



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μελέτη της Ποιότητας Ζωής των Υπερήλικων Ατόμων που
διαμένουν σε οίκους ευγηρίας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας**

Βασιλική Γόγολου
Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μέλος τριμελούς Επιτροπής
Μέλος τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2015



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



**Study of elderly person's quality of life who reside in residential care in
Primary Health Care**

Copyright © Βασιλική Γόγολου, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

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

Αυτή η εργασία αφιερώνεται...

Στον άνθρωπο της ζωής μου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αναγνωρίζοντας, τη βοήθεια που μου προσφέρθηκε ώστε να ολοκληρωθεί η διπλωματική μου εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω:

Την επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας κ. Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας του ΤΕΙ Ηπείρου για τη συμπαράσταση, τις οδηγίες και τις συμβουλές που μου παρείχε και το χρόνο που μου διέθεσε κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, την επιστημονική βοήθεια της η οποία μου έδωσε συχνά λύσεις όπου συναντούσα εμπόδια.

Την κ. Χρυσή Χατζόγλου και την κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου μέλη της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής για τις εύστοχες παρατηρήσεις τους, την καθοδήγηση και την ενθάρρυνση που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

Όλους τους ηλικιωμένους συμμετέχοντες στην έρευνα, που μου εμπιστεύονται τόσο την καθημερινότητά τους όσο και τα βιώματά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	9
Summary in English	11
Εισαγωγή	13
Τρίτη Ηλικία και Βιοψυχοκοινωνικά Ζητήματα	15
Γηριατρικοί Ξενώνες και Τρίτη Ηλικία	20
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τρίτη Ηλικία	24
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	30
Ερευνητικές υποθέσεις	30
Υλικό και Μέθοδος	31
2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	31
2.1.1 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)	31
2.1.2 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	32
2.1.3 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos	33
2.1.4 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)	35
2.1.5 Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF-36 (Ware και συν.1992)	36
2.1.6 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	37
Στατιστική επεξεργασία	37
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	39

3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	39
4. Περιγραφή των ερωτώμενων	39
4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων	40
5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	45
5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	45
5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ως προς το φύλο	48
5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν έχουν αδέρφια	51
5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το αν έχουν εγγόνια	52
5.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το αν έχουν φίλους	53
5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της ευτυχίας από τη ζωή κατά το παρόν.	54
5.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών αισθήματος τύχης	55
5.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το πόσο συχνά επισκέπτονται τους ηλικιωμένους σε οίκους ευγηρίας οι συγγενείς τους	56
5.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για την πεποίθηση των ηλικιωμένων ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος	57
6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις	58
6.1. Συσχετίσεις της συχνότητας συγγενικών επισκέψεων	58
7. Συζήτηση	60
Οριοθετήσεις	60
Το προφίλ των υπερηλικών	61
Η αναπαράσταση των Υπερήλικων για το γήρας	62

Η σχέση της ποιότητας ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών _____	63
Η σχέση της Ποιότητας ζωής και των μειονεκτικών συναισθημάτων με την ύπαρξη φίλων, εγγονιών και συγγενών _____	63
8. Συμπεράσματα - Προτάσεις _____	65
Βιβλιογραφία _____	67

Η φροντίδα των ηλικιωμένων και υπερηλικών σε πολλές χώρες βαραίνει την ίδια την οικογένειά του. Ωστόσο η παρατηρούμενη ταχεία αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού που χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας, έχει οδηγήσει σε αλλαγές στην πολιτική παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών στους ηλικιωμένους. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας και η διασύνδεσή της με τα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2015 έως τον Σεπτέμβριο του 2015. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES), β) Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey- SF-36), γ) η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), δ) η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS), ε) Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και ερωτήσεων στάσης και αυτοαναφερόμενων στοιχείων για την της ποιότητας ζωής των Υπερήλικων Ατόμων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας πιστεύουν ότι τα γηρατειά είναι δύσκολα και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που μένουν σε γηροκομείο δεν είχαν άλλη επιλογή. Ωστόσο οι δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ως προς το φύλο. Οι ηλικιωμένοι που έχουν αδέρφια εμφανίζουν υψηλά επίπεδα Ηθικής και θρησκευτικής έμφαση (Moral-Religious Emphasis) (Form R-FES) και υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικού ρόλου (SF – SF36). Οι ηλικιωμένοι που έχουν εγγόνια εμφανίζουν υψηλά επίπεδα Ζωτικότητας (VT - SF36). Οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των κατηγοριών αισθήματος τύχης στη ζωή των ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε οίκο ευγηρίας, εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις κλίμακες Συνολική

