίτη ηλικία.....	11
1.2 Η προσαρμογή στην τρίτη ηλικία	11
1.3 Η συζυγική σχέση στην τρίτη ηλικία	12
1.4 Επιδράσεις της υγείας	13
1.5 Διαφορές μεταξύ των φύλων.....	14
1.6 Σακχαρώδης διαβήτης και αρθρίτιδα.....	14
Κεφάλαιο 2 Στόχοι και σκεπτικό της έρευνας	16
2.1 Ερευνητικές υποθέσεις.....	16
2.2 Υλικό και Μέθοδος.....	17
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία.....	17
2.3.1 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994).....	17
2.3.2 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994).....	18
2.3.3 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	19
2.3.4 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos.....	19
2.3.5 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000).....	20
2.3.6 Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36.....	21
2.3.7 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	22
2.4 Στατιστική επεξεργασία.....	22

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα	25
3.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων	25
3.2 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	25
3.2.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίου	25
3.3 Περιγραφή των ερωτώμενων	25

3.4 Προβλήματα που εμφανίστηκαν κατά τη διαδικασία.....	31
3.5 Κλίμακες που μελετήθηκαν	31
3.6 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS) και κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS).....	34
3.7 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)	38
3.8 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)	40
3.9 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES).....	41
3.10 Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36.....	43
3.11 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων	44
Κεφάλαιο 4 Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις	47
4.1 Παράγοντες που συσχετίζονται με τις τιμές των Κλιμάκων Εξωτερικής Ντροπής και του Βιώματος της Ντροπής.	47
4.2 Παράγοντες που συσχετίζονται με τις τιμές των υποκλιμάκων της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)	51
4.3 Παράγοντες που συσχετίζονται με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36.....	56
4.4 Παράγοντες που συσχετίζονται με το βαθμό αισιοδοξίας του υποκειμένου.	59
4.5 Συσχετίσεις ανά παράγοντα.....	61
4.5.1 Διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών	61
4.5.2 Διαφοροποιήσεις ανά οικογενειακή κατάσταση.....	62
4.5.3 Διαφοροποιήσεις που ορίζονται από τη σωματική / ψυχική υγεία του ερωτώμενου.	64
4.6 Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων με την ηλικία.....	66
4.7 Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων ανά μέρος συνάντησης.....	68
4.8 Εκτίμηση της αισιοδοξίας για το μέλλον από άλλους παράγοντες.	72
Κεφάλαιο 5 Συζήτηση.....	75
5.1 Συμπερασματικά	76
Περίληψη.....	78
Βιβλιογραφία.....	80
Παράρτημα	85

Ευχαριστίες

Στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, κα Γκούβα Μαίρη, οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες για την άριστη συνεργασία που είχαμε, κατά την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκειά της και τη γενικότερη συμβολή της στην ολοκλήρωσή της.

Θα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τον Διαμαντόπουλο Επαμεινώνδα, τις πολύτιμες συμβουλές, την υποστήριξη και τη βοήθειά του αλλά και όλους τους συναδέλφους μου για την αμέριστη βοήθειά τους στη διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την σύζυγό μου Πόπη και το γιό μου Όθωνα που με στήριξαν και με βοήθησαν κάθε φάση της δημιουργίας της .

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

Στις σύγχρονες κοινωνίες, η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και το γενικότερο ενδιαφέρον για μια καλύτερη ποιότητα ζωής για όλες τις ηλικιακές ομάδες είναι γεγονός. Οι πιθανότητες ίασης ενός προβλήματος υγείας αυξάνονται, το οξύ πρόβλημα υγείας γίνεται χρόνιο και οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν πλέον λόγω μιας χρόνιας αρρώστιας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα (Παπαδάτου, 1999). Ο καθένας από εμάς είναι πολύ πιθανό να γνωρίζει από κάποιο δικό του άτομο, μια ιστορία σχετικά με την απώλεια κάποιου φίλου ή συγγενή σε παλιότερα χρόνια, εξαιτίας μιας ασθένειας που στις μέρες μας θεραπεύεται ή έστω ελέγχεται. Εφόσον πλέον οι άνθρωποι έχουμε τη δυνατότητα να ζούμε περισσότερα χρόνια, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως ζούμε και δίχως καθόλου προβλήματα υγείας, είναι ξεκάθαρη η ανάγκη για τη μελέτη ζητημάτων που σχετίζονται με έναν καλό τρόπο ζωής υπό τις δεδομένες συνθήκες. Η διατήρηση ενός ενεργού ρόλου στο κοινωνικό σύνολο και από τα άτομα που έχουν προβλήματα υγείας και οι προσωπικές σχέσεις, είναι δύο από τα σημαντικά αυτά ζητήματα. Για να μπορούμε τα άτομα που πάσχουν από κάποια ασθένεια να κατέχουν ενεργό ρόλο στην κοινωνία, είναι απαραίτητο να ερευνώνται οι δυνατότητες και οι ανάγκες τους, και έτσι να μπορούμε να εκτιμούμε σωστότερα όσα μπορούν να προσφέρουν και να κατανοήσουμε τη θέση τους. Στην αντίθετη περίπτωση, ως κοινωνικός περίγυρος, γινόμαστε η αιτία για την επιπλέον ψυχολογική και γενικότερη επιβάρυνση αυτών των ατόμων στερώντας τους το δικαίωμα να ζήσουν όπως επιθυμούν.

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στην ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 60 ετών, τα οποία σταδιακά συνιστούν ένα μεγάλο τμήμα του γενικού πληθυσμού της χώρας μας. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας από το 1996, τα άτομα άνω των 65 ετών αναμένεται να αποτελέσουν το 20% του συνολικού πληθυσμού της χώρας κατά τις πέντε προσεχείς δεκαετίες, δηλαδή από το 2000-2050 (Χουσιάδας, 1999). Η ομάδα των ατόμων τρίτης ηλικίας, έχει να αντιμετωπίσει τη συνύπαρξη βιολογικών παθήσεων και ιδιαίτερων ψυχολογικών ζητημάτων. Από την πλευρά της νοσηρότητας στους ηλικιωμένους, επισημαίνεται ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από πολλά προβλήματα υγείας, χρειάζονται περισσότερο χρόνο νοσηλείας και παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές στις λειτουργικές τους δραστηριότητες (Δαρδαβέσης, 1988). Μερικά από τα πιο βασικά ψυχολογικά προβλήματα που αφορούν στα άτομα αυτά, είναι η απομόνωση και ο μαρασμός, καθώς και άλλα που προκύπτουν από τη νομική, οικονομική, ψυχολογική, ιατρική και ηθική κακομεταχείριση τους στη σύγχρονη κοινωνία (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1980). Η συνύπαρξη αυτών των δυσκολιών, ψυχολογικής και βιολογικής φύσης, που συναντάται στα άτομα της τρίτης ηλικίας, πιστοποιεί την πολυπλοκότητα των αναγκών τους και τη σημαντικότητα ερευνών γύρω από θέματα σχετικά με αυτή την ηλικιακή ομάδα και την ποιότητα της ζωής τους.

1.1 Η ασθένεια στην τρίτη ηλικία

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

1.2 Η προσαρμογή στην τρίτη ηλικία

Στη Συμβουλευτική Ψυχολογία, επισημαίνεται η αναγκαιότητα να θέτονται από και για τον/ την ασθενή στόχοι που είναι πραγματοποιήσιμοι καθώς, όπως αναφέρει και η Μαλικιώση – Λοϊζου (1999), «η επιτυχία γεννάει επιτυχία- η αποτυχία αποτυχία». Πέρα από το χώρο της Συμβουλευτικής, όπου ο προσδιορισμός των επιθυμητών στόχων είναι βασικότατο βήμα της συμβουλευτικής διαδικασίας, όλοι μας έχουμε την ανάγκη να βλέπουμε τους στόχους μας να πραγματοποιούνται. Αυτό είναι πιο εύκολο όταν κινούμαστε προς επιτεύξιμους στόχους, σύμφωνους με τις δυνατότητές μας. Αυτές οι δυνατότητες αλλάζουν με την πάροδο των χρόνων. Η σπουδαιότητα της θέσπισης σε κάθε φάση της ζωής μας των κατάλληλων στόχων φαίνεται από το εύρημα του Diener, (2000), πως το αίσθημα ευχαρίστησης του ατόμου σταθεροποιείται και όταν αυτό προσαρμόζει τους εκάστοτε στόχους του βάσει των αλλαγών στις συνθήκες της ζωής του. Στις μεγαλύτερες ηλικίες οι περιορισμοί είναι περισσότεροι για το άτομο. Η προσαρμογή έχει άμεση σχέση με τη θέσπιση κατάλληλων στόχων από το άτομο και συμβάλλει, όπως επισημαίνουν και οι Efklides, Kalaitzidou, & Chankin (2003), στην εκτίμηση του για την ποιότητα της ζωής του.

1.3 Η συζυγική σχέση στην τρίτη ηλικία

Ο γάμος έχει αναδειχθεί ως ευεργετικός από διάφορες πλευρές για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Renne, 1971. Williams, 1988. Gove, Hughes, & Style, 1983. Kessler & Essex, 1982). Η ικανοποίηση από τη ζωή και η ατομική αναφορά για την ευτυχία, έχει βρεθεί πως επηρεάζονται από τις στενές σχέσεις, τη φιλία, το γάμο και την πίστη του ατόμου (Myers, 2000). Η σχέση του γάμου με την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση από τη ζωή έχει πιστοποιηθεί και από τις Efklides, Kalaitzidou, & Chankin (2003) Αποτελεί μια σχέση ζωής, μια παρέα, ένα στήριγμα. Όταν υπάρχουν εγγόνια, παιδιά ή ο/ η σύζυγος στη ζωή ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας, το αίσθημα της κοινωνικής ενσωμάτωσής του διατηρείται ανεξάρτητα από τη συναισθηματική υποστήριξη που δίνεται ή λαμβάνεται από αυτό (Lang & Carstensen, 1994). Μέσα από αυτή την έρευνα φαίνεται πως τα άτομα στην τρίτη ηλικία, με ή χωρίς πυρηνική οικογένεια, συνεχίζουν να επενδύουν ουσιαστικά σε κοντινές συναισθηματικές σχέσεις και όχι μόνο για να έχουν οφέλη από αυτές. Αυτό αποδεικνύει πως η ανάγκη κάθε ατόμου για στενές και ουσιαστικές σχέσεις διατηρείται και στη μεγαλύτερη ηλικία και δεν αφορά μόνο τα νεότερα άτομα.

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

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

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

1.4 Επιδράσεις της υγείας

Αυτό που επισημαίνεται για τις περιπτώσεις όπου υπάρχει ασθένεια σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, είναι πως τα προβλήματα υγείας από μόνα τους δε συνοδεύονται απαραίτητα από συμπτώματα κατάθλιψης. Στην έρευνα των Efklides και συν. (2003), η συναισθηματική κατάσταση των ατόμων και η προσαρμογή τους στην τρίτη ηλικία, φάνηκε να σχετίζονται περισσότερο με την αντίληψή τους για την επίδραση των προβλημάτων υγείας στην καθημερινότητα και για τη σοβαρότητά τους, από ό, τι αυτός καθαυτός ο αριθμός των προβλημάτων. Όπως φαίνεται και μέσα από σχετική έρευνα των Zeiss, Lewinsohn, Rohde & Seeley (1996), η αρρώστια συσχετίζεται με την κατάθλιψη όταν συνοδεύεται από πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου, η οποία βέβαια έχει άμεση σχέση με τον αριθμό των προβλημάτων υγείας. Στην έρευνά τους υπήρχαν περιπτώσεις ασθενών που δεν ανέφεραν πτώση στο επίπεδο της λειτουργικότητάς τους, και αυτοί ήταν άτομα με μια διαγνώσιμη αρρώστια που μπορούσε να ελεγχθεί επαρκώς με κατάλληλη θεραπεία. Αυτά μπορούν γίνουν κατανοητά αν σκεφτούμε πως, αυτό που ενοχλεί σε κάποια ασθένεια, είναι κυρίως τα εμπόδια που θέτει και που έχουν να κάνουν με τον περιορισμό σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας, είτε λόγω του πόνου είτε λόγω της πτώσης της λειτουργικότητας που την ακολουθούν. Για παράδειγμα οι ασθενείς δεν μπορούν να κάνουν τόσο εύκολα τις δουλειές τους, να κινούνται και να μετακινούνται χωρίς εμπόδια όσο αυτοί που δεν έχουν προβλήματα υγείας.

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

1.5 Διαφορές μεταξύ των φύλων

Μια γενικότερη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στη μεγαλύτερη ηλικία είναι πως οι γυναίκες φαίνεται να είναι λιγότερο ευχαριστημένες και ικανοποιημένες από τη ζωή τους σε σχέση με τους άνδρες (Efklides και συν., 2003). Σε ένα ζευγάρι είναι πιθανό να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις και οι ανάγκες του ενός σε μεγάλο βαθμό, αλλά να μην ισχύει το ίδιο και για τον άλλον. Ο ένας, λοιπόν, μπορεί να είναι ικανοποιημένος από τη σχέση με το/ τη σύζυγό του/ της και ο άλλος όχι. Επίσης μπορεί το ένα μέλος να επενδύει πολλά πάνω στη συζυγική σχέση, αλλά το άλλο να επικεντρώνεται σε άλλου είδους σχέσεις και δραστηριότητες. Αυτές οι υποθετικές διαφορές δεν έχουν να κάνουν απαραίτητα με το φύλο. Σε έρευνες έχουν βρεθεί γενικά διαφορετικές επιδράσεις στους άνδρες και στις γυναίκες από τη συζυγική σχέση. Οι άνδρες φαίνεται να κερδίζουν περισσότερο από το γάμο σε σχέση με τις γυναίκες (Aneshensel, Frerichs, & Clark, 1981. Gove και συν., 1983). Όταν ο γάμος είναι δυστυχισμένος, έχει βρεθεί πως οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες (Gove et al., 1983. Williams, 1988).

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

1.6 Σακχαρώδης διαβήτης και αρθρίτιδα

Οι παθήσεις που εμφανίζονται στη δεύτερη κατά σειρά θέση συχνότητας στην τρίτη ηλικία είναι, μεταξύ άλλων, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι διάφορες εκφυλιστικές αρθροπάθειες (Cape & Henscheke, 1980. Cefalu & Wagner, 1997. Kohrt & Holloszy, 1995). Σύμφωνα με το Λεξικό Ιατρικών όρων (1998), ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αύξηση της γλυκόζης στο αίμα λόγω έλλειψης παραγωγής ή/ και δράσης της ινσουλίνης. Είναι βασικά δύο τύπων, ο ινσουλινοεξαρτώμενος (Τύπος I)- που απαιτεί ινσουλίνη ως θεραπεία- και ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος (Τύπος II)- που θεραπεύεται με δίαιτα, υπογλυκαιμικά φάρμακα και/ ή ινσουλίνη. Ο διαβήτης τύπου I συνήθως ξεκινά στην παιδική ηλικία, αλλά μπορεί να συμβεί και σε κάθε ηλικία. Ο διαβήτης τύπου II συμβαίνει μετά τα 40 με ύπουλη έναρξη. Παραδείγματα πιθανών επιπλοκών είναι η νεφροπάθεια και αυξημένοι κίνδυνοι για καρδιακές, περιφερειακές αγγειακές και αγγειοεγκεφαλικές παθήσεις. Ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει την καθημερινότητα του πάσχοντος με την απαιτούμενη παρακολούθησή από το άτομο και την κατάλληλη διατροφή.

Σύμφωνα με το ίδιο λεξικό, η αρθρίτιδα αναφέρεται σε κάθε κατάσταση των αρθρώσεων των μελών ή της σπονδυλικής στήλης που συνοδεύεται από φλεγμονή ή δομική αλλαγή. Οι δύο κύριες κατηγορίες της είναι η

οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα διαχωρίζεται από άλλες φλεγμονώδεις αρθρίτιδες από τη συμμετρική βλάβη ενός μεγάλου αριθμού περιφερικών αρθρώσεων. Είναι συχνότερη στις ανεπτυγμένες κοινωνίες και σε αγροτικούς πληθυσμούς που μετακινούνται σε αστικές περιοχές ή σε ένα αστικό τρόπο ζωής. Η αναλογία γυναικών/ανδρών είναι 4/1. Η θεραπεία περιλαμβάνει σωματικά, φαρμακευτικά και χειρουργικά μέτρα, καθώς και ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, όλα προσαρμοσμένα στις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια πάθηση όπου συμβαίνει αλλαγή στη δομή του χόνδρου και του οστού μιας άρθρωσης. Το κύριο πρόβλημα υπάρχει όταν η πάθηση εντοπίζεται στο ισχίο και στα γόνατα. Στα πλαίσια της θεραπείας της, είναι σημαντική η διατήρηση της δραστηριότητας με σωματική και κοινωνική υποστήριξη. Επίσης χορηγούνται αναλγητικά για το νυχτερινό πόνο. Την καλύτερη θεραπεία συνιστά η αντικατάσταση της άρθρωσης. Οι διάφορες αρθρίτιδες έχουν έντονο το στοιχείο του πόνου.

Κεφάλαιο 2 Στόχοι και σκεπτικό της έρευνας

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των υπερηλίκων. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, άγχος για την καρδιακή λειτουργία, οικογενειακές σχέσεις και αισιοδοξία) των υπερηλίκων ατόμων με την ποιότητα ζωής τους αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Σύγκριση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών 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.

2.1 Ερευνητικές υποθέσεις

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

1. Η ντροπή και η ποιότητα ζωής συνδέονται 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 και την ντροπή (Gilbert, 1998; Pinel, 1999; Kurzban & Leary, 2001; Cohen, 2003; Gilbert, 2003; Heller, 2003; Shweder, 2003). Ως προς την εσωτερική και εξωτερική ντροπή, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού, καθώς αφενός η εξωτερική και η εσωτερική ντροπή σχετίζονται (Goss et al, 1994), και αφετέρου το «βλέμμα του άλλου» εσωτερικοποιείται (Heller, 2003), δημιουργώντας μια μόνιμη αίσθηση κατωτερότητας (Tangney & Dearing, 2002) και το φόβο ότι το άτομο δεν είναι επιθυμητό (Gilbert, 1998).
2. Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με τις οικογενειακές σχέσεις, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής 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 την οικογενειακές σχέσεις, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ανεξαρτησίας στο οικογενειακό περιβάλλον και χαμηλότερα σε σχέση με το δείγμα Ελληνικού πληθυσμού.

2.2 Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2011 έως τον Σεπτέμβριο του 2011.

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:

1. Τα άτομα να είναι υπερήλικα (άνω των 65 ετών).
2. Μορφωτικό επίπεδο τέτοιου επιπέδου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα παίρνει ο μεταπτυχιακός φοιτητής – ερευνητής με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1 Τεστ 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 (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994),. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να

καλύπτουν 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).

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

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

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

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

2.3.3 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).

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

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

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

Σχέσεις (Relationship Dimensions)

- ⤴ Συνοχή (Cohesion)
- ⤴ Εκφραστικότητα (Expressiveness)
- ⤴ Σύγκρουση (Conflict)

Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)

- ⤴ Ανεξαρτησία (Independence)
- ⤴ Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
- ⤴ Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
- ⤴ Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
- ⤴ Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)

Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)

- ⤴ Οργάνωση (Organization)
- ⤴ Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα.

2.3.5 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 έκδοση 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 υποκλίμακων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Ο δείκτης Cronbach's alpha του CAQ, για την ελληνική πραγματικότητα στο δείγμα μας είναι 0,825.

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

Το SF- 36 (Ware και συν.1992) είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και περιλαμβάνει οχτώ διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα (PF), σωματικός ρόλος (RP), σωματικός πόνος (BP), γενική υγεία (GH), ζωτικότητα (VT), κοινωνικός ρόλος (SF), συναισθηματικός ρόλος (RE), ψυχική υγεία (MH). Κάθε μία από τις παραπάνω διαστάσεις βαθμολογείται σε μία κλίμακα από το 0 έως το 100 και όλες μαζί μπορούν να συνοψισθούν σε δύο συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό.

2.3.7 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).

2.4 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 χ^2 Συγκεκριμένα, θα χρησιμοποιηθούν (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- ▲ το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- ▲ το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- ▲ το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)

Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων 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% ($p < 0,05$).

Σε όποιους πίνακες αναφέρονται στατιστικές σημαντικότητες, αυτές έχουν γραφεί με έντονους χαρακτήρες σε κόκκινο φόντο για να είναι εύκολη η αναγνώρισή τους από τον αναγνώστη.

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).

Τα δεδομένα μας κωδικοποιήθηκαν κατάλληλα και καταχωρήθηκαν στο SPSS 15.0 με το οποίο πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση. Ο υπολογισμός των κλιμάκων των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν έγινε με εφαρμογή κατάλληλων εντολών του Syntax Editor του SPSS 15.0 ώστε να εξαλειφθεί το ενδεχόμενο ανθρωπίνου λάθους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα

3.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Το δείγμα μας αποτελείται από 78 ανθρώπους άνω των 65 ετών. Ο ερευνητής προσέγγιζε τους υποψήφιους και τους ενημέρωνε για τους στόχους της έρευνας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιούνταν παρουσία του ερευνητή ο οποίο διευκρίνιζε όπου ήταν απαραίτητο οποιαδήποτε ασάφεια της διαδικασίας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 10 – 15 λεπτά.

3.2 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.2.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

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

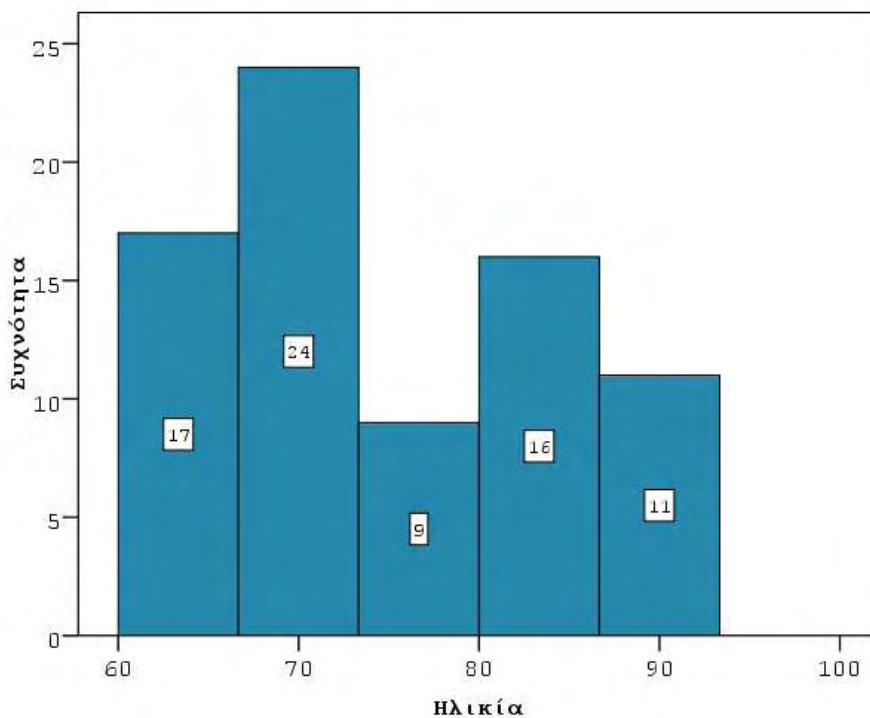
Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
OAS	0,918
LOTR	0,636
FES - R	0,667
SF - 36	0,916
ESS - 25	0,923

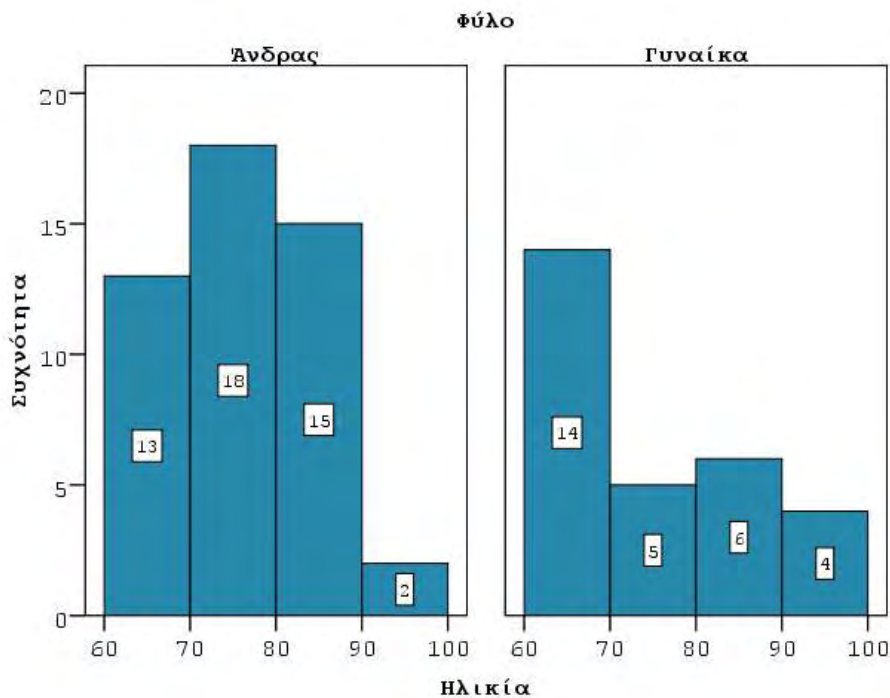
Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, γεγονός που συμφωνεί και με προηγούμενες μελέτες. Ιδιαίτερα, οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS, SF - 36 και ESS - 25 θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994 & Andrews et al., 2002).

3.3 Περιγραφή των ερωτώμενων

Από τους 78 ερωτώμενους, οι 49 είναι άνδρες (62,8%) με μέση ηλικία τα 74 έτη και 5 μήνες και οι 29 γυναίκες (37,2%) με μέση ηλικία 74 έτη και 4 μήνες. Η κατανομή των ηλικιών παρουσιάζεται στο επόμενο διάγραμμα 1 ενώ στο διάγραμμα παρουσιάζεται η κατανομή των ηλικιών ανά φύλο.



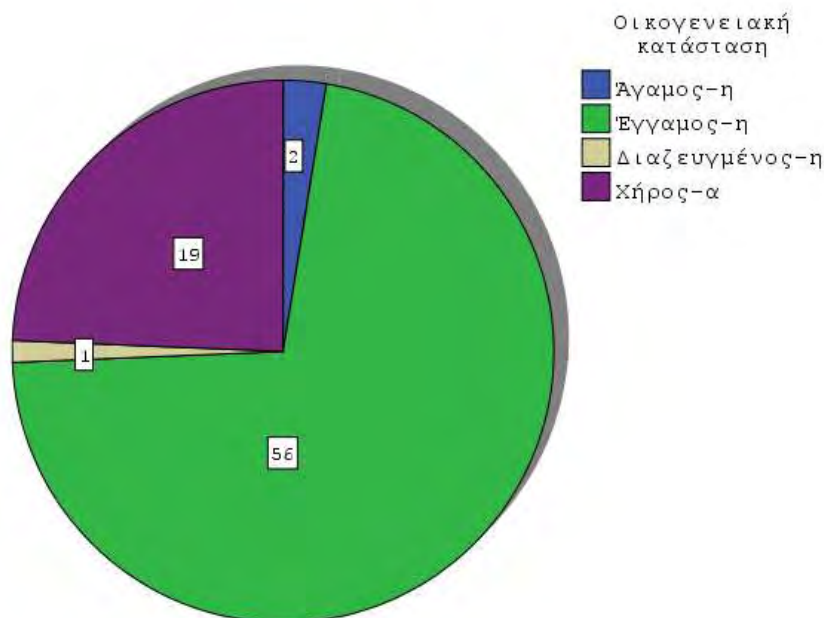
Διάγραμμα 1: Κατανομή ηλικιών



Διάγραμμα 2: Κατανομή ηλικιών ανά φύλο

Οι 56 από τους ερωτώμενους είναι έγγαμοι (71,8%) ενώ 19 δήλωσαν χήροι (24,4%), δύο άγαμοι ενώ μία

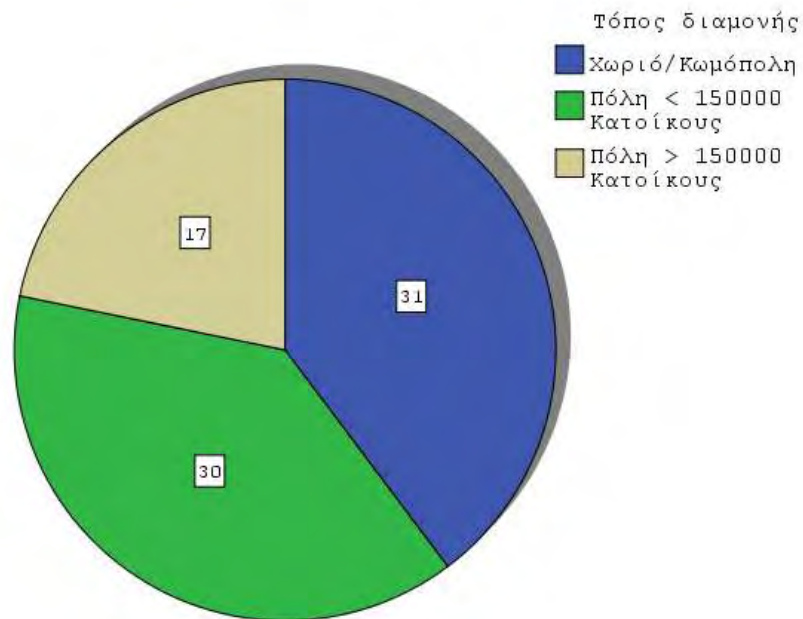
από τις ερωτώμενες δήλωσε διαζευγμένη. Η κατανομή των ερωτώμενων ανά οικογενειακή κατάσταση παρουσιάζονται στο διάγραμμα 3.



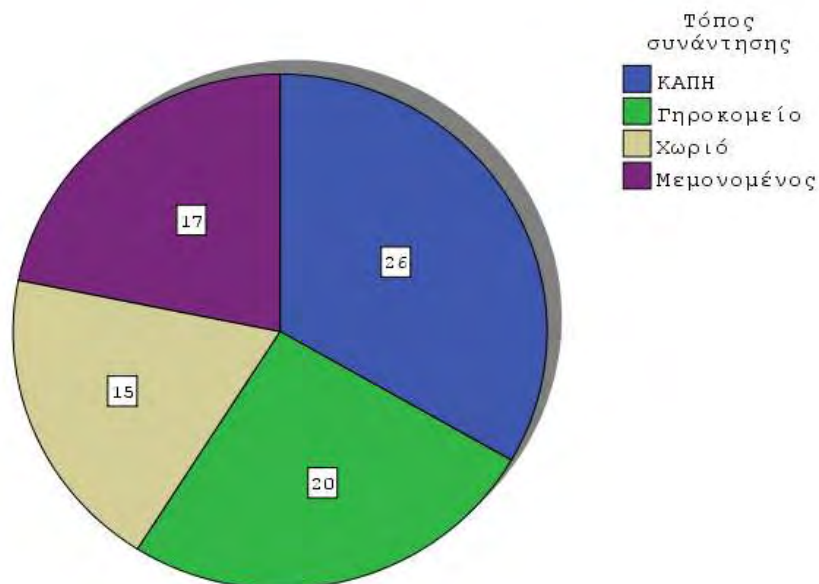
Διάγραμμα 3: Κατανομή των ερωτώμενων ανα οικογενειακή κατάσταση

Οι 31 διαμένουν σε χωριό ή κωμόπολη (39,7%), ενώ οι 30 σε μικρή πόλη (38,5%) και οι υπόλοιποι 17 (21,8%) σε μεγάλη πόλη (Διάγραμμα 4).

Επιπλέον, βάσει του σημείου στο οποίο πραγματοποιήθηκε η συνάντηση και η καταγραφή των αποκρίσεων οι ερωτώμενοι είναι μέλη ΚΑΠΗ σε ποσοστό 33,3% (26 αποκρίσεις), ζουν σε γηροκομείο σε ποσοστό 25,6% (25,6 αποκρίσεις), ζουν σε χωριό σε ποσοστό 19,2% (15 αποκρίσεις) ενώ 17 είναι μεμονομένοι (21,8%) (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 4: Κατανομή των ερωτώμενων ανά τόπο διαμονής



Διάγραμμα 5: Κατανομή των ερωτώμενων ανά τόπο συνάντησης

Οι 36 από τους ερωτώμενους είναι απόφοιτοι δημοτικού, ενώ οι 23 δήλωσαν αναλφάβητοι. Δέκα δήλωσαν

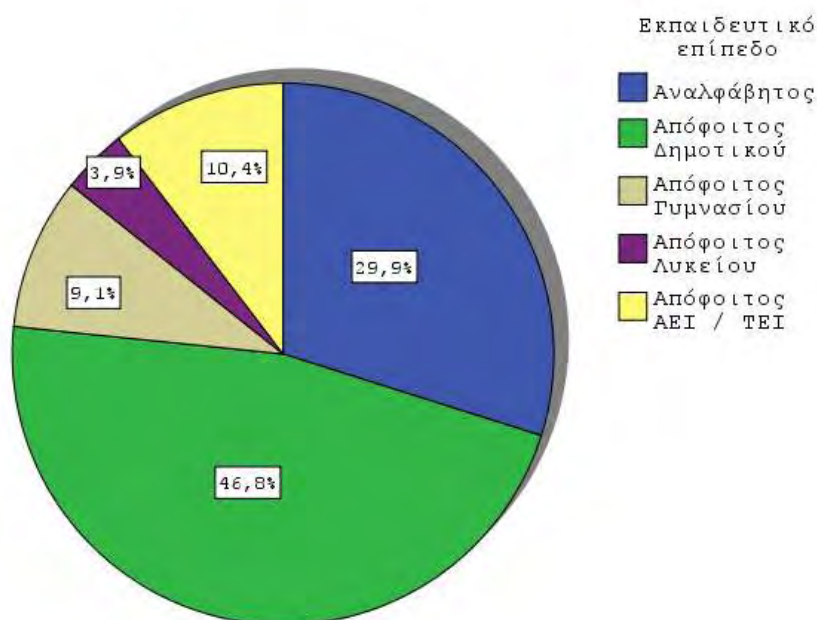
απόφοιτοι Γυμνασίου / Λυκείου και 8 απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ (Διάγραμμα 6, σελίδα 29).

Οι 74 από τους ερωτώμενους (94,9%) δήλωσαν πως έχουν παιδιά, ενώ το ίδιο πλήθος δήλωσε πως έχει και αδέρφια χωρίς όμως να πρόκειται για τους ίδιους ερωτώμενους. 65 δήλωσαν πως έχουν εγγόνια (83,3%) και 63 πως έχουν τουλάχιστον μία κόρη (80,8%) η οποία ζει κοντά τους στις 52 από τις περιπτώσεις (Πίνακας 3.2).

Πίνακας 2: Οικογενειακή κατάσταση

	Ναι	Όχι
Παιδιά	74 (94,9%)	4 (5,1%)
Αδέρφια	74 (94,9%)	4 (5,1%)
Εγγόνια	65 (83,3%)	13 (16,7%)
Κόρη	63 (80,8%)	15 (19,2%)
Ζει κοντά σας;	52 (82,5%)(*)	26 (17,5%)(*)

(*) έπι όσων έχουν κόρη



Διάγραμμα 6: Κατανομή εκπαιδευτικού επιπέδου

35 από τους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια. Οι 9 δήλωσαν πως η ασθένεια αφορά το μυοσκελετικό σύστημα ενώ 8 δήλωσαν πως πάσχουν από καρδιοπάθεια. 5 πάσχουν από διαβήτη και 3

από νευρολογικά προβλήματα. 2 πάσχουν από καρκίνο, επίσης 2 από υπέρταση ενώ ένας πάσχει από κατάθλιψη και ακόμα ένας από άσθμα. Οι 19 από τους 35 (54,3%) λαμβάνουν φάρμακα για τη σωματική νόσο από την οποία πάσχουν.

Δύο από τους ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο την οποία όμως δεν ανέφεραν. Ένας από τους δύο δήλωσε επιπλέον, πως λαμβάνει φάρμακα για τη νόσο αυτή.

Αν και στην ερώτηση σχετικά με τη χρόνια σωματική νόσο μόλις 8 από τους ερωτώμενους αποκριθήκαν πως πάσχουν από την καρδιά τους, στην επόμενη ερώτηση “Πάσχετε από την καρδιά σας;”, 30 από τους ερωτώμενους (38,5%) αποκριθήκαν θετικά. Επιπλέον, 41 από τους ερωτώμενους (52,6%) δήλωσαν πως πάσχουν από υπέρταση ενώ 14 από τους ερωτώμενους (17,9%) δήλωσαν πως πάσχουν από διαβήτη.(Πίνακας 3.3, σελίδα 30).

Πίνακας 3: Ιατρικό ιστορικό

	Ναι	Όχι
Χρόνια σωματική νόσο	35 (44,9%)	43 (55,1%)
Ψυχιατρική νόσο	2 (2,6%)	76 (97,4%)
Λήψη φαρμάκων	19 (24,4%)	59 (75,7%)
Λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων	1 (1,3%)	77 (98,7%)
Καρδιά	30 (38,5%)	48 (61,5%)
Διαβήτης	14 (17,9%)	64 (82,1%)
Υπέρταση	41 (52,6%)	37 (47,4%)

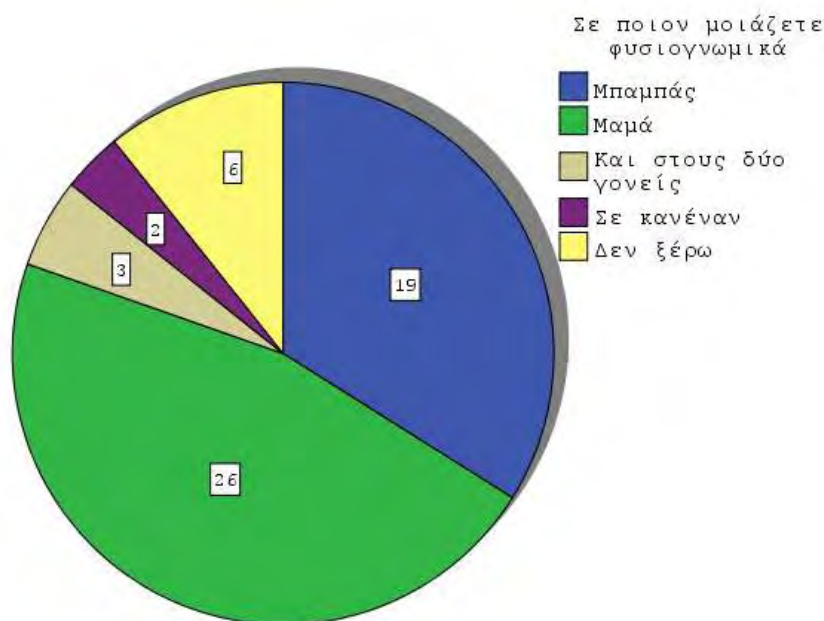
Οι 47 από τους ερωτώμενους (60,3%) έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους. Από την πληθώρα των εγχειρίσεων που αναφέρθηκαν ξεχωρίζουν η εγχείριση στο προστάτη (9 αποκρίσεις) και η εγχείριση ορθοπεδικής αιτίας (5 αποκρίσεις) ενώ 4 αποκρίσεις ήταν για εγχείριση χολοκυστεκτομής και 2 καταρράκτη.

Οι 34 δήλωσαν πως έχουν βιώσει στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία (43,6%) από τους οποίους οι 16 δήλωσαν πως αυτό το γεγονός ήταν η απώλεια των γονέων ή ενός αγαπημένου ή συγγενικού προσώπου. 5 από τους ερωτώμενους δήλωσαν πως το γεγονός αυτό έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια του Β παγκοσμίου πολέμου. Ο θάνατος του/της συζύγου (13 αποκρίσεις) και η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (11 αποκρίσεις) ήταν επίσης τα δύο στρεσογόνα γεγονότα που ανέφεραν περισσότερο οι ερωτώμενοι και για την ενήλικη τους ζωή. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αυτά συνέβησαν την τελευταία δεκαετία (15 αποκρίσεις) ενώ από τρεις ερωτώμενοι δήλωσαν πως τα στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής συνέβησαν έως και πριν έξι μήνες, έως και πριν ένα έτος, έως δύο έτη, έως τρία έτη και έως πέντε έτη.

Οι 19 από τους ερωτώμενους δήλωσαν πως μοιάζουν φυσιογνωμικά στον πατέρα τους (24,4%) ενώ 26 στην μητέρα τους (33,3%) και 6 δήλωσαν πως μοιάζουν και στους δύο (Διάγραμμα 7, σελίδα 31).

Οι 34 μένουν με τον ή την σύντροφό τους (43,6%) ενώ 9 μένουν μόνοι και 8 σε γηροκομείο. Επιπλέον, 7 δήλωσαν πως μένουν με την κόρη τους ενώ επίσης 7 δήλωσαν πως μένουν με το γιο τους.

Οι μισοί από τους ερωτώμενους (39 αποκρίσεις) δήλωσαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι ενώ από αυτούς οι περισσότεροι (33 αποκρίσεις) δήλωσαν πως επιπλέον κολυμπούν στη θάλασσα κατά τη διάρκεια των διακοπών.



Διάγραμμα 7: Αποκρίσεις σχετικά με την ομοιότητα με κάποιον γονέα ή συγγενή

3.4 Προβλήματα που εμφανίστηκαν κατά τη διαδικασία.

Κατά τη μεταφορά των ερωτηματολογίων στο έγγραφο που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης για την παρούσα έρευνα δεν περάστηκαν οι οχτώ τελευταίες ερωτήσεις της κλίμακας μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000). Λόγω αυτής της απώλειας κατέστη δυνατός ο υπολογισμός της υποκλίμακας “Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία” η οποία υπολογίζεται από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 4, 6 και 8 της κλίμακας αυτής.

3.5 Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 425 ερωτήσεις ταξινομημένες σε δώδεκα ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν σαρανταπέντε κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίον βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS)	
1	Συνολική βαθμολογία από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.
2	Αίσθημα κατωτερότητας από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
3	Αίσθημα κενού (empty) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
4	Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 11, 12, 13 και 14.