βαθμολογία Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS), Αίσθημα κατωτερότητας (OAS) Αίσθημα κενού (OAS), Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός R-FES), Ψυχική υγεία (MH) (SF- 36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36), Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36), Γενική υγεία (GH) (SF- 36).

Από τις διαπιστώσεις της παρούσας μελέτης γίνεται εμφανές το πόσο σημαντικό είναι να μελετήσει κανείς την ποιότητα ζωής των Υπερήλικων Ατόμων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Είναι συνηθισμένο οι ηλικιωμένοι να αντιμετωπίζονται ως μια οντότητα αλλά στην πραγματικότητα είναι μια ετερογενής ομάδα, η οποία θα πρέπει να διαχωρίζεται βάση της ηλικίας τους σύμφωνα με την οποία υπάρχουν διαφορετικά προβλήματα.

Λέξεις Ευρετηριασμού: Ηλικιωμένα Άτομα, Ποιότητας Ζωής, Οίκους Ευγηρίας, Γηροκομείο, Υγεία, Ψυχολογία

Care of the elderly and the elderly in many countries weigh the same family. However the observed rapid growth of the elderly population in need of special care, has led to changes in the policy of providing specialized services for the elderly. More specifically, the purpose of this study is to investigate the levels of quality of life of older people living in nursing homes and the interface with the levels of internal and external shame in Primary Health Care.

This research was conducted as part of the postgraduate Program "Primary Health Care" Medical School, University of Thessaly from February 2015 to September 2014. The research tools which was used were: a) the Family Environment Scale (Family Environment Scale, Form R-FES), b) scale for measuring stress on cardiac function (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), c) the Other As Shamer Scale (OAS), d) The Experience of Shame Scale (ESS), e) the Short- Form Health Survey (SF- 36) even a questionnaire socio - demographic information and questions attitudes and self-reported data about quality of life who reside in residential care

Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical analysis of the data , which showed that: that the elderly think old age is difficult, and most of those who live in nursing home had no choice. However, there are no differences between older men and women living in nursing homes gender. Older people who have siblings have high levels of ethics and religious emphasis (Moral-Religious Emphasis) (Form R-FES) and higher levels of emotional role (SF - SF36). Older people who have grandchildren show high levels of Vitality (VT - SF36). The statistical differences in the prices of scales measured among Fortune sense categories in the lives of the elderly who reside in a nursing home, showing statistically significant differences on the scales Overall rating Scale Foreign Shame (OAS), Feeling of inferiority (OAS) vacuum Feeling (OAS) intellectual - cultural orientation R-FES), Mental Health (MH) (SF- 36), Social role (SF) (SF- 36), Bodily Pain (BP) (SF- 36), general health (GH) (SF - 36).

From the findings of this study it becomes clear how important it is to study the quality of life of Houses People living in nursing homes. It is common for elderly to be treated as an entity but is actually a heterogeneous group, which should be separated based on their age in which there are different problems.

Key Words: Elderly Persons, Quality of Life, Residential Care, Nursing Home, Health, Psychology

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προοδευτική αύξηση της ηλικίας του πληθυσμού της γης αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα, όχι μόνο λόγω των άμεσων οικονομικών συνεπειών, όπως η χορήγηση των συντάξεων, αλλά και λόγω της διατήρησης και αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, καθώς είναι γνωστή η σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεγάλης ηλικίας και της ύπαρξης κάποιου είδους ανικανότητας (Callens, et al, 2007).