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)	
1	Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
2	Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
3	Σωματική ντροπή (bodily shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25.
4	Συνολική ντροπή από το άθροισμα της χαρακτηρολογικής, της συμπεριφορικής και της σωματικής ντροπής.

Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)	
1	Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 4, 6 και 8.

Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)	
1	Συνοχή (Cohesion) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 11, 41, 61.
2	Εκφραστικότητα (Expressiveness) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
3	Σύγκρουση (Conflict) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
4	Ανεξαρτησία (Independence) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
5	Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
6	Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
7	Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
8	Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 18, 38, 68.
9	Οργάνωση (Organization) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
10	Έλεγχος (Control) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό” στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και “Λάθος” στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.

Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)	
1	Συνολικό άθροισμα των αποκρίσεων στις 10 ερωτήσεις της κλίμακας.

Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36	
1	Σωματική λειτουργικότητα (PF) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12.
2	Σωματικός ρόλος (RP) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16.
3	Συναισθηματικός ρόλος (RE) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 17, 18 και 19.
4	Ζωτικότητα (VT) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 23, 27, 29 και 31.
5	Ψυχική υγεία (MH) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30.
6	Κοινωνικός ρόλος (SF) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 20 και 32.
7	Σωματικός πόνος (BP) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 και 22.
8	Γενική υγεία (GH) από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 33, 34, 35 και 36.

Στις επόμενες παραγράφους εμφανίζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις του συνόλου των ερωτώμενων ομαδοποιημένες ανά ερωτηματολόγιο. Πρέπει να αναφέρουμε πως πέρα από το πρόβλημα στην αρχική σύνταξη του ερωτηματολογίου που αναφέρθηκε στην παράγραφο 3.4 , δεν υπήρχαν στα δεδομένα της έρευνας μη συμπληρωμένες καταχωρήσεις. Συνεπώς, το σύνολο των στατιστικών που αναφέρονται στους πίνακες που παρουσιάζονται, υπολογίστηκαν από το σύνολο των εκατόν δύο ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν. Επιπλέον, για κάθε ένα ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται ένα συγκριτικό διάγραμμα στο οποίο γίνεται συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών και των τυπικών αποκλίσεων των κλιμάκων του εκάστοτε ερωτηματολογίου.

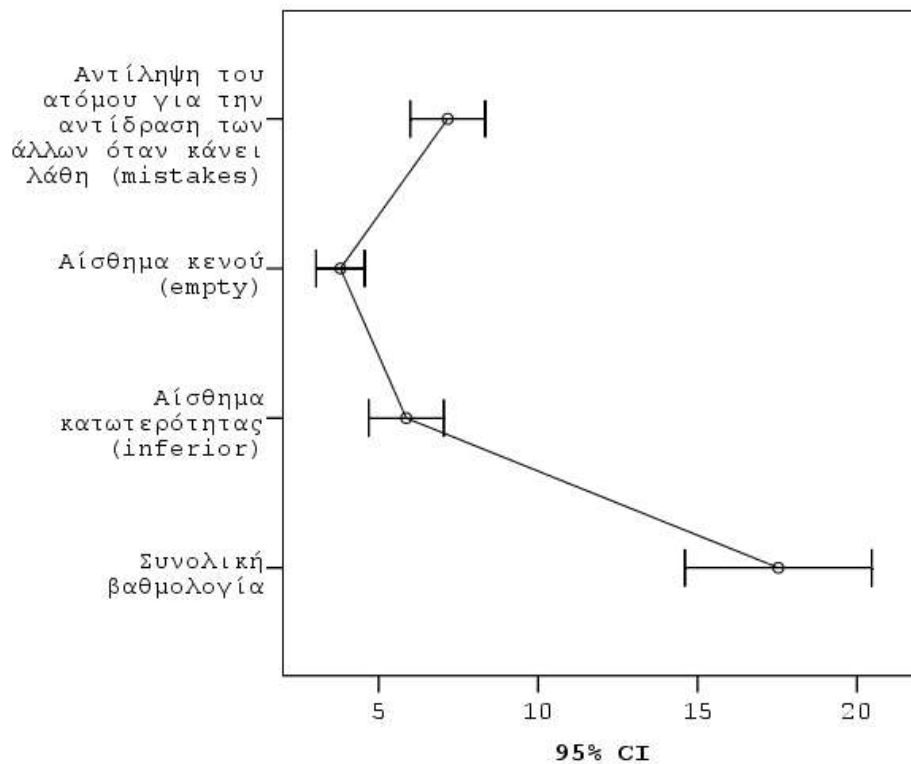
3.6 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS) και κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Στον πίνακα 3.4 αλλά και στο διάγραμμα 8 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες για τις υποκλίμακες της κλίμακας εξωτερικής ντροπής επί του συνόλου των ερωτώμενων. Περαιτέρω, στο διάγραμμα 9, σελίδα 35, παρουσιάζεται η διαφοροποίηση του σκορ στην κλίμακα αυτή μεταξύ ανδρών και γυναικών.

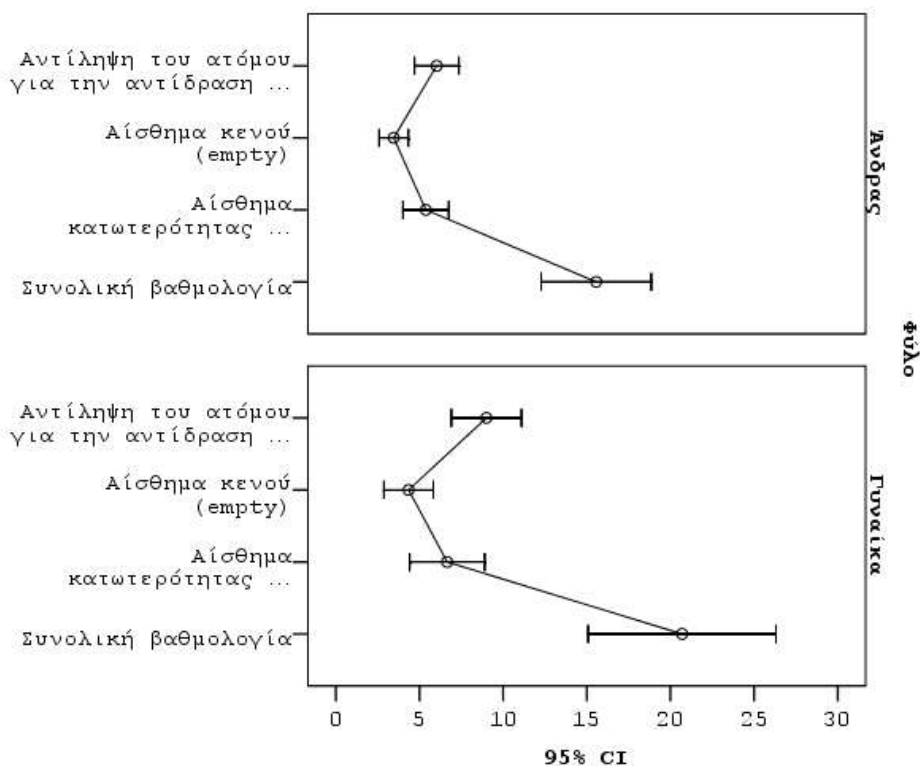
Πίνακας 4 : Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS)

Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
--------	----------	---------	-----------	---------------

Συνολική βαθμολογία	60	0	45	17,5	11,3
Αίσθημα κατωτερότητας	69	0	17	5,9	4,4
Αίσθημα κενού (empty)	75	0	11	3,8	2,9
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	68	0	18	7,2	4,4



Διάγραμμα 8: Σκορ στην κλίματα εξωτερικής ντροπής



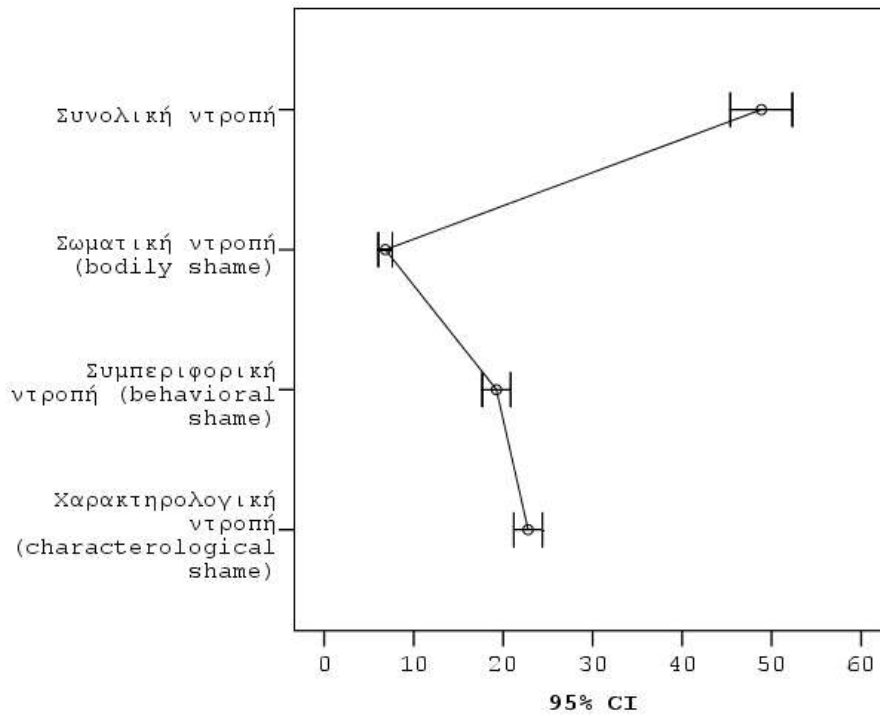
Διάγραμμα 9: Σκορ στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής ανά φύλο

Από τη σύγκριση των τιμών του δείγματός μας με αυτές του πίνακα 3.6, σελίδα 38, συμπεραίνουμε πως το δείγμα μας εμφανίζει μικρότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής (OAS) κατά 4,23 μονάδες από ότι το δείγμα των 125 φοιτητών που αναφέρεται στην εργασία αυτή (M.S.-P. Cheung et al, 2004). Αντίθετα, στην κλίμακα για το βίωμα της ντροπής η συνολική ντροπή (48,9 μονάδες) είναι συγκρίσιμη με αυτή της προαναφερόμενης έρευνας. Τα επιμέρους σκορ για τις υποκλίμακες της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής παρουσιάζονται στον πίνακα 3.5 ενώ η γραφική τους αναπαράσταση επί του συνόλου των ερωτώμενων εμφανίζεται στο διάγραμμα 10, σελίδα 36, και ανά φύλο στο διάγραμμα 11, σελίδα 37.

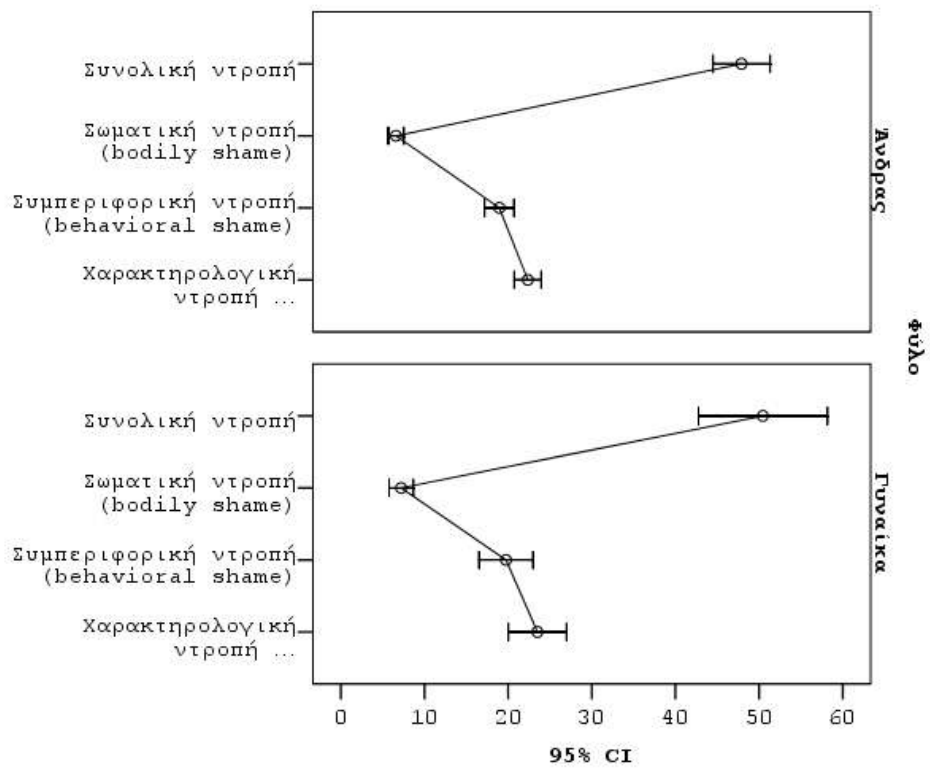
Πίνακας 5 : Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	70	13	43	22,8	6,3
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	71	9	36	19,2	6,1
Σωματική ντροπή (bodily shame)	72	4	16	6,9	3,0

Συνολική ντροπή 64 27 92 48,9 13,9



Διάγραμμα 10: Κλίμακα για το βίωμα της ντροπής



Διάγραμμα 11: Κλίμακα για το βίωμα της ντροπής ανά φύλο

Table 1

Means, standard deviations for all students ($n = 125$) and t -test differences between males ($n = 56$) and females ($n = 69$) and Cronbach α values

Variables	Mean	SD	Mean	SD	P	α
<i>Depression</i>						
CES-D	17.93	9.92	15.91 (M) 19.57 (F)	10.53 9.14	0.04	0.87
<i>Social rank</i>						
Submissive Behaviour (SB)	24.64	8.63	22.86 (M) 26.09 (F)	7.19 9.45	0.04	0.80
Social Comparison (SC)	62.44	14.10	63.75 (M) 61.38 (F)	13.99 14.20	0.35	0.91
<i>Shame</i>						
Other As Shamer (OAS)	21.73	10.96	19.55 (M) 23.49 (F)	11.33 10.40	0.05	0.89
Experience of Shame Scale (ESS)	48.44	14.51	45.30 (M) 50.99 (F)	13.32 15.02	0.03	0.92
Character	21.74	7.41	21.59 (M) 21.87 (F)	7.46 7.42	0.83	0.84
Behaviour	17.84	5.94	16.36 (M) 19.04 (F)	5.50 6.05	0.01	0.90
Body	8.86	3.71	7.36 (M) 10.07 (F)	2.76 3.95	0.00	0.88
<i>Rumination (RRS)</i>	45.86	10.47	42.95 (M) 48.23 (F)	10.72 9.71	0.01	0.89

M, males; F, females.

Πίνακας 6: (M.S.-P. Cheung et al, 2004) : Τιμές υποκλιμάκων των OAS, ESS σε δείγμα 125 φοιτητών

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

Στον πίνακα 3.7 εμφανίζεται η μέση τιμή της υποκλίμακας “Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία” που υπολογίστηκε από την Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία. Παρατηρείτε πως η μέση τιμή είναι συγκρίσιμη με αυτή που είχε υπολογιστεί στην εργασία (Eiffert et al, 2000) ενώ ανάλογη είναι και η διασπορά των παρατηρήσεων όπως αυτή μετράται από την τυπική απόκλιση των τιμών.

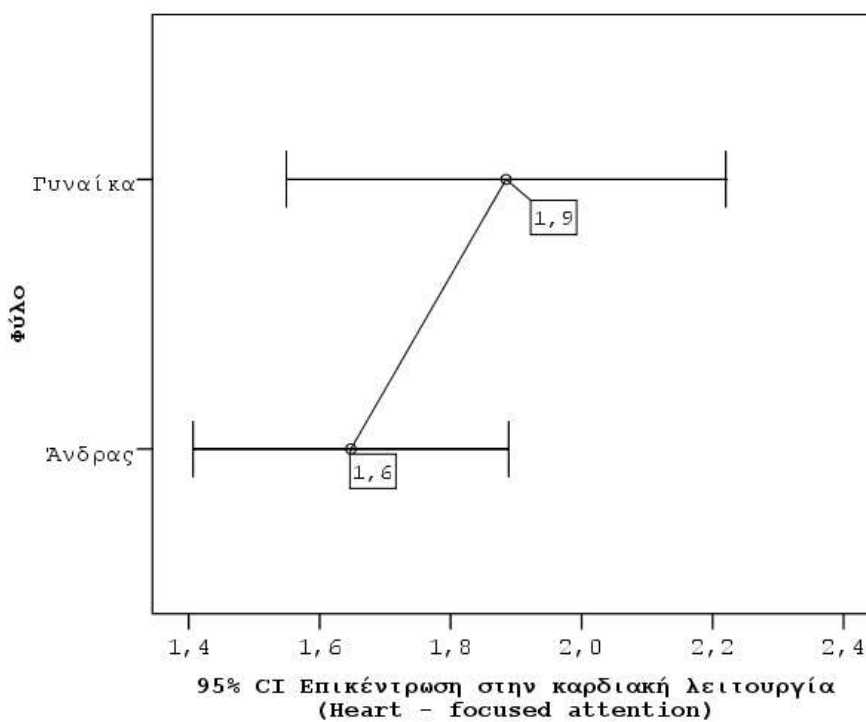
Πίνακας 7 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart - focused)	76	0	3	1,7	,8

attention)

Measure	Mean (SD)
CAQ	
Total	1.67 (0.81)
Fear	1.68 (0.92)
Avoidance	1.83 (1.13)
Attention	1.54 (0.96)

Πίνακας 8: Ενδεικτικές τιμές των υποκλιμάκων του CAQ (Eifert et al., 2000)



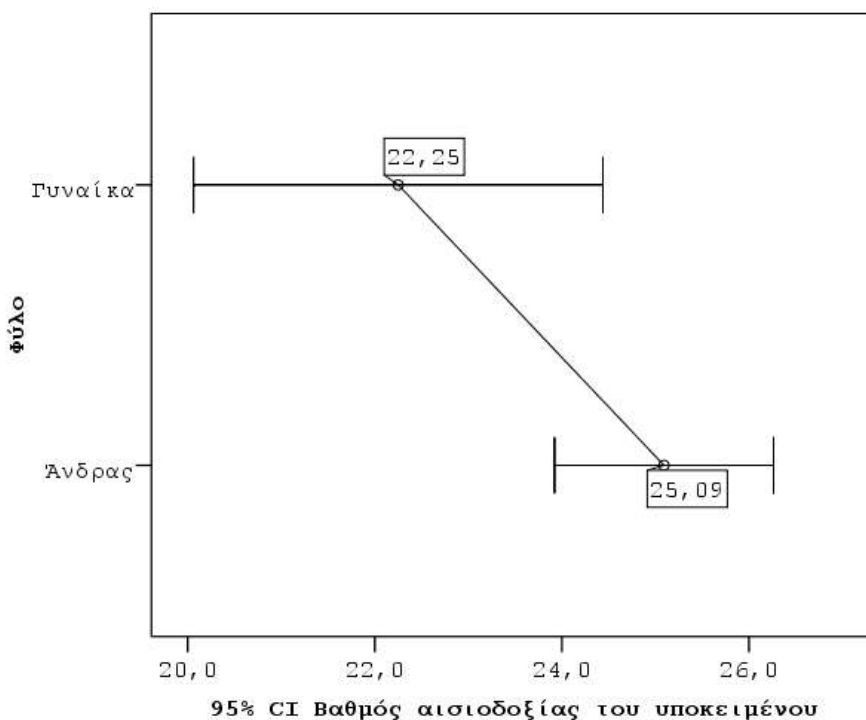
Διάγραμμα 12: Άγχος για την καρδιακή λειτουργία ανά φύλο

3.8 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

Ο μέσος βαθμός αισιοδοξίας για το σύνολο των ερωτώμενων υπολογίσθηκε να είναι ίσος με 24 μονάδες με τυπική απόκλιση 4,8 μονάδες (Πίνακας 3.9) Στο διάγραμμα 13 παρουσιάζεται συγκριτικά η διαφοροποίηση στην αισιοδοξία μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρείται πως οι άνδρες εκφράζουν μεγαλύτερη αισιοδοξία από τις γυναίκες.

Πίνακας 9 : Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart - focused attention)	72	5,0	34,0	24,0	4,8



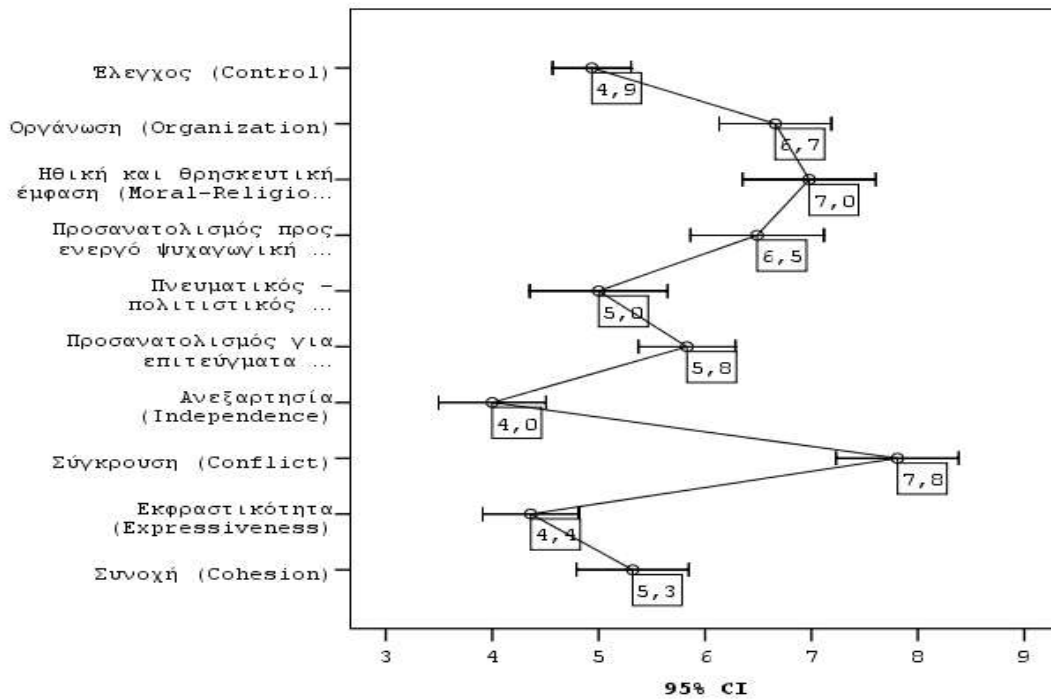
Διάγραμμα 13: Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία ανά φύλο

3.9 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)

Στον πίνακα 3.10 εμφανίζονται οι μέσες τιμές επί των ερωτώμενων ανά κλίμακα. Στο διάγραμμα 14, σελίδα 42, παρουσιάζονται οι τιμές συγκριτικά μεταξύ τους, ενώ στο διάγραμμα 15, σελίδα 42, παρουσιάζονται οι τιμές συγκριτικά μεταξύ τους ανά φύλο.

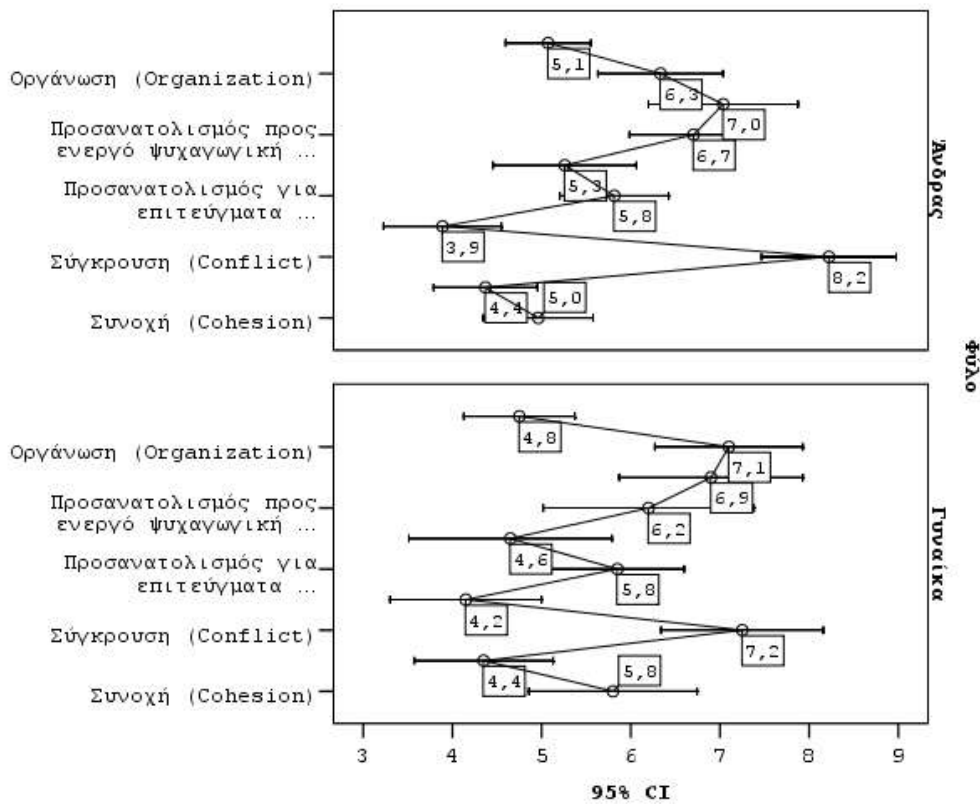
Πίνακας 10 : Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Συνοχή (Cohesion)	70	3	11	5,2	1,6
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	73	1	9	4,5	1,7
Σύγκρουση (Conflict)	68	3	10	7,8	1,8
Ανεξαρτησία (Independence)	67	1	9	4,1	1,6
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	71	3	9	5,7	1,5
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	71	1	10	4,9	2,1
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	73	1	10	6,1	2,2
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	70	4	12	6,9	2,0
Οργάνωση (Organization)	68	4	11	6,6	1,7
Έλεγχος (Control)	67	2	8	5,0	1,3



Διάγραμ

αμμα 14: Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος



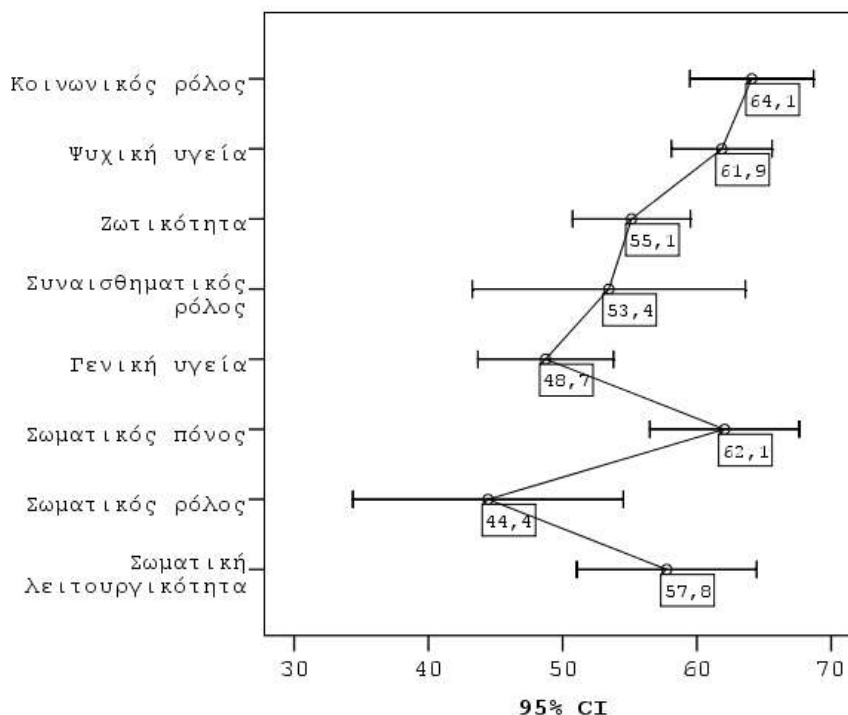
Διάγραμμα 15: Κλίμακα οικογενειακού περιβάλλοντος ανά φύλο

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

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται οι μέσες τιμές επί του συνόλου των ερωτώμενων στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας ενώ στο διάγραμμα 16 εμφανίζονται συγκριτικά οι τιμές τους. Η σύγκριση με τις τυπικές τιμές του πίνακα 3.12, σελίδα 44, φανερώνει πως δεν υπάρχει σημαντική απόκλιση των τιμών του δείγματος της παρούσης εργασίας με αυτές του τυπικού πίνακα.

Πίνακας 11 : Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	75	0	100	58,3	25,8
Σωματικός ρόλος (RP)	74	0	150	44,9	40,8
Σωματικός πόνος (BP)	75	10	100	64,2	22,8
Γενική υγεία (GH)	73	5	100	48,5	19,2
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	67	0	100	54,5	40,1
Ζωτικότητα (VT)	75	15	90	55,5	17,0
Ψυχική υγεία (MH)	75	28	100	62,1	14,6
Κοινωνικός ρόλος (SF)	76	25	100	65,1	19,7



Διάγραμμα 16: Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας

SF-36 scales, DCC, and hemoglobin A _{1c}	T1		T2		T1:T2 correlation	p-value	Mean change	Effect size
	Mean	±SD	Mean	±SD				
GH	49.2	25.4	43.1	25.0	0.62	< 0.0001	6.1	0.24
PF	62.9	25.2	53.3	26.7	0.67	< 0.0001	9.7	0.38
SF	75.3	31.1	69.5	32.8	0.45	0.0017	5.8	0.19
MH	73.9	23.7	74.6	21.9	0.66	0.4763	-0.7	-0.03
RP	45.8	38.8	31.1	34.7	0.40	< 0.0001	14.7	0.38
RE	75.8	38.9	73.1	39.5	0.49	0.2163	2.7	0.07
BP	54.4	28.5	50.4	26.8	0.47	0.0121	4.0	0.14
VT	49.5	27.5	45.0	27.1	0.60	0.0009	4.5	0.16
Total DCC	6.2	3.4	8.0	4.0	0.77	< 0.0001	1.8	0.53
Hemoglobin A _{1c} (%)	9.8	2.7	8.5	1.3	0.48	< 0.0001	1.3	0.48

Πίνακας 12: Ενδεικτικές τυπικές τιμές του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας

3.11 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των κυριότερων κλιμάκων που μετρήθηκαν στην παρούσα εργασία. Οι γραμμικές εξαρτήσεις που είναι μεγαλύτερες από 0,5 κατά απόλυτη τιμή έχουν σημειωθεί με κόκκινο χρώμα σε έντονο φόντο.

Υπόμνημα

- q1 Σωματικός ρόλος
- q2 Σωματικός πόνος

- q3 Γενική υγεία
- q4 Συναισθηματικός ρόλος
- q5 Ζωτικότητα
- q6 Ψυχική υγεία
- q7 Κοινωνικός ρόλος
- q8 Συνολική βαθμολογία
- q9 Συνολική ντροπή
- q10 Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart - focused attention)
- q11 Συνοχή (Cohesion)
- q12 Εκφραστικότητα (Expressiveness)
- q13 Σύγκρουση (Conflict)
- q14 Ανεξαρτησία (Independence)
- q15 Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
- q16 Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
- q17 Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
- q18 Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- q19 Οργάνωση (Organization)
- q20 Έλεγχος (Control)

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	q19	q20
q1	.544																		
q2	.400	.323																	

q20												
q19												
q18												
q17												
q16												
q15												
q14												
q13												
q12												
q10												-590
q9												-389
q8												-551
q7												
q6												
q5												
q4												
q3												
q2												
q1												

q20							
q19							,320
q18							
q17							
q16							,425
q15							
q14							
q13							
q12							
q10							
q9							
q8							
q7							
q6							
q5							
q4							
q3							
q2							
q1							
q14							
q16							
q17							
q18							
q19							
q20							

Κεφάλαιο 4 Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα της εργασίας μας οργανωμένα σε ενότητες, στις οποίες θα παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές των υποκλιμάκων για τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία.

4.1 Παράγοντες που συσχετίζονται με τις τιμές των Κλιμάκων Εξωτερικής Ντροπής και του Βιώματος της Ντροπής.

Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές από τους άνδρες ωστόσο η διαφοροποίηση προκύπτει στατιστικώς σημαντική μόνο στην υποκλίμακα της αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν

κάνει λάθη (πίνακας 4.1, σελίδα 47, $p = 0,01$). Οι χήροι/ες εμφανίζουν μεγαλύτερες μέσες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες των δύο κλιμάκων ντροπής, ωστόσο στη σωματική ντροπή και στη συνολική ντροπή η διαφοροποίηση προκύπτει στατιστικώς σημαντική (πίνακας 4.2, σελίδα 48). Σημειώνεται πως η σύγκριση πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά μεταξύ των χήρων και των έγγαμων λόγω του ιδιαίτερα μικρού μεγέθους των ομάδων των διαζευγμένων (1 απόκριση) και των χήρων (2 αποκρίσεις). Επιπλέον, η τελευταία διαφοροποίηση θεωρείται ανεξάρτητη από το φύλο των ερωτώμενων καθώς το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση δεν προκύπτουν στατιστικώς εξαρτώμενες μεταβλητές (δοκιμασία χ^2 , $p = 0,058$)

Πίνακας 13 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της ντροπής ανά φύλο

	Φύλο		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Γυναίκα	Άνδρας	t	df	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS)					
Συνολική βαθμολογία	20,7	15,6	1,732	58	,089
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	6,7	5,5	1,067	67	,290
Αίσθημα κενού (empty)	4,0	3,6	,465	73	,643
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	8,9	6,0	2,658	66	,010
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)					
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	23,3	22,6	,446	68	,657
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	19,8	18,8	,660	69	,512
Σωματική ντροπή (bodily shame)	7,3	6,7	,938	70	,351
Συνολική ντροπή	50,5	47,9	,710	62	,480

Πίνακας 14 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της ντροπής ανά οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή κατάσταση		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Έγγαμος/η	Χήρος/α	t	df	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS)					
Συνολική βαθμολογία	16,8	20,4	-1,053	57	,297

Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	5,8	7,0	-,963	65	,339
Αίσθημα κενού (empty)	3,7	4,1	-,443	70	,659
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	7,2	7,6	-,339	64	,736

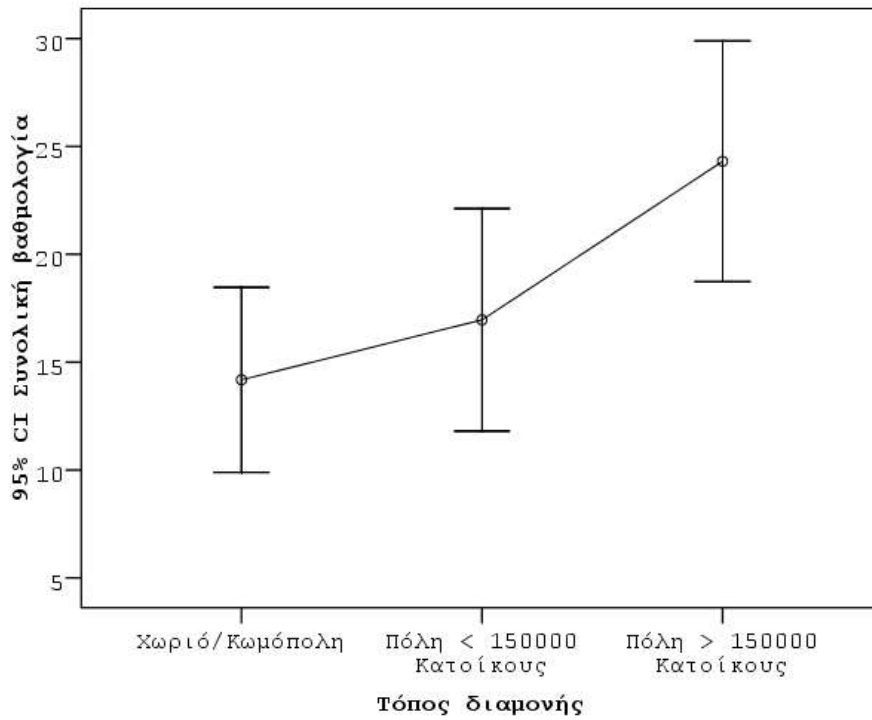
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	22,0	25,1	-1,750	65	,085
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	18,4	21,5	-1,895	67	,062
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6,3	8,5	-2,791	67	,007
Συνολική ντροπή	46,4	54,8	-2,198	60	,032

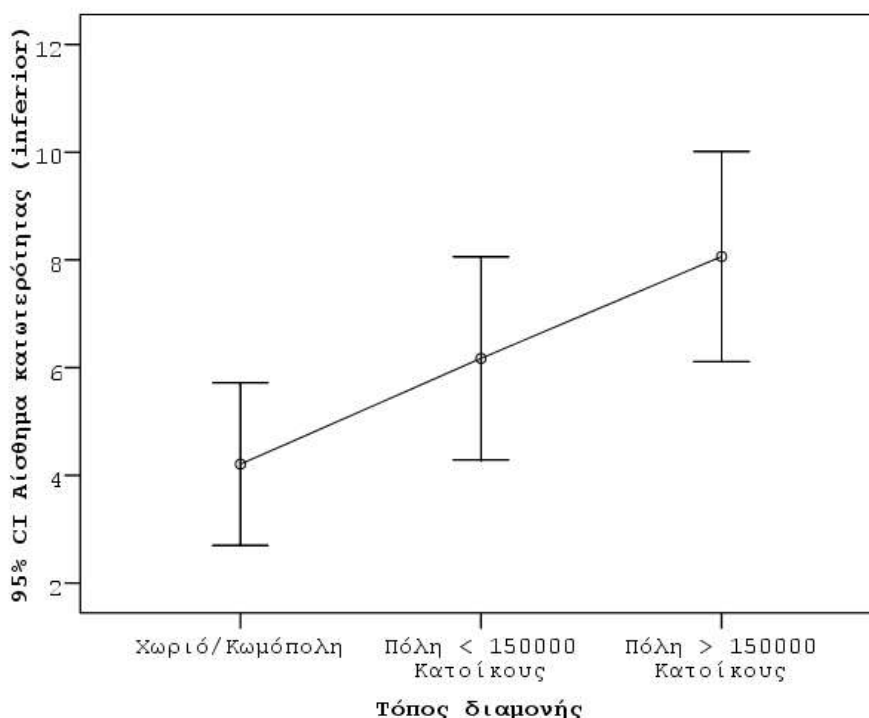
Το μέγεθος του τόπου κατοικίας εμφανίζεται ανάλογο με τις τιμές των υποκλιμάκων των δύο κλιμάκων της ντροπής ενώ η μεταβολή με το μέγεθος του τόπου κατοικίας προκύπτει στατιστικώς σημαντική στις περιπτώσεις της συνολικής βαθμολογίας και του αισθήματος κατωτερότητας της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (πίνακας 4.3, σελίδα 48). Στα διαγράμματα 17 και 18, σελίδα 49, παρουσιάζεται εποπτικά η μεταβολή του μεγέθους κατοικίας με τις τιμές των παραπάνω δύο υποκλιμάκων εξωτερικής ντροπής.

Πίνακας 15: Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της ντροπής ανά μέγεθος τόπου κατοικίας

	Χωριό/ Κωμόπολη	Πόλη < 150000 Κατοίκους	Πόλη > 150000 Κατοίκους	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS)					
Συνολική βαθμολογία	14,2	17,0	24,3	3,607	,033
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	4,2	6,2	8,1	4,062	,022
Αίσθημα κενού (empty)	3,3	3,6	4,8	1,406	,252
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	6,2	6,9	9,2	2,414	,097
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)					
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	21,6	23,1	24,3	,955	,390
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	18,3	19,3	20,9	,873	,422
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6,9	6,7	7,2	,183	,833
Συνολική ντροπή	46,4	49,3	52,4	,898	,413



Διάγραμμα 17: Μεταβολή της συνολικής βαθμολογίας της εξωτερικής ντροπής σε σχέση με το μέγεθος του τόπου κατοικίας



Διάγραμμα 18: Μεταβολή του αισθήματος κατωτερότητας σε σχέση με το μέγεθος του τόπου κατοικίας

Τόσο η ύπαρξη των παιδιών γενικότερα αλλά και κόρης ειδικότερα δεν επηρεάζουν τις τιμές των κλιμάκων της ντροπής. Επιπλέον, το ίδιο συμβαίνει με την ύπαρξη αδελφών αλλά και εγγονιών αλλά και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτώμενων.

Στο ίδιο μοτίβο, η ύπαρξη μίας σωματικής ή ψυχολογικής ασθένειας δεν προκύπτει σημαντικός παράγοντας για τις τιμές των κλιμάκων της ντροπής.

Τέλος, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι εμφάνισαν στατιστικά μικρότερη σωματική ντροπή από τους υπολοίπους που δήλωσαν πως δεν κάνουν διακοπές (πίνακας 4.4, σελίδα 50)

Πίνακας 16 : Τιμές των κλιμάκων της ντροπής μεταξύ αυτών που κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και των υπολοίπων.

	Διακοπές το καλοκαίρι		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS)					
Συνολική βαθμολογία	16,2	19,0	-,946	58	,348

Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	5,8	6,0	-,187	67	,852
Αίσθημα κενού (empty)	3,5	4,1	-,869	72	,388
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	6,6	7,8	-1,197	66	,236

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	22,9	22,8	,051	66	,960
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	19,2	19,4	-,121	67	,904
Σωματική ντροπή (bodily shame)	6,0	7,8	-2,447	68	,017
Συνολική ντροπή	47,7	50,3	-,716	60	,477

4.2 Παράγοντες που συσχετίζονται με τις τιμές των υποκλιμάκων της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)

Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών στις τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος (Πίνακας 4.5). Ομοίως βρέθηκε πως η ύπαρξη παιδιών δεν επηρεάζει τις υποκλίμακες της κλίμακας αυτής.