Εκτός από τις χρόνιες νόσους που συνοδεύουν τα γηρατειά (Barros, et al, 2006) και την πιθανότητα μιας πτώσης η οποία αυξάνει με την ηλικία και που έχουν ως αποτέλεσμα την αυξημένη χρήση των συστημάτων υγείας, δημιουργώντας πρακτική και οικονομική πίεση (Callens, et al, 2007), οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος, συναντώνται σε υψηλά ποσοστά μεταξύ των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας αρνητικά στις υπάρχουσες σωματικές νόσους, αλλά και στην θνησιμότητα (Paluska & Schwent, 2000) υπονομεύοντας την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας με σοβαρές συνέπειες στο άτομο συμπεριλαμβανομένης και της απώλειας της ίδιας του της ζωής (Wulsin, et al, 1999). Εκτιμάται ότι το 16% του πληθυσμού, κάποια στιγμή στη ζωή του θα βιώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο καταθλιπτικής συνδρομής (Kessler, et al, 2003).

Η φροντίδα των ηλικιωμένων και υπερηλικών σε πολλές χώρες βαραίνει την ίδια την οικογένειά του. Ωστόσο η παρατηρούμενη ταχεία αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού που χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας, έχει οδηγήσει σε αλλαγές στην πολιτική παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών στους ηλικιωμένους. Η οικογένεια μπορεί να παραμένει ο κύριος πάροχος φροντίδας σε αυτόν τον πληθυσμό, ωστόσο, κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση στην παροχή υπηρεσιών από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως η παροχή φροντίδας στο σπίτι (Hagihara, 2001).

Παρά τις χρόνιες νόσους που συνοδεύουν τα γηρατειά, οι ηλικιωμένοι μπορούν να διατηρήσουν ένα καλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, παραμένοντας ικανοί να διεξάγουν τις βασικές δραστηριότητες για την αυτοεξυπηρέτησή τους και να διατηρήσουν την κοινωνική τους ζωή (Ramos, 2003). Για να γίνει αυτό η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να παίξει έναν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα της σωματικής και ψυχικής υγείας, τόσο των ηλικιωμένων ατόμων όσο και των φροντιστών τους, είτε αυτοί είναι η ίδια η οικογένεια είτε επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα. 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.

Τρίτη Ηλικία και Βιοψυχοκοινωνικά Ζητήματα

Οι υπερήλικες είναι τα άτομα που έχουν επιβιώσει και έχουν φτάσει τουλάχιστον τα 100 έτη ζωής, ξεπερνώντας κατά 20 έτη τον μέσο όρο προσδόκιμου ζωής. Γενικά τα άτομα άνω των 65 ετών θεωρούνται ηλικιωμένα ενώ τα άτομα άνω των 80 υπερήλικα. (Poon, et al, 1992). Ο πληθυσμός που χαρακτηρίζεται από μεγάλο ρυθμό αύξησης στις βιομηχανοποιημένες χώρες είναι οι υπερήλικες και φαίνεται ότι για κάθε 100.000 κατοίκους αντιστοιχούν περίπου 10-20 υπερήλικες. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν περίπου 22 υπερήλικες σε ίδιο αριθμό πληθυσμού (USCB, 2005), αποτελώντας το 2% του πληθυσμού της χώρας (Motta, et al, 2005), ενώ στην Ιαπωνία περίπου 50 (JMHLW, 2009). Η επιβίωση έως τα 100 έτη ζωής είναι σχετικά σπάνιο φαινόμενο αλλά ο αριθμός των υπερηλικών αυξάνεται κατά 8% ετησίως (Motta, et al, 2005). Μόνο στον Καναδά τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών προβλέπεται ότι θα συνεχίζουν να αυξάνονται και εκτιμάται ότι έως το 2021 τα άτομα άνω των 65 θα αποτελούν το 18% του πληθυσμού σ' αυτή τη χώρα. Επίσης εκτιμάται ότι το 29% των ηλικιωμένων θα είναι μεταξύ των ηλικιών 75-84 και το 13% άνω των 85 ετών (Golant, 2001).