Πίνακας 17 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος ανά φύλο

	Φύλο		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Γυναίκα	Άνδρας	t	df	p
Συνοχή (Cohesion)	5,6	5,0	-1,380	68	,172
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	4,4	4,6	,413	71	,681
Σύγκρουση (Conflict)	7,3	8,1	1,686	66	,096
Ανεξαρτησία (Independence)	4,2	4,1	-,198	65	,844
Προσανατολισμός για επιτεύγματα	5,8	5,7	-,457	69	,649

(Achievement Orientation)

Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,7	5,0	,691	69	,492
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	5,6	6,4	1,469	71	,146
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	7,0	6,9	-,058	68	,954
Οργάνωση (Organization)	7,1	6,3	-1,771	66	,081
Έλεγχος (Control)	5,0	5,0	,146	65	,884

Η ύπαρξη αδελφών βρέθηκε πως επηρεάζει με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις τιμές της υποκλίμακας της ανεξαρτησίας. Ιδιαίτερα, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως δεν έχουν αδέρφια βρέθηκε πως σημαντικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα αυτή από τους υπολοίπους ($p = 0,037$, Πίνακας 4.6)

Ενδεχομένως αναμενόμενα, οι ερωτώμενοι με εγγόνια έχουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην υποκλίμακα του προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα ($p = 0.014$, Πίνακας 4.7, σελίδα 52), ενώ στην ίδια υποκλίμακα εμφανίζεται στατιστική διαφοροποίηση μεταξύ των ερωτώμενων των οποίων ένα τουλάχιστον από τα παιδιά είναι κόρη και των υπολοίπων ($p = 0,034$, Πίνακας 4.8, σελίδα 53). Ενδιαφέρουσα κρίνεται η παρατήρηση πως δεν εμφανίζεται διαφοροποίηση σε καμία υποκλίμακα αν η σύγκριση γίνει μεταξύ αυτών που δήλωσαν πως η κόρη τους ζει μαζί τους και των υπολοίπων (Πίνακας 4.9, σελίδα 53)

Πίνακας 18 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν αδέρφια και των υπολοίπων.

	Αδέρφια		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Συνοχή (Cohesion)	5,2	6,3	-1,293	68	,200
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	4,5	4,8	-,316	71	,753
Σύγκρουση (Conflict)	7,8	7,5	,319	66	,751
Ανεξαρτησία (Independence)	4,0	6,0	-2,135	65	,037
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,8	5,0	1,038	69	,303

Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,8	6,5	-1,600	69	,114
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	6,1	6,0	,114	71	,910
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	7,0	6,3	,696	68	,489
Οργάνωση (Organization)	6,6	6,7	-,065	66	,948
Έλεγχος (Control)	5,0	5,3	-,353	65	,725

Πίνακας 19 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν εγγόνια και των υπολοίπων

	Εγγόνια		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Συνοχή (Cohesion)	5,4	4,5	1,720	68	,090
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	4,5	4,3	,363	71	,718
Σύγκρουση (Conflict)	7,8	7,9	-,260	66	,796
Ανεξαρτησία (Independence)	4,2	3,7	,845	65	,401
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,7	6,0	-,732	69	,467
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	5,1	4,3	1,231	69	,222
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	6,4	4,8	2,517	71	,014
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	6,9	7,3	-,711	68	,479
Οργάνωση (Organization)	6,6	6,4	,501	66	,618
Έλεγχος (Control)	5,1	4,9	,333	65	,740

Πίνακας 20 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν κόρη και των υπολοίπων

	Κόρη	Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
		t	df	p

	Ναι	Όχι	t	df	p
Συνοχή (Cohesion)	5,3	5,1	,253	68	,801
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	4,5	4,6	-,373	71	,710
Σύγκρουση (Conflict)	7,8	7,8	-,050	66	,960
Ανεξαρτησία (Independence)	4,2	3,8	,639	65	,525
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,6	6,4	-1,824	69	,072
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,9	5,1	-,314	69	,755
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	6,4	5,0	2,162	71	,034
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	6,8	7,5	-1,123	68	,265
Οργάνωση (Organization)	6,4	7,6	-2,446	66	,017
Έλεγχος (Control)	5,0	5,0	,102	65	,919

Πίνακας 21 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν κόρη που ζει μαζί τους και των υπολοίπων

	Ζει κοντά σας;		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Συνοχή (Cohesion)	5,4	5,0	,871	68	,387
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	4,6	4,4	,492	71	,624
Σύγκρουση (Conflict)	7,6	8,0	-,795	66	,429
Ανεξαρτησία (Independence)	4,2	3,9	,876	65	,384
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,7	5,8	-,244	69	,808
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,8	5,0	-,373	69	,710
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	6,3	5,8	,786	71	,435
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	6,8	7,3	-1,028	68	,307

Emphasis)

Οργάνωση (Organization)	6,4	7,0	-1,169	66	,247
Έλεγχος (Control)	5,1	4,9	,737	65	,464

Η σωματική νόσο σε ανθρώπους μεγάλης ηλικίας αναμενόμενα δημιουργεί προβλήματα εξάρτησης από το περιβάλλον τους. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται στα αποτελέσματά μας καθώς βρέθηκε πως οι ερωτώμενοι με σωματική νόσο έχουν σημαντικά μικρότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα της ανεξαρτησίας από τους υπολοίπους ($p = 0,005$, Πίνακας 4.10)

Πίνακας 22 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που πάσχουν από κάποια σωματική νόσο και των υπολοίπων

	Σωματική νόσο		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Συνοχή (Cohesion)	5,3	5,2	,178	68	,859
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	4,1	4,8	-1,765	71	,082
Σύγκρουση (Conflict)	7,9	7,6	,682	66	,497
Ανεξαρτησία (Independence)	3,5	4,6	-2,920	65	,005
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,9	5,6	,954	69	,343
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	5,0	4,9	,196	69	,845
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	6,4	5,9	,825	71	,412
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	6,5	7,4	-1,791	68	,078
Οργάνωση (Organization)	6,5	6,7	-,547	66	,586
Έλεγχος (Control)	5,3	4,8	1,356	65	,180

Σημειώνουμε τέλος, πως οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι δίνουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή στην κλίμακα του προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα από τους υπολοίπους ($p = 0,001$) ενώ συγκεντρώνουν στατιστικά μεγαλύτερη τιμή στην υποκλίμακα του ελέγχου από τους υπολοίπους που δεν κάνουν διακοπές το καλοκαίρι ($p = 0,007$). (Πίνακας 4.11, σελίδα 55).

Από την άλλη πλευρά, όσοι δήλωσαν πως κολυμπούν το καλοκαίρι, εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη τιμή

στην υποκλίμακα της συνοχής, στην κλίμακα του προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα ενώ έχουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην υποκλίμακα της Ηθικής και θρησκευτική έμφαση (Πίνακας 4.12, σελίδα 55).

Πίνακας 23 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και των υπολοίπων

	Διακοπές το καλοκαίρι		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Συνοχή (Cohesion)	4,9	5,6	-1,725	67	,089
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	4,3	4,6	-,823	69	,413
Σύγκρουση (Conflict)	8,1	7,4	1,764	65	,082
Ανεξαρτησία (Independence)	4,1	4,1	,053	64	,958
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,7	5,8	-,178	69	,859
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,7	5,2	-1,097	68	,277
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	5,3	7,0	-3,594	70	,001
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	7,3	6,6	1,297	67	,199
Οργάνωση (Organization)	6,5	6,7	-,350	66	,727
Έλεγχος (Control)	5,4	4,6	2,808	65	,007

Πίνακας 24 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που κολυμπούν το καλοκαίρι και των υπολοίπων

	Κολύμπι το καλοκαίρι		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p

Συνοχή (Cohesion)	4,7	5,5	-2,135	67	,036
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	4,5	4,4	,262	70	,794
Σύγκρουση (Conflict)	8,1	7,6	1,125	66	,265
Ανεξαρτησία (Independence)	4,2	4,0	,487	65	,628
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,7	5,7	,005	69	,996
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,6	5,1	-1,120	69	,266
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	5,1	6,9	-3,687	71	,000
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	7,6	6,5	2,158	68	,034
Οργάνωση (Organization)	6,7	6,6	,301	66	,764
Έλεγχος (Control)	5,3	4,9	1,225	65	,225

4.3 Παράγοντες που συσχετίζονται με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36.

Ο στατιστικός έλεγχος Student για δύο ανεξάρτητα δείγματα κατέδειξε πως το φύλο δεν προέκυψε σημαντικός παράγοντας διαφοροποίησης στις τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας (Πίνακας 4.13). Αντίθετα, η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να είναι παράγοντας σημαντικής διαφοροποίησης στην υποκλίμακα του συναισθηματικού ρόλου καθώς οι έγγαμοι συγκέντρωσαν στατιστικά μεγαλύτερο σκορ από τους χήρους στην υποκλίμακα αυτή (60,3 μονάδες έναντι 35,6 μονάδων, $t = 2,132$, $df = 63$, $p = 0,037$). Η ύπαρξη παιδιών δεν προέκυψε σημαντικός παράγοντας ενώ αντίθετα, η ύπαρξη αδελφού/ιών βρέθηκε να επηρεάζει την τιμή της υποκλίμακας του Σωματικού ρόλου. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως δεν έχουν αδέρφια συγκέντρωσαν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους υπολοίπους (Πίνακας 4.14) Σημειώνεται ωστόσο πως το μικρό πλήθος των ερωτώμενων χωρίς αδέρφια (4 ερωτώμενοι, 5,1% επί του συνόλου) καθιστά επισφαλές το τελευταίο αποτέλεσμα.

Πίνακας 25 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανά φύλο.

	Φύλο		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Γυναίκα	Άνδρας	t	df	p
Σωματική λειτουργικότητα	55,7	59,7	,636	73	,527
Σωματικός ρόλος	50,0	42,0	-,809	72	,421

Σωματικός πόνος	61,6	65,7	,759	73	,451
Γενική υγεία	49,3	48,0	-,277	71	,783
Συναισθηματικός ρόλος	44,4	60,1	1,548	65	,126
Ζωτικότητα	55,6	55,5	-,017	73	,987
Ψυχική υγεία	61,9	62,2	,076	73	,940
Κοινωνικός ρόλος	63,4	66,1	,585	74	,561

Πίνακας 26 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους με αδέρφια και τους υπόλοιπους.

	Αδέρφια		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματική λειτουργικότητα	59,2	41,3	1,364	73	,177
Σωματικός ρόλος	47,1	6,3	5,162	7,621	,001
Σωματικός πόνος	64,9	51,3	1,171	73	,245
Γενική υγεία	47,8	61,3	-1,377	71	,173
Συναισθηματικός ρόλος	55,8	33,3	1,090	65	,280
Ζωτικότητα	55,4	57,5	-,239	73	,812
Ψυχική υγεία	61,9	66,0	-,547	73	,586
Κοινωνικός ρόλος	65,8	53,1	1,256	74	,213

Οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως έχουν εγγόνια βρέθηκε πως συγκεντρώνουν μικρότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας από τους υπόλοιπους (Πίνακας 4.15). Αντίθετα, η ύπαρξη κόρης δεν προέκυψε σημαντικός παράγοντας μεταβολής των τιμών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας

Πίνακας 27 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους με εγγόνια και τους υπόλοιπους.

	Εγγόνια		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματική λειτουργικότητα	55,1	73,3	-2,379	73	,020
Σωματικός ρόλος	43,4	51,9	-,679	72	,499

Σωματικός πόνος	64,1	64,6	-,072	73	,943
Γενική υγεία	47,5	53,8	-1,039	71	,302
Συναισθηματικός ρόλος	54,0	56,4	-,192	65	,848
Ζωτικότητα	54,8	58,8	-,777	73	,440
Ψυχική υγεία	62,1	62,2	-,015	73	,988
Κοινωνικός ρόλος	64,3	69,2	-,821	74	,414

Η ύπαρξη κάποιας σωματικής χρόνιας ασθένειας αναμενόμενα αντικατοπτρίστηκε στις τιμές της υποκλίμακας της γενικής υγείας ($p = 0,005$), της ζωτικότητας ($p = 0,026$) και του κοινωνικού ρόλου ($p = 0,026$). Χαρακτηριστικό είναι πως η ίδια τάση υπάρχει στο σύνολο των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου, ωστόσο στις υπόλοιπες υποκλίμακες οι διαφοροποιήσεις δεν είναι τόσο μεγάλες ώστε να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές.

Πίνακας 28 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους με χρόνια σωματική νόσο και τους υπόλοιπους.

	Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματική λειτουργικότητα	53,5	62,2	-1,473	73	,145
Σωματικός ρόλος	40,4	48,8	-,873	72	,386
Σωματικός πόνος	59,9	67,6	-1,451	73	,151
Γενική υγεία	41,7	54,1	-2,901	71	,005
Συναισθηματικός ρόλος	50,5	58,1	-,771	65	,444
Ζωτικότητα	50,5	59,5	-2,356	73	,021
Ψυχική υγεία	61,3	62,7	-,400	73	,691
Κοινωνικός ρόλος	59,6	69,6	-2,278	74	,026

Η υπέρταση δεν αποτελεί παράγοντα σημαντικής επιρροής των τιμών των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου, καθώς στο σύνολο των υποκλιμάκων δεν προκύπτουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ερωτώμενων που δήλωσαν πως πάσχουν από υπέρταση και των υπολοίπων. Αντίθετα, το πρόβλημα στην καρδιά μειώνει τις τιμές όλων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου, μείωση που προκύπτει στατιστικώς σημαντική στις υποκλίμακες της Σωματικής λειτουργικότητας ($p = 0,017$) και της γενικής υγείας ($p = 0,006$), (Πίνακας 4.17). Ομοίως, ο διαβήτης αποτελεί παράγοντας σημαντικής διαφοροποίησης των τιμών του συνόλου των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας, με τις διαφορές των τιμών μεταξύ

των ερωτώμενων που πάσχουν από διαβήτη και των υπόλοιπων να προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές στις υποκλίμακες της σωματικής λειτουργικότητας ($p = 0,04$), του σωματικού πόνου ($p = 0,016$), της γενικής υγείας ($p < 0,001$), της ψυχικής υγείας ($p = 0,013$) και του κοινωνικού ρόλου ($p = 0,024$) (Πίνακας 4.18).

Πίνακας 29 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους που πάσχουν από την καρδιά τους και τους υπόλοιπους.

	Καρδιά		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματική λειτουργικότητα	49,4	63,9	-2,442	73	,017
Σωματικός ρόλος	37,9	49,4	-1,190	72	,238
Σωματικός πόνος	58,0	67,9	-1,837	73	,070
Γενική υγεία	40,6	53,2	-2,839	71	,006
Συναισθηματικός ρόλος	51,1	57,0	-,591	65	,556
Ζωτικότητα	51,1	58,2	-1,774	73	,080
Ψυχική υγεία	60,7	62,9	-,631	73	,530
Κοινωνικός ρόλος	59,9	68,4	-1,841	74	,070

Πίνακας 30 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους που πάσχουν από διαβήτη και τους υπόλοιπους.

	Διαβήτης		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματική λειτουργικότητα	47,7	60,7	-2,163	27,112	,040
Σωματικός ρόλος	28,6	48,8	-1,689	72	,095
Σωματικός πόνος	51,1	67,2	-2,472	73	,016
Γενική υγεία	35,7	51,5	-3,924	32,287	,000
Συναισθηματικός ρόλος	41,7	57,3	-1,228	65	,224
Ζωτικότητα	48,6	57,1	-1,719	73	,090
Ψυχική υγεία	53,4	64,1	-2,554	73	,013
Κοινωνικός ρόλος	54,5	67,5	-2,305	74	,024

Αναμενόμενα όσοι από τους ερωτώμενους αποκριθήκαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι είτε ότι

ασκούνται κολυμπώντας το καλοκαίρι, συγκεντρώνουν μεγαλύτερο σκορ στο σύνολο των υποκλιμάκων ενώ και στις δύο περιπτώσεις, η διαφοροποίηση στις περισσότερες υποκλίμακες προκύπτει στατιστικώς σημαντική (Πίνακες 4.19 και 4.20).

Πίνακας 31 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους που κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και τους υπόλοιπους.

	Διακοπές το καλοκαίρι		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματική λειτουργικότητα	66,4	49,1	3,024	72	,003
Σωματικός ρόλος	53,9	35,7	1,936	71	,057
Σωματικός πόνος	67,0	61,3	1,060	71	,293
Γενική υγεία	54,5	41,9	2,896	70	,005
Συναισθηματικός ρόλος	68,6	40,1	3,054	64	,003
Ζωτικότητα	59,7	50,8	2,299	72	,024
Ψυχική υγεία	64,1	59,8	1,278	72	,205
Κοινωνικός ρόλος	69,4	60,4	2,047	72	,044

Πίνακας 32 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους που κάνουν κολύμπι το καλοκαίρι και τους υπόλοιπους.

	Κολύμπι το καλοκαίρι		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Σωματική λειτουργικότητα	70,2	49,4	3,752	73	,000
Σωματικός ρόλος	53,1	38,7	1,523	72	,132
Σωματικός πόνος	69,7	59,7	1,892	72	,063
Γενική υγεία	59,2	40,5	4,616	70	,000
Συναισθηματικός ρόλος	65,4	47,1	1,874	65	,065
Ζωτικότητα	62,0	50,7	2,997	73	,004
Ψυχική υγεία	65,9	59,2	2,004	73	,049
Κοινωνικός ρόλος	69,9	60,8	2,065	73	,042

4.4 Παράγοντες που συσχετίζονται με το βαθμό αισιοδοξίας του υποκειμένου.

Οι 28 γυναίκες του δείγματος μας συγκέντρωσαν 22,3 μονάδες στην κλίμακα της αισιοδοξίας ενώ οι 44 άνδρες συγκέντρωσαν 25,1 μονάδες, διαφορά η οποία καταδείχθηκε στατιστικώς σημαντική από τη δοκιμασία Student δύο ανεξάρτητων δειγμάτων ($t=2,34$, $df = 43,011$, $p = 0,024$) Αντίθετα, η ύπαρξη αδελφών, εγγονιών αλλά και κόρης δεν βρέθηκαν να είναι παράγοντες σημαντικής διαφοροποίησης του βαθμού αισιοδοξίας.

Ενδιαφέρον κρίνεται το γεγονός πως ομοία μη σημαντική διαφοροποίηση βρέθηκε μεταξύ των ερωτώμενων με χρόνια σωματική νόσο και των υπολοίπων. Ιδιαίτερα, το ίδιο συμβαίνει και όταν η ερώτηση αφορά πρόβλημα στην καρδιά ($p = 0,789$), πρόβλημα υπέρτασης ($p = 0,341$). Αντίθετα η ύπαρξη προβλήματος διαβήτη προκύπτει παράγοντας σημαντικής μείωσης των τιμών του βαθμού αισιοδοξίας ($p = 0,025$).

Τέλος, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι, έχουν στατιστικά μεγαλύτερο βαθμό αισιοδοξίας από τους υπολοίπους ($p = 0,004$) ενώ το ίδιο συμβαίνει και με όσους δηλώνουν πως κάνουν κολύμπι το καλοκαίρι ($p = 0,017$)

Συνοπτικά, οι παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται με το βαθμό αισιοδοξίας των ερωτώμενων παρουσιάζονται στον πίνακα 4.21)

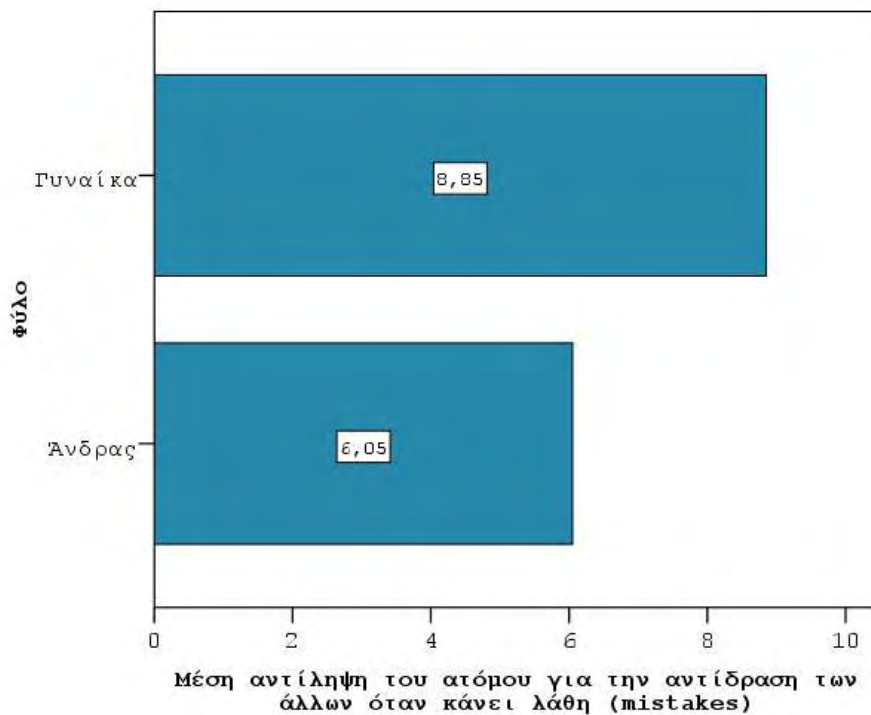
Πίνακας 33 : Παράγοντες που διαφοροποιούν το βαθμό αισιοδοξίας των ερωτώμενων.

Παράγοντας	Τιμές		Στατιστικός έλεγχος Independent Samples T – test		
	Γυναίκα	Άνδρας	t	df	p
Φύλο	22,3	25,1	2,34	43,011	,024
Διαβήτης	Ναι	Όχι	t	df	p
	21,3	29,5	-2,288	70	,025
Διακοπές το καλοκαίρι	Ναι	Όχι	t	df	p
	25,6	22,3	2,984	69	,004
Κολύμπι το καλοκαίρι	Ναι	Όχι	t	df	p
	25,6	22,9	2,451	69	,017

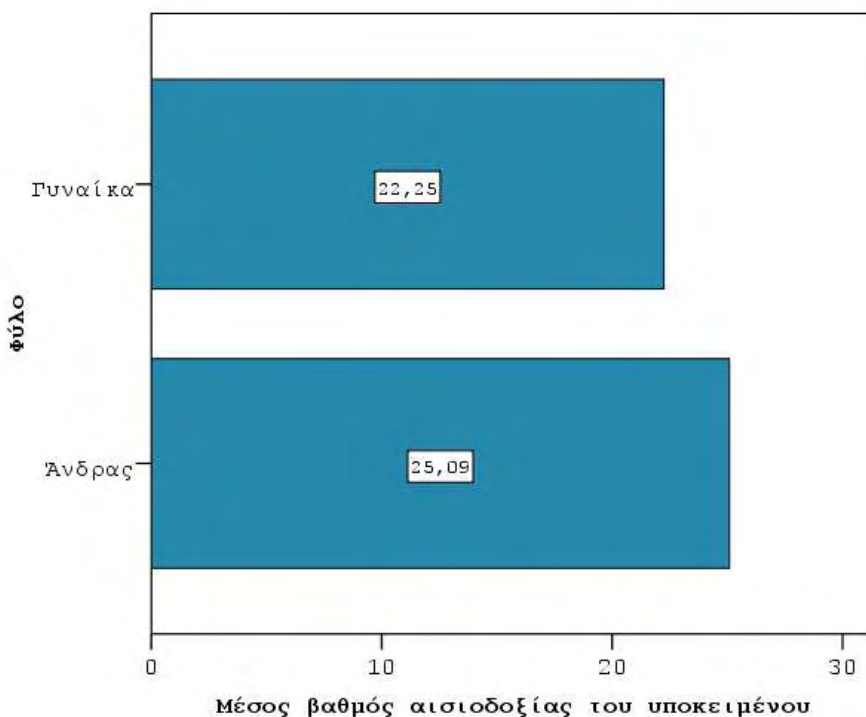
4.5 Συσχετίσεις ανά παράγοντα

4.5.1 Διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών

Οι γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη αντίληψη για την αντίδραση των άλλων όταν κάνουν λάθη ($p = 0,01$, Πίνακας 4.1, σελίδα 47, ενώ εκφράζουν στατιστικά μικρότερη αισιοδοξία από τους άνδρες (Πίνακας 4.21, σελίδα 60) Οι διαφοροποιήσεις αυτές παρουσιάζονται εποπτικά στα διαγράμματα 19 και 20 που ακολουθούν.



Διάγραμμα 19: Διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών στην κλίμακα της αντίδρασης των άλλων στο λάθος



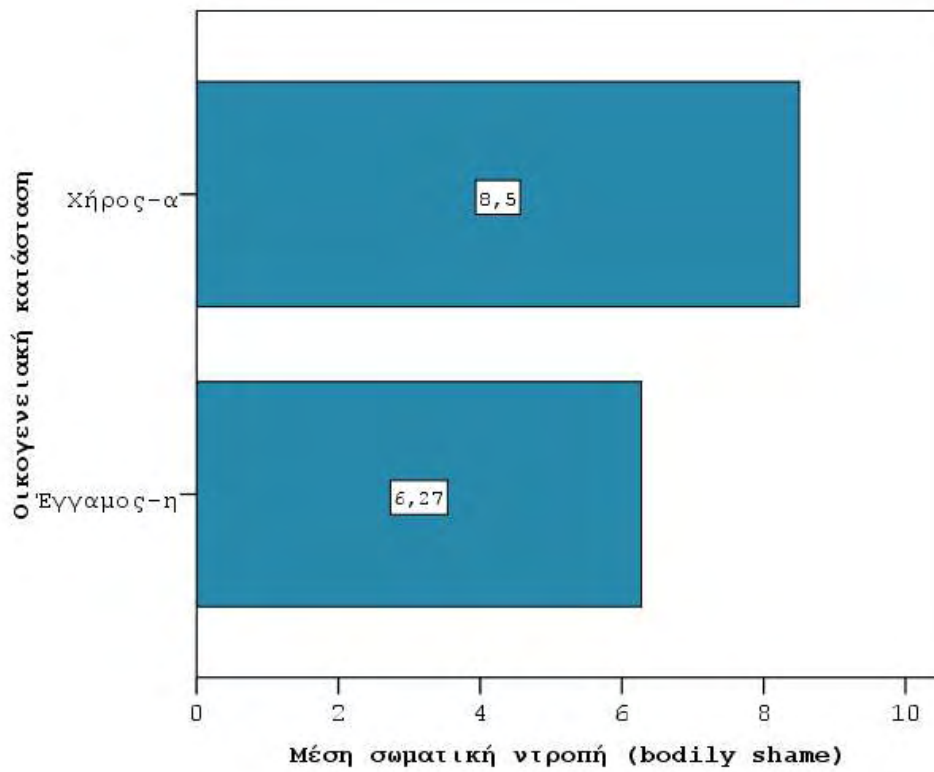
Διάγραμμα 20: Διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών στο βαθμό αισιοδοξίας

4.5.2 Διαφοροποιήσεις ανά οικογενειακή κατάσταση

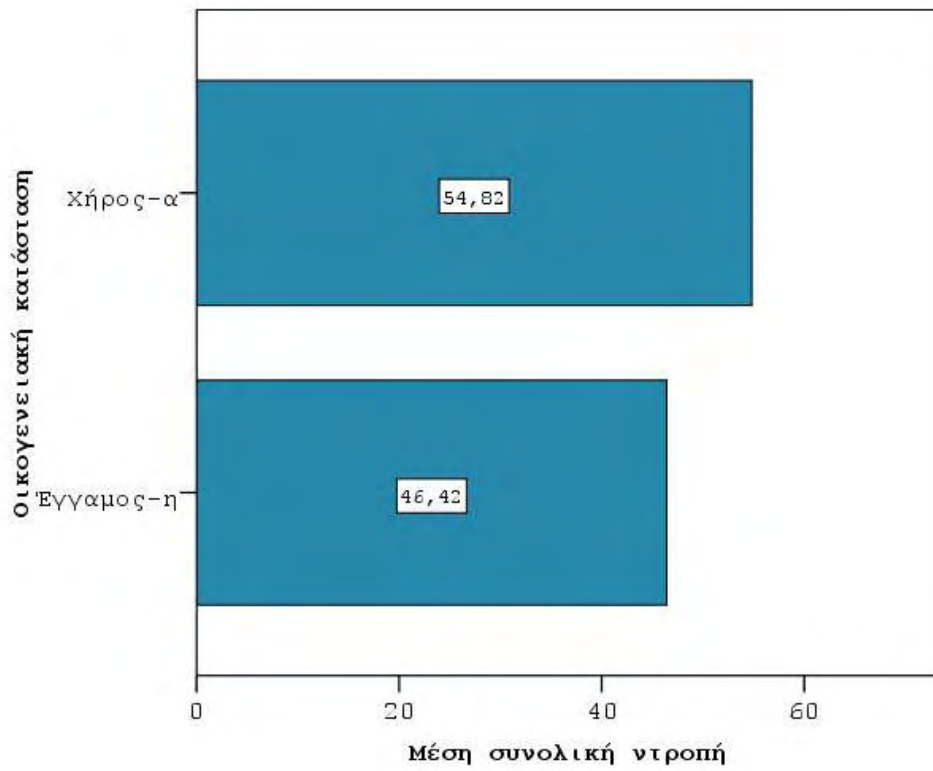
Βρέθηκε πως οι έγγαμοι έχουν μικρότερη σωματική αλλά και συνολική ντροπή από τους χήρους (Πίνακας 4.2, σελίδα 48). Σημειώνεται πως η σύγκριση πραγματοποιήθηκε μόνο μεταξύ αυτών των δύο κατηγοριών λόγω του ιδιαίτερα μικρού μεγέθους των υπολοίπων περιπτώσεων (άγαμοι / 1 ερωτώμενος και διαζευγμένοι / 2 ερωτώμενοι).

Περαιτέρω, βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση στην υποκλίμακα του συναισθηματικού ρόλου καθώς οι έγγαμοι συγκέντρωσαν στατιστικά μεγαλύτερο σκορ από τους χήρους στην κλίμακα αυτή (60,3 μονάδες έναντι 35,6 μονάδων, $t = 2,132$, $df = 63$, $p = 0,037$).

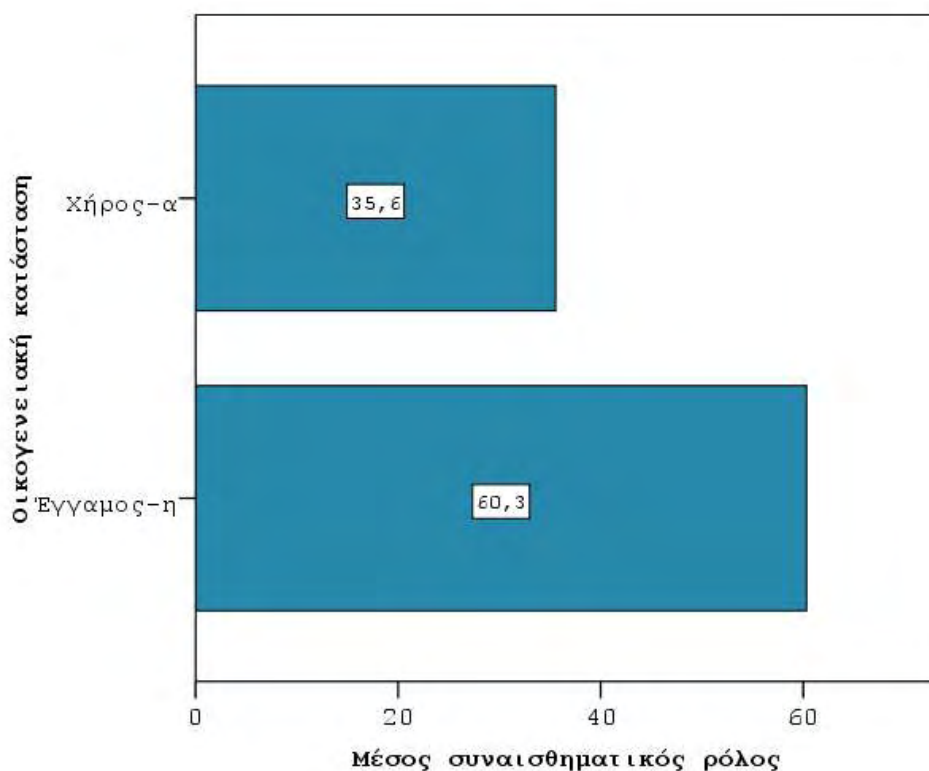
Στα παρακάτω διαγράμματα παρουσιάζονται εποπτικά οι παραπάνω διαφοροποιήσεις.



Διάγραμμα 21: Μέση σωματική ντροπή μεταξύ χήρων και εγγάμων



Διάγραμμα 22: Μέση συνολική ντροπή μεταξύ χήρων και εγγάμων

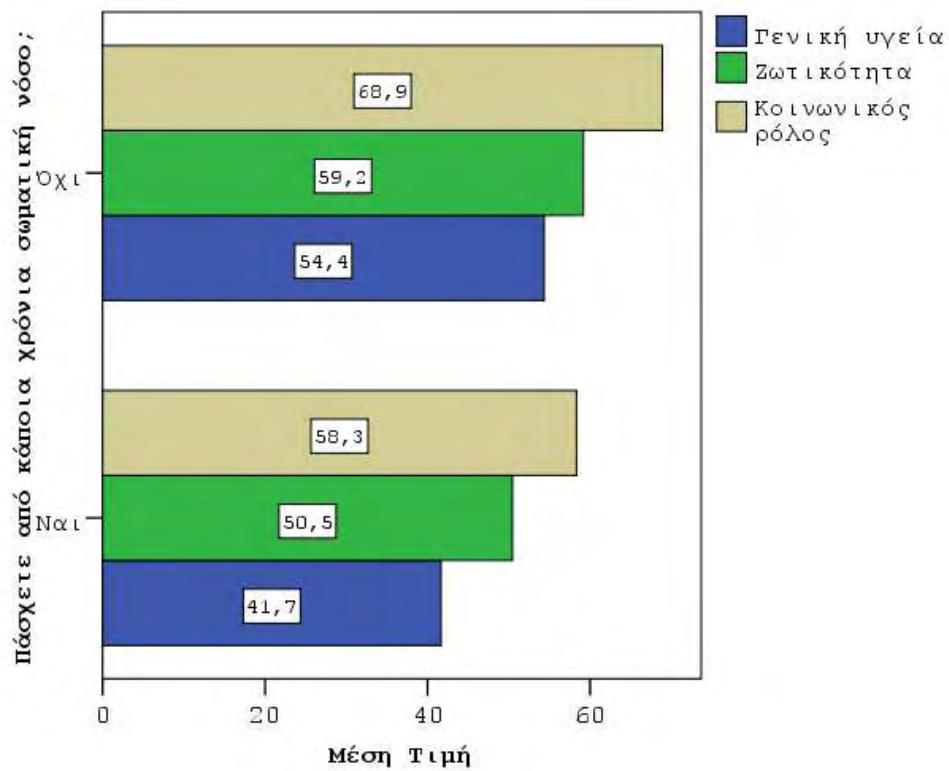


Διάγραμμα 23: Μέσος συναισθηματικός ρόλος μεταξύ ανδρών και γυναικών

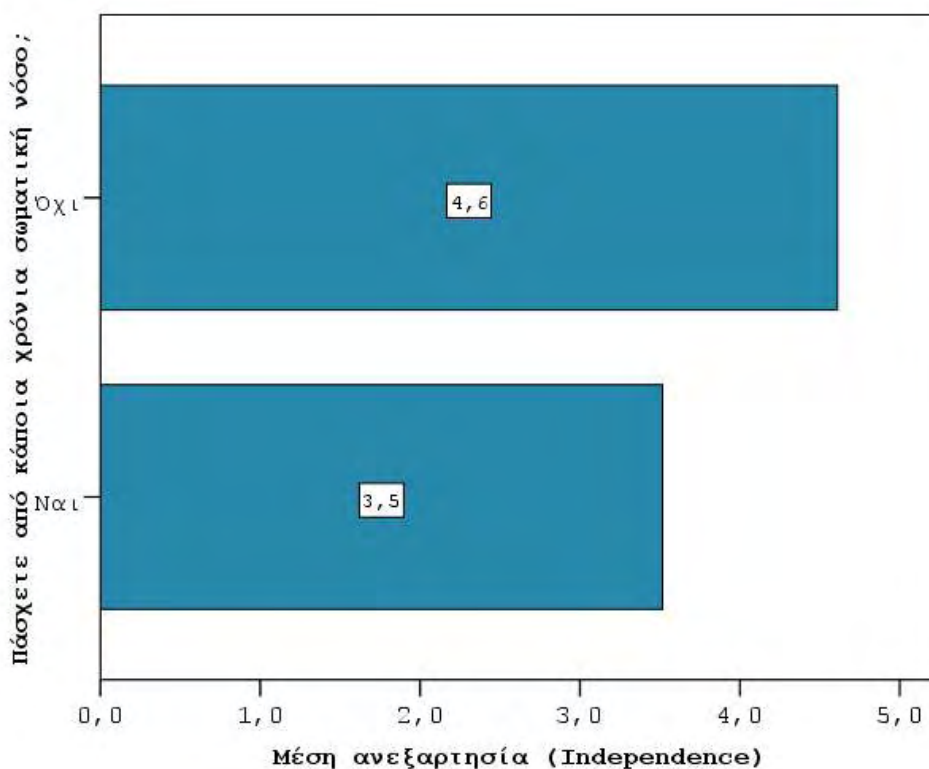
Η ύπαρξη αδελφών βρέθηκε να μειώνει σημαντικά την μέση τιμή της υποκλίμακας της ανεξαρτησίας του ερωτηματολογίου (R-FES) (Πίνακας 4.6, σελίδα 52), ενώ όσοι έχουν κόρη ή εγγόνια είναι περισσότερο προσανατολισμένοι προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Πίνακας 4.8, σελίδα 53, ή πίνακας 4.7, σελίδα 52) ενώ δεν προέκυψε σημαντικός παράγοντας διαφοροποίησης το αν η κόρη ζει με τους ερωτώμενους ή όχι.

4.5.3 Διαφοροποιήσεις που ορίζονται από τη σωματική / ψυχική υγεία του ερωτώμενου.

Βρέθηκε πως όσοι από τους ερωτώμενους πάσχουν από κάποια σωματική υγεία τείνουν να συγκεντρώνουν μικρότερο σκορ στην υποκλίμακα της Ανεξαρτησίας της κλίμακας R – FES σε σχέση με τους υπολοίπους (Πίνακας 4.10, σελίδα 54). Αναμενόμενα, όσοι δηλώνουν πως πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, δίνουν μικρότερες αποκρίσεις από τους υπολοίπους στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας, διαφορές που προκύπτουν στατιστικά σημαντικές στις υποκλίμακες της γενικής υγείας ($p = 0,005$), της ζωτικότητας ($p = 0,021$), και του κοινωνικού ρόλου ($p = 0,026$) (Πίνακας 4.16, σελίδα 57).



Διάγραμμα 24: Διαφοροποιήσεις στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας που ορίζονται από τη σωματική ασθένεια



Διάγραμμα 25: Διαφοροποιήσεις στην ανεξαρτησία (R-FES) που ορίζονται από τη σωματική ασθένεια

4.6 Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων με την ηλικία

Ένα από τα ερευνητικά ερωτήματα που πραγματεύεται η παρούσα εργασία είναι η σχέση της ηλικίας με τις άλλες παραμέτρους που μετρήθηκαν. Στον Πίνακα 4.22 παρουσιάζεται το αποτέλεσμα του υπολογισμού του συντελεστή συσχέτισης του Pearson με τις άλλες υπο κλίμακες. Έχουν επισυμανθεί οι συντελεστές συσχέτισης με τιμές μεγαλύτερες από 0,3 κατά απόλυτη τιμή.

Πίνακας 34: Συσχέτιση της ηλικίας με τις τιμές των κλιμάκων

Υποκλίμακα	Συντελεστής συσχέτισης Pearson		
	Σύνολο	Άνδρας	Γυναίκα
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	,082	-,530(**)	-,363
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	,105	-,418(**)	-,014
Σωματική ντροπή (bodily shame)	,088	,135	-,146
Συνολική ντροπή	,123	-,172	-,296

Σωματική λειτουργικότητα	-,456(**)	-,330(*)	-,142
Σωματικός ρόλος	-,249(*)	-,341(*)	-,178
Σωματικός πόνος	,013	-,063	,091
Γενική υγεία	-,233(*)	-,023	-,063
Συναισθηματικός ρόλος	-,262(*)	-,062	-,370
Ζωτικότητα	-,275(*)	-,159	-,450(*)
Ψυχική υγεία	,012	,268	-,338
Κοινωνικός ρόλος	-,043	,018	-,162
Συνολική βαθμολογία	-,211	-,291	-,222
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	-,300(*)	-,004	,155
Αίσθημα κενού (empty)	-,017	,008	,194
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	-,065	-,092	,294
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	-,247(*)	-,002	,214
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart - focused attention)	,224	,195	,279
Συνοχή (Cohesion)	-,054	-,153	,023
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	,045	,064	,021
Σύγκρουση (Conflict)	-,071	,066	-,220
Ανεξαρτησία (Independence)	-,116	,014	-,264
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	,064	-,014	,170
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	-,131	-,101	-,171
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	,142	,080	,206
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	-,333(**)	-,233	-,441(*)
Οργάνωση (Organization)	-,003	,043	-,089
Έλεγχος (Control)	-,280(*)	-,123	-,481(*)

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

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Παρατηρούμε πως επί του συνόλου των ερωτώμενων η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση στη σωματική λειτουργικότητα ($r = -0,456$) το αίσθημα κατωτερότητας ($r = -0,3$) και τη ηθική και θρησκευτική έμφαση ($r = -0,333$). Στους άνδρες ερωτώμενους, παρατηρείται πως η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση στις τιμές της χαρακτηριστικής ντροπής ($r = -0,53$), της συμπεριφορικής ντροπής ($r = -0,418$) της σωματικής λειτουργικότητας ($r = -0,33$) και του σωματικού ρόλου ($r = -0,341$). Στις γυναίκες η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση στις τιμές της ζωτικότητας ($r = -0,45$) της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης ($r = -0,441$) και του ελέγχου ($r = -0,481$).