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

Οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνιολογικοί παράγοντες που συμβάλουν στην μακροβιότητα μπορεί να μην είναι ακριβώς ξεκάθαροι αλλά φαίνεται ότι οι γυναίκες απολαμβάνουν το πλεονέκτημα να ζουν περισσότερο. Επίσης φαίνεται ότι δεν υπάρχει κάποιος κυρίαρχος παράγοντας που να συμβάλλει στη μακροβιότητα αλλά το περιβάλλον του ατόμου, τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι εξελίξεις στις βιομηχανοποιημένες χώρες συμβάλλουν στην μακροβιότητα και την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού (Poon, et al, 2009). Ωστόσο μπορεί η εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας να είναι ένα χαρακτηριστικό των γηρατειών, οι διαδικασίες όμως που οδηγούν σε αυτήν είναι εξατομικευμένες και σε κάθε περίπτωση επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών και μη παραγόντων (Kramer, et al, 2004).

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

Τα γηρατεία είναι συνυφασμένα με την μειωμένη σωματική ικανότητα, την έκπτωση της πνευματικής ικανότητας και τη σταδιακή εγκατάλειψη του κοινωνικού ρόλου του ατόμου στις κοινωνικοοικονομικές δραστηριότητες, που συνεπάγεται την μετάβαση από την οικονομική ανεξαρτησία στην οικονομική εξάρτηση από άλλους για υποστήριξη και κυρίως από την οικογένεια (Chou & Chi, 2001).

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

Πιο αναλυτικά τα προβλήματα των υπερηλικών συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- **Οικονομικά προβλήματα:** Η γήρανση και η συνταξιοδότηση συνεπάγονται απώλεια εισοδήματος, οδηγώντας στην οικονομική εξάρτηση των ηλικιωμένων κυρίως από τους συγγενείς τους (Susheela, 1997), καθώς ο χρόνος συνταξιοδότησης δεν έχει αναπροσαρμοστεί παρά το ότι το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί (Susheela, 1997). Έχει φανεί ότι μια από τις κυριότερες

ανασφάλειες μεταξύ ηλικιωμένων και υπερηλίκων είναι η οικονομική ανασφάλεια, ιδιαίτερα μεταξύ αυτών που κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους δεν κατάφεραν να εξοικονομήσουν κάποια χρήματα, γεγονός που συμβάλλει στην έκπτωση της ψυχικής τους υγείας (Poon, et al, 1992).

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

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

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

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

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

- **Κοινωνικά προβλήματα:** Συνήθως οι υπερήλικες βιώνουν μια απομάκρυνση από τον κοινωνικό κύκλο που είχαν τα προηγούμενα έτη και είναι

αναγκασμένοι να χτίσουν ένα νέο κοινωνικό δίκτυο, το οποίο όμως πολλές φορές αποδεικνύεται δύσκολο. Εκτός από αυτό η απώλεια των συντρόφων, συγγενών και φίλων λόγω θανάτου, δυσκολεύει τη διατήρηση των υπάρχοντων κοινωνικών δικτύων και τη δημιουργία νέων. Δημιουργούνται αισθήματα φόβου όσον αφορά στον θάνατο, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απόγνωση, καθώς το άτομο αποθαρρύνεται, χάνει το ενδιαφέρον του για τη ζωή και μπορεί να αποζητά το τέλος της δικής του ζωής (Goldberg & Hiller, 1979).

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

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

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

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

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

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

Γηριατρικοί Ξενώνες και Τρίτη Ηλικία

Ο μορφή της οικογένειας στην Ελλάδα άλλαξε δραματικά την τελευταία 30ετία. Οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές, η αστικοποίηση, η ανατροπή των δεδομένων εργασίας, η διαμόρφωση νέων προτεραιοτήτων βάση του δυτικού τρόπου ζωής, είναι κάποιοι από τους παράγοντες που συνετέλεσαν στην σταδιακή αποδόμηση της παραδοσιακής οικογένειας (<http://www.psychology-athens.com/psychology-articles/27-trith-hlikia.html>).