4.7 Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων ανά μέρος συνάντησης

Στον πίνακα 4.23 παρουσιάζεται το αποτέλεσμα της δοκιμασίας ANOVA για την ανίχνευση διαφοροποιήσεων στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των διαφορετικών τόπων συνάντησης.

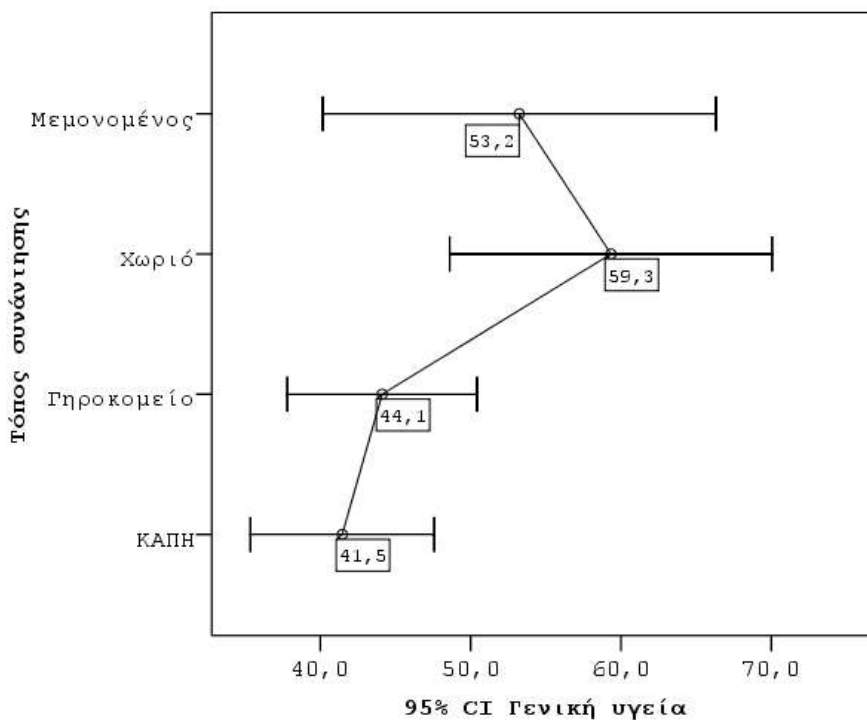
Παρατηρείται πως εμφανίζονται διαφοροποιήσεις στις τιμές της γενικής υγείας (SF36) ($p = 0,016$), της ζωτικότητας (SF36), ($p = 0,042$), στο βαθμό αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R) ($p = 0,031$), της σωματικής ντροπής (ESS) ($p = 0,044$) και της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης (FES) ($p = 0,01$).

Πίνακας 35: Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων ανά τόπο συνάντησης

	F	p
Σωματική λειτουργικότητα	1,162	,331
Σωματικός ρόλος	,608	,612
Σωματικός πόνος	1,446	,237
Γενική υγεία	3,686	,016
Συναισθηματικός ρόλος	,300	,825
Ζωτικότητα	2,884	,042
Ψυχική υγεία	,995	,400
Κοινωνικός ρόλος	,813	,491
Συνολική βαθμολογία	1,007	,397
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	2,115	,107
Αίσθημα κενού (empty)	1,481	,227

Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	,070	,976
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	3,131	,031
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	1,063	,371
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	1,429	,242
Σωματική ντροπή (bodily shame)	2,844	,044
Συνολική ντροπή	1,624	,193
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart - focused attention)	2,046	,115
Συνοχή (Cohesion)	,539	,657
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	,225	,879
Σύγκρουση (Conflict)	,752	,525
Ανεξαρτησία (Independence)	,484	,695
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	,992	,402
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	,850	,471
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	1,046	,378
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	4,087	,010
Οργάνωση (Organization)	,981	,408
Έλεγχος (Control)	1,161	,332

Από την παρατήρηση του διαγράμματος 26 προκύπτει πως το μικρότερο σκορ στην κλίμακα της γενικής υγείας αντιστοιχεί σε όσους χρησιμοποιούν τα ΚΑΠΗ. Στον αντίποδα βρίσκονται όσοι διαμένουν σε χωριό,

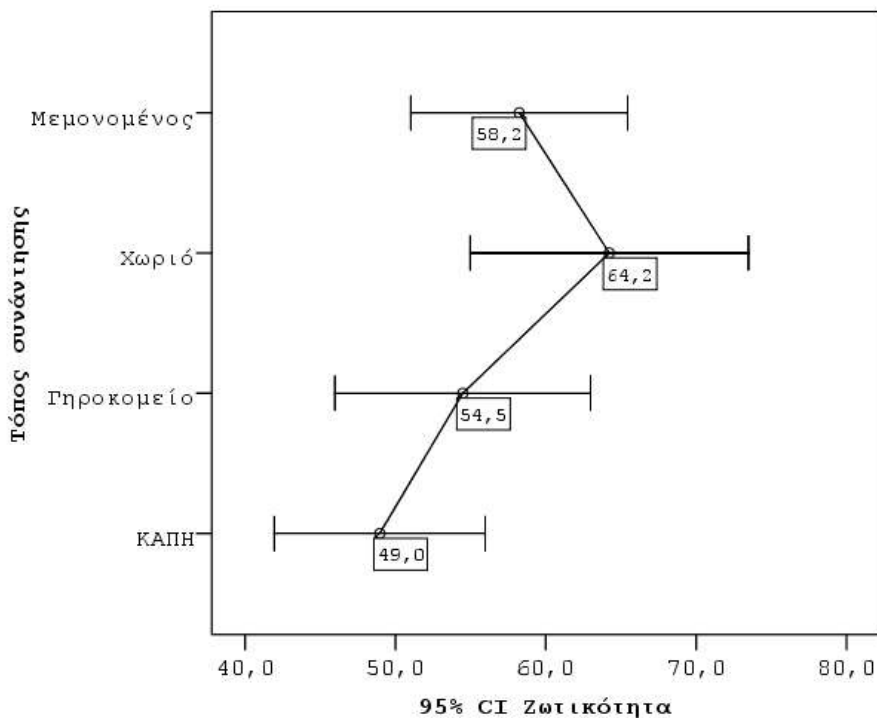


Διάγραμμα 26: Διαφοροποιήσεις της γενικής υγείας ανά τόπο συνάντησης

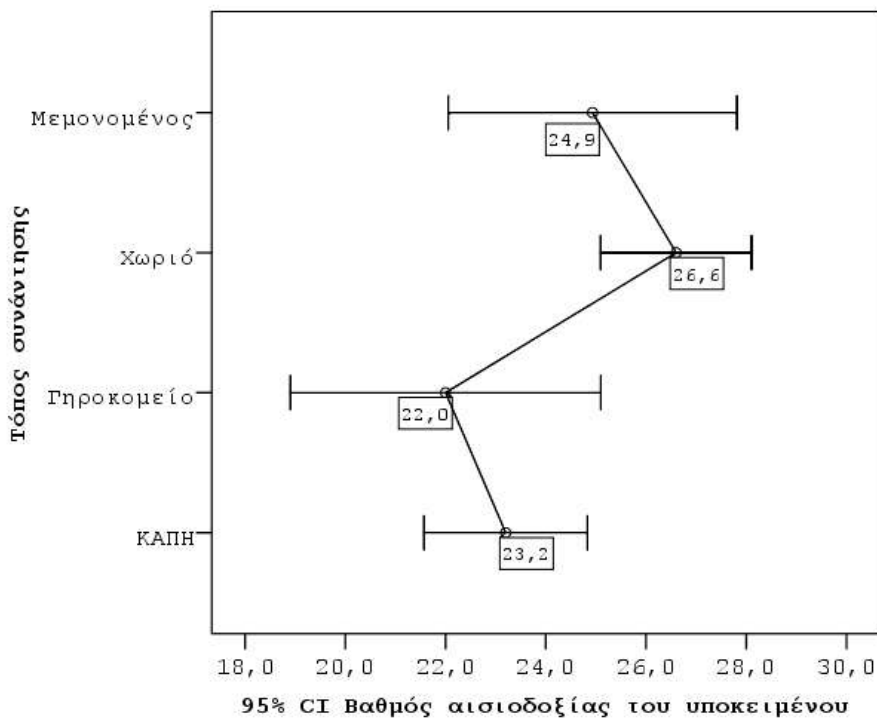
Περαιτέρω, από το διάγραμμα 27, παρατηρείται πως τα ΚΑΠΗ εμφανίζουν το μικρότερο σκορ και στην κλίμακα της ζωτικότητας. Στον αντίποδα βρίσκεται επίσης η κατηγορία των ερωτώμενων που διαμένουν σε χωριό.

Οι διαμένοντες σε χωριό εμφανίζουν και το μεγαλύτερο βαθμό αισιοδοξίας από όλους τους υπόλοιπους ερωτώμενους (Διάγραμμα 28) σε αντίθεση με τους ένοικους του γηροκομείου που βρίσκονται στο άλλο άκρο. Επιπλέον, εμφανίζουν το μικρότερο βαθμό σωματικής ντροπής, κλίμακα στην οποία όσοι δήλωσαν μεμονωμένοι έχουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (Διάγραμμα 29).

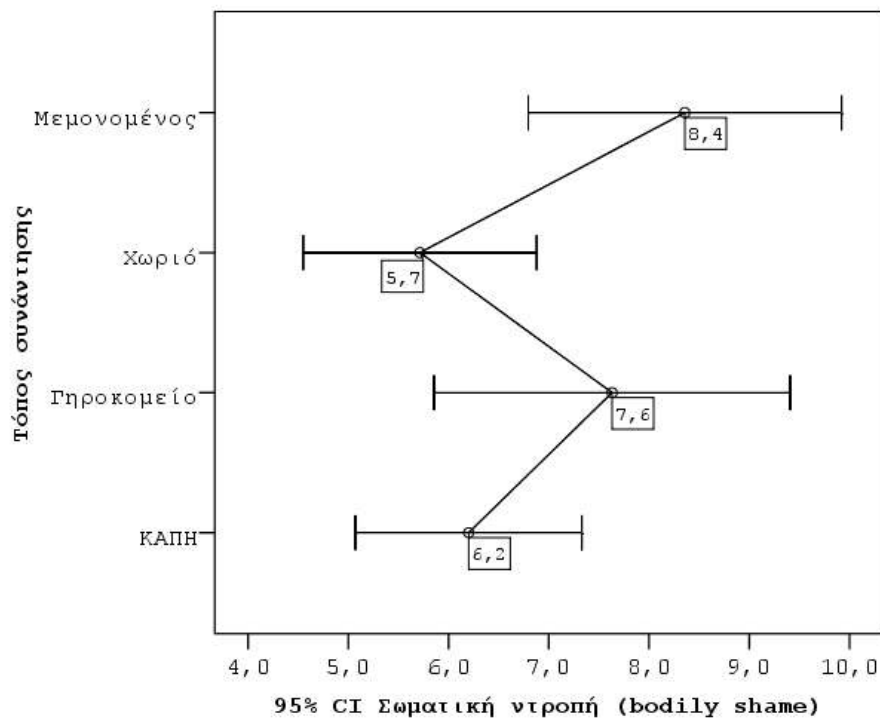
Τέλος, οι διαμένοντες σε χωριό μαζί με τους μεμονωμένους εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης σε αντίθεση με τους διαμένοντες σε γηροκομείο και όσους βρίσκονται σε ΚΑΠΗ οι οποίοι βρίσκονται στο άλλο άκρο (Διάγραμμα 30)



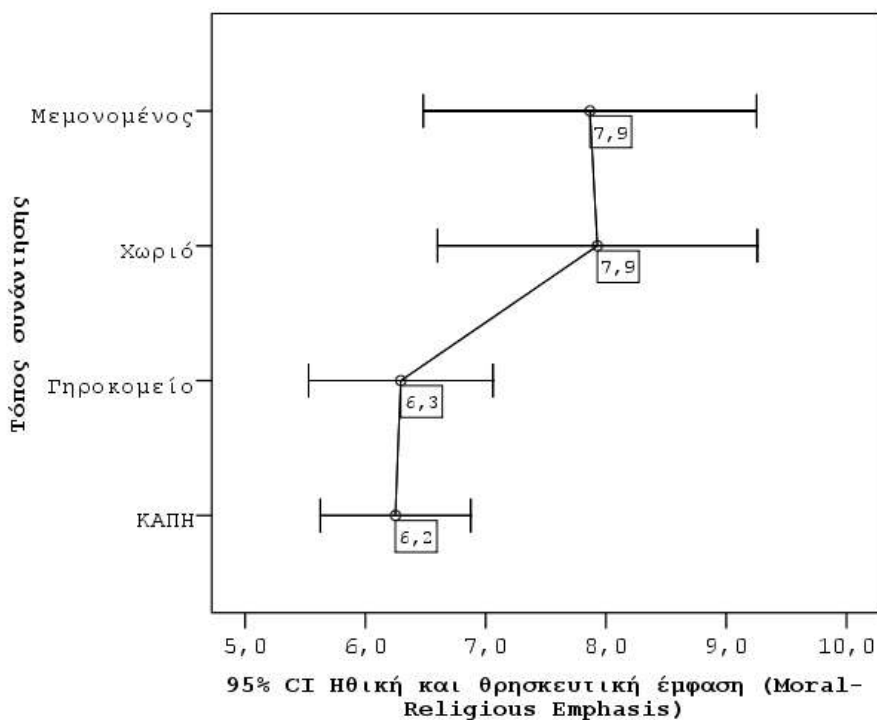
Διάγραμμα 27: Διαφοροποιήσεις της ζωτικότητας ανά τόπο συνάντησης



Διάγραμμα 28: Διαφοροποιήσεις του βαθμού αισιοδοξίας ανά τόπο συνάντησης



Διάγραμμα 29: Διαφοροποιήσεις της σωματικής ντροπής ανά τόπο συνάντησης



Διάγραμμα 30: Διαφοροποιήσεις της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης ανά τόπο συνάντησης

4.8 Εκτίμηση της αισιοδοξίας για το μέλλον από άλλους παράγοντες.

Χρησιμοποιώντας τη στατιστική δοκιμασία της γραμμικής παλινδρόμησης εκτιμήθηκε μοντέλο πρόβλεψης της αισιοδοξίας από άλλους παράγοντες. Ως αρχικό σύνολο ανεξαρτήτων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω :

1. Φύλο
2. Ζωτικότητα
3. Ψυχική υγεία
4. Ηθική και Θρησκευτική έμφαση
5. Χρόνια σωματική νόσο

Με τον αλγόριθμο Stepwise ανιχνεύθηκαν όσες από τις παραπάνω μεταβλητές συνεισφέρουν σημαντικά στην πρόβλεψη της αισιοδοξίας και υπολογίστηκαν στο τελικό μοντέλο. Οι μεταβλητές που προέκυψαν ως σημαντικές είναι το φύλο και η ζωτικότητα (Πίνακες 4.24 και 4.25)

Πίνακας 36: Προσδιορισμό στατιστικά σημαντικών μεταβλητών

Variables Entered/Removed(a)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Ζωτικότητα	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
2	Φύλο	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a Dependent Variable: Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου

Πίνακας 37: Excluded Variables(c)

	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
Ψυχική υγεία	,205(b)	1,793	,078	,225	,825
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	-,125(b)	-1,172	,246	-,150	,979
Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	,014(b)	,127	,899	,016	,897

b Predictors in the Model: (Constant), Ζωτικότητα, Φύλο

c Dependent Variable: Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου

Το ποσοστό της συνολικής μεταβλητότητας υπολογίστηκε να είναι 31,7%, το οποίο χωρίς να είναι ιδανικό θεωρείται ικανοποιητικό για τις κοινωνικές επιστήμες (Πίνακας 4.26). Περαιτέρω, η δοκιμασία ANOVA καταδεικνύει τη συνολική αποτελεσματικότητα του μοντέλου που προκύπτει (Πίνακας 4.27)

Πίνακας 38: Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,480(a)	,230	,218	4,2253
2	,563(b)	,317	,295	4,0109

a Predictors: (Constant), Ζωτικότητα

b Predictors: (Constant), Ζωτικότητα, Φύλο

Πίνακας 39: Δοκιμασία ANOVA για την προσαρμογή του μοντέλου

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	456,412	2	228,206	14,185	,000(b)
Residual	981,338	61	16,088		
Total	1437,750	63			

b Predictors: (Constant), Ζωτικότητα, Φύλο

c Dependent Variable: Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου

Οι συντελεστές της εξίσωσης πρόβλεψης παρουσιάζονται στον πίνακα 4.28. Η εξίσωση είναι

$$\text{Αισιοδοξία} = 0,134 * \text{Ζωτικότητα} - 2,873 * \text{Φύλο} + 20,493$$

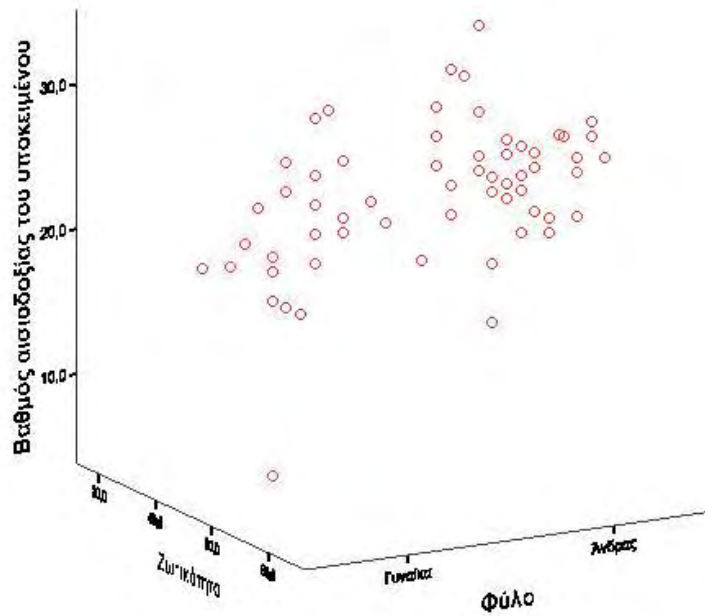
Ιδιαίτερα, από την παραπάνω εξίσωση προκύπτουν τα εξής :

- ▲ Αύξηση της ζωτικότητας κατά 1 μονάδα αντιστοιχεί σε αύξηση της αισιοδοξίας κατά 0,134 μονάδες.
- ▲ Οι άνδρες έχουν μικρότερη αισιοδοξία από τις γυναίκες κατά 2,873 μονάδες.

Πίνακας 40: Συντελεστές του μοντέλου (α)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta	B		
(Constant)	20,493	2,304			8,894	,000
Ζωτικότητα	,134	,030	,468		4,424	,000
Φύλο	-2,873	1,028	-,296		-2,793	,007

a Dependent Variable: Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου



Διάγραμμα 31: Διάγραμμα διασποράς της αισιοδοξίας από τη ζωτικότητα και το φύλο

Κεφάλαιο 5 Συζήτηση

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διασύνδεση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, άγχος για την καρδιακή λειτουργία, οικογενειακές σχέσεις και αισιοδοξία) των υπερηλίκων ατόμων με την ποιότητα ζωής τους αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Στα πλαίσια του παραπάνω γενικού στόχου προχωρήσαμε σε σύγκριση της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Στους άνδρες ερωτώμενους, βρέθηκε πως η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση στις τιμές της χαρακτηρολογικής ντροπής και της συμπεριφορικής ντροπής (παράγραφος , σελίδα 72). Σημειώνεται πως η ίδια τάση εμφανίστηκε και στις γυναίκες ερωτώμενες χωρίς την ίδια ένταση του φαινομένου. Το εύρημα αυτό έρχεται σε φαινομενική αντίθεση με την επικρατούσα άποψη πως η αύξηση της ηλικίας επιφέρει αύξηση στα επίπεδα εσωτερικής ντροπής (Tangney & Dearing, 2002, Heller, 2003). Η ερμηνεία ωστόσο μπορεί να πραγματοποιηθεί υπό το φως των παρατηρήσεων που παρουσιάζονται εποπτικά στο διάγραμμα 29, σελίδα 71, όπου καταδεικνύεται η διαφοροποίηση των ερωτώμενων που διαμένουν σε χωριό ή δραστηριοποιούνται σε ΚΑΠΗ από τους μεμονωμένους και όσους διαμένουν σε γηροκομείο αποδεικνύοντας πως η κοινωνικοποίηση του ανθρώπου συμβάλει στη μείωση τέτοιων αισθημάτων ιδιαίτερα στις μεγάλες ηλικίες όπου εύκολα αναπτύσσονται αισθήματα παραίτησης.

Η τελευταία παρατήρηση εντάσσεται στο δεύτερο στόχο της παρούσης εργασίας ο οποίος ήταν η σύγκριση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των υπερηλίκων που διαμένουν με την οικογένειά τους με εκείνων που διαμένουν σε γηροκομείο. Στον ίδιο άξονα αναφέρουμε το αποτέλεσμα που περιγράφεται εποπτικά στο διάγραμμα 27, σελίδα 70, από όπου παρατηρείται πως όσοι δραστηριοποιούνται σε ΚΑΠΗ εμφανίζουν το μικρότερο σκορ και στην κλίμακα της ζωτικότητας. Στον αντίποδα βρίσκεται επίσης η κατηγορία των ερωτώμενων που διαμένουν σε χωριό, οι οποίοι εμφανίζουν και το μεγαλύτερο βαθμό αισιοδοξίας από όλους τους υπόλοιπους ερωτώμενους (Διάγραμμα 28, σελίδα 70) σε αντίθεση με τους ένοικους του γηροκομείου που βρίσκονται στο άλλο άκρο. Επιπλέον, εμφανίζουν το μικρότερο βαθμό σωματικής ντροπής, κλίμακα στην οποία όσοι δήλωσαν μεμονωμένοι έχουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή (Διάγραμμα 29, σελίδα 71). Τέλος, οι διαμένοντες σε χωριό μαζί με τους μεμονωμένους εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης σε αντίθεση με τους διαμένοντες σε γηροκομείο και όσους βρίσκονται σε ΚΑΠΗ οι οποίοι βρίσκονται στο άλλο άκρο (Διάγραμμα 30, σελίδα 71)

Περαιτέρω, επιβεβαιώθηκε η γενική αντίληψη πως η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση στη σωματική λειτουργικότητα (παράγραφος , σελίδα 72). Ανάλογη τάση εμφανίστηκε και με την κλίμακα της ζωτικότητας γεγονός που παρατηρήθηκε ιδιαίτερα έντονα στις γυναίκες ερωτώμενες της παρούσης εργασίας (παράγραφος , σελίδα 72). Η παραπάνω διαφοροποίηση ανδρών και γυναικών αποδίδεται στην ιδιαίτερη κοινωνική θέση της γυναίκας στην ελληνική κοινωνία, θέση που δεν συνδυάζεται με ιδιαίτερα έντονο τρόπο με οποιοδήποτε παράγοντα σωματικής αντίληψης. Στην ιδιαίτερα κοινωνική θέση της γυναίκας στην ελληνική κοινωνία αποδίδεται και η παρατήρηση πως οι γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη αντίληψη για την αντίδραση των άλλων όταν κάνουν λάθη (Πίνακας 4.1, σελίδα 47), όπως επίσης η στατιστικά μικρότερη αισιοδοξία που εκφράζουν σε σύγκριση με τους άνδρες (Πίνακας 4.21, σελίδα 60) Οι διαφοροποιήσεις αυτές

παρουσιάζονται εμποπτικά στα διαγράμματα 19 και 20, σελίδα 62.

Η παρουσία αγαπημένων ανθρώπων γύρω από έναν υπερήλικο συμβάλει θετικά στη ψυχολογική του κατάσταση και αυτό αντικατοπτρίστηκε στις διαφοροποιήσεις που βρέθηκαν σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Πράγματι, βρέθηκε πως οι έγγαμοι έχουν μικρότερη σωματική αλλά και συνολική ντροπή από τους χήρους (Πίνακας 4.2, σελίδα 48). Σημειώνεται πως η σύγκριση πραγματοποιήθηκε μόνο μεταξύ αυτών των δύο κατηγοριών λόγω του ιδιαίτερα μικρού μεγέθους των υπολοίπων περιπτώσεων (άγαμοι / 1 ερωτώμενος και διαζευγμένοι / 2 ερωτώμενοι). Περαιτέρω, βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση στην υποκλίμακα του συναισθηματικού ρόλου καθώς οι έγγαμοι συγκέντρωσαν στατιστικά μεγαλύτερο σκορ από τους χήρους στην κλίμακα αυτή (60,3 μονάδες έναντι 35,6 μονάδων, $t = 2,132$, $df = 63$, $p = 0,037$). Επιπλέον, η ύπαρξη αδελφών βρέθηκε να μειώνει σημαντικά την μέση τιμή της υποκλίμακας της ανεξαρτησίας του ερωτηματολογίου (R-FES) (Πίνακας 4.6, σελίδα 52), ενώ όσοι έχουν κόρη ή εγγόνια είναι περισσότερο προσανατολισμένοι προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Πίνακας 4.8, σελίδα 53, ή πίνακας 4.7, σελίδα 52) ενώ δεν προέκυψε σημαντικός παράγοντας διαφοροποίησης το αν η κόρη ζει με τους ερωτώμενους ή όχι. Στο ίδιο πλαίσιο, οι ερωτώμενοι που δήλωσαν πως κάνουν διακοπές το καλοκαίρι, έχουν στατιστικά μεγαλύτερο βαθμό αισιοδοξίας από τους υπολοίπους ($p = 0,004$) ενώ το ίδιο συμβαίνει και με όσους δηλώνουν πως κάνουν κολύμπι το καλοκαίρι ($p = 0,017$). Συνοπτικά, οι παράγοντες που βρέθηκαν να συσχετίζονται με το βαθμό αισιοδοξίας των ερωτώμενων παρουσιάζονται στον πίνακα 4.21, σελίδα 60)

Τέλος, όσοι από τους ερωτώμενους πάσχουν από κάποια σωματική νόσο τείνουν να συγκεντρώνουν μικρότερο σκορ στην υποκλίμακα της Ανεξαρτησίας της κλίμακας R – FES σε σχέση με τους υπολοίπους (Πίνακας 4.10, σελίδα 54). Αναμενόμενα, όσοι δηλώνουν πως πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, δίνουν μικρότερες αποκρίσεις από τους υπολοίπους στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας, διαφορές που προκύπτουν στατιστικά σημαντικές στις υποκλίμακες της γενικής υγείας ($p = 0,005$), της ζωτικότητας ($p = 0,021$), και του κοινωνικού ρόλου ($p = 0,026$) (Πίνακας 4.16, σελίδα 57).

5.1 Συμπερασματικά

Το γήρας επέρχεται μαζί με σημαντικά προβλήματα υγείας αλλά και με γεγονότα μεγάλης ψυχολογικής έντασης όπως η συνταξιοδότηση, η απώλεια αγαπημένων προσώπων και η μοναξιά. Συχνά, αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η κατάθλιψη, μια παθολογική κατάσταση που επιδεινώνει τα συχνά οργανικά προβλήματα αυτής της ηλικίας, καθώς η αντίσταση στο στρες είναι ελαττωμένη. Επιπλέον, ο υπερήλικας έχει τις βασικές ψυχολογικές ανάγκες του σεβασμού, της ασφάλειας, της αυτοεκτίμησης και της αποδοχής απ' τους άλλους, ταυτόχρονα όμως είναι τρωτός στο ψυχικό και συναισθηματικό στρες λόγω απώλειας φίλων, συζύγου, κοινωνικών και επαγγελματικών ρόλων και υγείας.

Η συμβολή της παρούσης εργασίας στη βελτίωση της φροντίδας των υπερηλικών είναι η αναγνώριση του

κοινωνικού παράγοντα ως κρίσιμο στοιχείο για την επίτευξη αυτού του στόχου. Ιδιαίτερα, αναγνωρίστηκε η συντροφικότητα και η κοινωνικοποίηση ως παράγοντας αύξησης της αισιοδοξίας για το μέλλον αλλά και ως παράγοντας μείωσης της ντροπής στις διάφορες μορφές της που καταγράφηκαν με τα κατάλληλα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Η κοινωνικοποίηση συνδέεται με αύξηση της ζωτικότητας και όπως καταδείχθηκε στην παράγραφο , (σελίδα 79) αύξηση στη ζωτικότητα των ηλικιωμένων / υπερηλίκων επιδρά θετικά στην αισιοδοξία τους για τη ζωή βελτιώνοντας με τον τρόπο αυτό τη γενικότερη ποιότητα ζωής τους.

Η εργασία ολοκληρώνεται προτείνοντας :

- ^ την περαιτέρω ενημέρωση των ενδιαφερόμενων και των οικογενειών τους για τις υπάρχουσες δομές κοινωνικοποίησης ηλικιωμένων / υπερηλίκων.
- ^ την ηθική ενίσχυση των οικογενειών χρησιμοποιώντας κατάλληλα κίνητρα για την φροντίδα των υπερηλίκων μελών τους.
- ^ τη δημιουργία νέων δομών με τις οποίες θα υποστηριχτεί η περαιτέρω κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων / υπερηλίκων.

Περίληψη

Το γήρας συνοδεύεται από μεταβολές τόσο ψυχολογικές όσο και σωματικές. Στην εργασία αυτή μελετούμε τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπερηλίκων.

Σκοπός: Ο κύριος στόχος της παρούσης έρευνας είναι η διασύνδεση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (εξωτερική ντροπή, εσωτερική ντροπή, άγχος για την καρδιακή λειτουργία, οικογενειακές σχέσεις και αισιοδοξία) των υπερηλίκων ατόμων με την ποιότητα ζωής τους αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις. Το δείγμα αποτέλεσαν εβδομηνταεπτά ενήλικες και υπερηλίκες που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή των Ιωαννίνων. Η μέτρηση των ψυχολογικών παραγόντων πραγματοποιήθηκε με χρήση έξι κλιμάκων οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε παρελθόντες εργασίες για τον ίδιο σκοπό και έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι παράγοντες όπως το ηλικία, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν την τιμή των κλιμάκων που μελετήθηκαν.

Συμπεράσματα: Η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση στη σωματική λειτουργικότητα και στη ζωτικότητα. Επιπλέον, η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση στις τιμές της χαρακτηρολογικής ντροπής και της συμπεριφορικής ντροπής. Οι έγγαμοι έχουν μικρότερη σωματική αλλά και συνολική ντροπή από τους χήρους. Οι διαμένοντες σε χωριό εμφανίζουν το μεγαλύτερο βαθμό αισιοδοξίας από όλους τους υπόλοιπους ερωτώμενους σε αντίθεση με τους ένοικους του γηροκομείου που βρίσκονται στο άλλο άκρο.

Λέξεις κλειδιά: υπερηλίκες, αισιοδοξία, ψυχολογικοί παράγοντες

Abstract

It is an in-depth, internationally studied fact that aging correlates with psychological characteristics as shame or optimism.

Aim: The aim of the present study is to investigate the interconnection of certain psychological factors (external shame, internal shame, anxiety on cardiac function, family relationships and optimism) of elderly people's quality of life and their impact on the Primary Health Care .

Methodology: A correlational, cross – sectional design was designed. The study sample consisted of seventy seven elderly adults living in the region of Ioannina. Psychological factors were measured with the use of six well known and studied questionnaires.

Results: It was found that factors such as age, gender and marital status affect the values of the psychological scales that was studied.

Conclusions: Aging reduce physical function and vitality. Furthermore, as age increases a general reduction appears in the values of characterological and behavioral shame. Married people are less physical and total embarrassment than widows. Village residents have the highest degree of optimism than the other respondents in contrast to the residents of the nursing home.

Keywords: elderly, optimism, psychological factors

Βιβλιογραφία

1. **Ahlbom, A. & Norell S.** (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
2. **Allan, S., Gilbert, P., Goss, K.** (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17, p. 719- 722.
3. **Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., & Clark, V. A.** (1981). Family roles and sex differences in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 379-393.
4. **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.
5. **Andrews, B.** (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.
6. **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.
7. **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.
8. **Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson S.** (2000). Negative and Positive Health Effects of Caring for a Disabled Spouse: Longitudinal Findings From the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, Vol. 15 (2), 259-271.
9. **Bookwala, J., & Schulz, R.** (1996). Spousal similarity in Subjective Well- Being: The Cardiovascular Health Study. *Psychology and Aging*, Vol. 11 (4) , 582-590.
10. **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).
11. **Cape ,R., & Henschke, P.** (1980). Perspective on health in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 28, 295-299.
12. **Cefalu, W. T., & Wagner, J. D.** (1997). Aging and atherosclerosis in human and nonhuman primates. *Age*, 20, 15-28.
13. **Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F.** (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347- 352.
14. **Diener, E.** (2000). The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34- 43.
15. **Doka, K. J.** (1993). *Living with Life- Threatening Illness*. New York: Lexington Books.
16. **Druley, J. A., Martire, L. M., Stephens, M. A. P., Ennis, N., & Wojno, W. C.** (2003). Emotional Congruence in Older Couples Coping With Wives' Osteoarthritis: Exacerbating Effects of Pain

- Behavior. *Psychology and Aging*, Vol. 18 (3), 406- 414.
17. **Gilbert P.** (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
 18. **Gilbert, P. & Andrews, B.** (1998). *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
 19. **Gilbert, P. & McGuire M.T.** (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.
 20. **Gilbert, P.** (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 7, p. 174- 189.
 21. **Gilbert, P.** (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.
 22. **Gilbert, P., Allan, S.** (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, vol. 28, p. 585- 598.
 23. **Gilbert, P., Allan, S., Goss, K.** (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.
 24. **Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V.** (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 1117- 1127.
 25. **Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C.** (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 12, p. 124- 133.
 26. **Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C.** (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol. 10, p. 108- 115.
 27. **Gilbert, P., Miles, J.N.V.** (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.
 28. **Gilligan, C.** (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
 29. **Gilligan, J.** (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research*, vol. 70, p. 1149- 1180.
 30. **Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S.** (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.
 31. **Gotlib, I. H., & Colby, C. A.** (1987). *Treatment of depression: An interpersonal systems approach*. New York: Pergamon Press.
 32. **Gotlib, I. H., & Hammen, C. L.** (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. New York: Wiley.
 33. **Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B.** (1983). Does marriage have positive effects on the well-being of the individual? *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 122- 131.

34. **Kessler, R. C., & Essex, M.** (1982). Marital status and depression: The importance of coping resources. *Social Forces*, 61, 484- 507.
35. **Kohrt, W. M., & Holloszy, J. O.** (1995). Loss of skeletal muscle mass with aging. *Journal of Gerontology*, 50A, 68- 72.
36. **Lang, F. R., & Carstensen, L. L.** (1994). Close Emotional Relationships in Late Life: Further Support for Proactive Aging in the Social Domain. *Psychology and Aging*, Vol. 9 (2), 315- 324.
37. **Lanza, A. F., Cameron, A. E., & Revenson, T. A.** (1995). Perceptions of helpful and unhelpful support among married individuals with rheumatic diseases. *Psychology and Health*, 10, 449- 462.
38. **Liakos, A.** (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression*. Associate Professorship Thesis. University of Athens. Greece.
39. **Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C.** (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
40. **Marks, N.** (1996). Caregiving across the lifespan. National prevalence and predictors. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 45, 27- 36.
41. **Moritz, D. J., Kasl, S. V., & Berkman, L. F.** (1989). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Depressive symptoms and social functioning. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, 17- 27.
42. **Moritz, D. J., Kasl, S. V., & Ostfield, A. M.** (1992). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Blood pressure, self-rated health, and health behaviours. *Journal of Aging and Health*, 4, 244- 267.
43. **Myers, D.** (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56- 67.
44. **Renne, K. S.** (1971). Health and marital experience in an urban population. *Journal of Marriage and the Family*, 23, 338- 350.
45. **Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS.** (1963). Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.
46. **Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ.** (1985). The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, Washington, DC: Hemisphere Publishing, pp. 5-30.
47. **Sales ,E., Schulz, R., & Biegel, D.** (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 1-26.
48. **Smith, J., & Baltes, M. M.** (1998). The Role of Gender in Very Old Age: Profiles of Functioning and Everyday Life Patterns. *Psychology and Aging*, Vol. 13 (4), 676- 695.
49. **Spielberg CD.** Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988.
50. **Tower, R. B., & Kasl, S. V.** (1995). Depressive Symptoms Across Older Spouses and the Moderating Effect of Marital Closeness. *Psychology and Aging*, Vol. 10 (4), 625- 638.
51. **Tower, R. B., & Kasl, S. V.** (1996). Depressive Symptoms Across Older Spouses: Longitudinal

- Influences. *Psychology and Aging*, Vol. 11 (4), 683- 697.
52. **Tsagarakis M., Kafetsios K., Stalikas A.** (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment *European Journal of Psychological Assessment*. Vol.23(1):47–55.
 53. **Williams, D. G.** (1988). Gender, marriage, and psychosocial well- being. *Journal of Family Issues*, 9, 452- 468.
 54. **Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley J. R.** (1996). Relationships of Physical Disease and Functional Impairment to Depression in Older People. *Psychology and Aging*, Vol. 11 (4), 572- 581.
 55. **Αγγελόπουλος, Ν.** (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, p. 118-123.
 56. **Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν.** (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, p. 16-20.
 57. **Γναρδέλλης, Χ.** (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
 58. **Δαρδαβέσης, Θ.** (1988). *Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα : Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
 59. **Ιωαννίδης, Ι. Π.Α.** (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
 60. **Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ.** (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
 61. **Καφέτσιος, Κ. & Ιωαννίδου, Μ.** Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, τεύχος 38.
 62. **Καφέτσιος, Κ.** (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, τόμος 40 (1).
 63. **Λεξικό Ιατρικών όρων.** (1988). Αθήνα: Μαλλιάρης Παιδεία Α.Ε
 64. **Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ.** (1980). Η ψυχολογία του γήρατος. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 39-40, 342- 352.
 65. **Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ.** (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
 66. **Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν.** (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.
 67. **Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ.** (1999). Υγεία και αρρώστια: Η θέση της ψυχολογίας. Στο Δανάη Παπαδάτου, & Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
 68. **Παπαδάτου, Δ.** (1999). Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή/ και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας. Στο Δανάη Παπαδάτου, & Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
 69. **Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
 70. **Παρασκευόπουλος, Ι.Ν.** (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.

71. **Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π.** (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
72. **Χουσιάδας Β. Λ.** (1999). Γήρανση : Πραγματικότητα και προβληματισμός. Συγκριτικά στοιχεία για την Ελλάδα και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Στο Αναστασία Κωσταρίδου- Ευκλείδη (Επιμέλεια), *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Παράρτημα

Ευρετήριο

Πινάκων

Πίνακας 3.1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach.....	25
Πίνακας 3.2: Οικογενειακή κατάσταση	29
Πίνακας 3.3: Ιατρικό ιστορικό.....	30
Πίνακας 3.4 : Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS)	34
Πίνακας 3.5 : Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS).....	36
Πίνακας 3.6: (M.S.-P. Cheung et al, 2004) : Τιμές υποκλιμάκων των OAS, ESS σε δείγμα 125 φοιτητών	38
Πίνακας 3.7 : Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)	38
Πίνακας 3.8: Ενδεικτικές τιμές των υποκλιμάκων του CAQ (Eifert et al., 2000)	39
Πίνακας 3.9 : Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	40
Πίνακας 3.10 : Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES).....	41
Πίνακας 3.11 : Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36.....	43
Πίνακας 3.12: Ενδεικτικές τυπικές τιμές του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας	44
Πίνακας 4.1 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της ντροπής ανά φύλο	47
Πίνακας 4.2 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της ντροπής ανά οικογενειακή κατάσταση	48
Πίνακας 4.3: Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της ντροπής ανά μέγεθος τόπου κατοικίας	48
Πίνακας 4.4 : Τιμές των κλιμάκων της ντροπής μεταξύ αυτών που κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και των υπολοίπων.....	50
Πίνακας 4.5 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος ανά φύλο	51
Πίνακας 4.6 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν αδέρφια και των υπολοίπων.	52
Πίνακας 4.7 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν εγγόνια και των υπολοίπων	52
Πίνακας 4.8 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν κόρη και των υπολοίπων	53
Πίνακας 4.9 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν κόρη που ζει μαζί τους και των υπολοίπων	53
Πίνακας 4.10 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που πάσχουν από κάποια σωματική νόσο και των υπολοίπων	54
Πίνακας 4.11 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και των υπολοίπων.....	55
Πίνακας 4.12 : Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ερωτώμενων που κολυμπούν το καλοκαίρι και των υπολοίπων.....	55
Πίνακας 4.13 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανά φύλο.	56
Πίνακας 4.14 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους	

με αδέρφια και τους υπόλοιπους.....	56
Πίνακας 4.15 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους με εγγόνια και τους υπόλοιπους.	57
Πίνακας 4.16 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους με χρόνια σωματική νόσο και τους υπόλοιπους.	57
Πίνακας 4.17 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους που πάσχουν από την καρδιά τους και τους υπόλοιπους.	58
Πίνακας 4.18 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους που πάσχουν από διαβήτη και τους υπόλοιπους.	58
Πίνακας 4.19 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους που κάνουν διακοπές το καλοκαίρι και τους υπόλοιπους.....	59
Πίνακας 4.20 : Διαφοροποιήσεις του ερωτηματολογίου επισκόπησης της Υγείας ανάμεσα στους ερωτώμενους που κάνουν κολύμπι το καλοκαίρι και τους υπόλοιπους.	59
Πίνακας 4.21 : Παράγοντες που διαφοροποιούν το βαθμό αισιοδοξίας των ερωτώμενων.....	60
Πίνακας 4.22: Συσχέτιση της ηλικίας με τις τιμές των κλιμάκων.....	66
Πίνακας 4.23: Διαφοροποιήσεις των κλιμάκων ανά τόπο συνάντησης.....	68
Πίνακας 4.24: Προσδιορισμό στατιστικά σημαντικών μεταβλητών.....	72
Πίνακας 4.25: Excluded Variables(c).....	72
Πίνακας 4.26: Model Summary.....	73
Πίνακας 4.27: Δοκιμασία ANOVA για την προσαρμογή του μοντέλου.....	73
Πίνακας 4.28: Συντελεστές του μοντέλου (a).....	73