Η νέα δομή που προέκυψε, η πυρηνική οικογένεια, αποτελούμενη από το ζευγάρι και τα παιδιά τους, αποκόπτεται από το πλαίσιο του ευρύτερου οικογενειακού κύκλου. Η προηγούμενη γενιά ζει σε φυσική ή/και συναισθηματική απόσταση και στερείται τον παραδοσιακό ρόλο της πολυεπίπεδης προσφοράς που είχε στην παραδοσιακή οικογένεια. Η Τρίτη Ηλικία μένει άνευ ρόλου και καθόλου προετοιμασμένη με τις δεξιότητες που απαιτούνται στα σύγχρονα κοινωνικά δεδομένα. Το κύρος της γνώσης το οποίο παλιά προσέδιδε αίγλη στην ύπαρξη της, εξασθενεί λόγω των ιλιγγιωδών αλλαγών στην τεχνολογία, την πρόσβαση στη νέα επιστημονική γνώση και εκπαίδευση (<http://www.psychology-athens.com/psychology-articles/27>).

Η Τρίτη ηλικία μένει λοιπόν χωρίς ρόλο, χωρίς τη νέα γνώση, χωρίς δεξιότητες για ευ ζην σ' αυτήν τη δύσκολη και ανατρεπτική φάση ζωής. Έτσι συχνά, με τη συνοδεία οργανικών παθήσεων, την εμφάνιση κινητικών δυσκολιών και τη μείωση των κοινωνικών επαφών, οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας απομονώνονται (<http://www.psychology-athens.com/psychology-articles/27-trith-hlikia.html>).

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

Η κατάθλιψη στα άτομα μεγάλης ηλικίας κυμαίνεται μεταξύ 3,5-10,2%, ποσοστό που υποδηλώνει ότι υπάρχει υψηλός επιπολασμός της νόσου μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων (Bland, et al, 1988; Beekman, et al, 1998). Οι αγχώδεις διαταραχές φαίνεται ότι είναι ακόμη πιο υψηλές τόσο μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν με τις οικογένειές τους (Bruce & McNamara, 1992), όσο και μεταξύ αυτών που διαμένουν σε γηροκομεία (Junginger, et al, 1993). Επίσης οι αγχώδεις διαταραχές είναι πολύ κοινές μεταξύ των ηλικιωμένων με κυριότερο λόγο τις χρόνιες παθήσεις που τους ταλαιπωρούν (Kunik, et al, 2005; Stein, et al, 1990).

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

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

Σε μια μελέτη φάνηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν μόνα τους είχαν υψηλότερα ποσοστά οικονομικών δυσκολιών, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Chou & Chi, 2001). Πολλά ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν με την οικογένειά τους αισθάνονται ότι έχουν χάσει την αξιοπρέπειά τους, την ανεξαρτησία τους και αισθάνονται ότι έχουν παραμεληθεί ή αγνοηθεί από την οικογένειά τους (Nalini, 2000). Τα άτομα που διαμένουν σε

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

Ακόμη, σε μια άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με την οικογένειά τους είχαν καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που διέμεναν σε γηροκομεία. Πιο συγκεκριμένα φάνηκε ότι αναφορικά με την σωματική και συναισθηματική τους λειτουργία τα άτομα στα γηροκομεία παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά (Heydari, et al, 2012). Φαίνεται ότι ο τόπος διαμονής συσχετίζεται με την καλή ή την κακή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Οι ψυχιατρικές διαταραχές εκτιμάται ότι είναι υψηλότερες κατά 50% στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε γηροκομεία σε σχέση με τον υπόλοιπο ηλικιωμένο πληθυσμό (Black, et al, 1997; Rabins, et al, 1996).

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

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

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

δεν είχαν σχετική εκπαίδευση αναφορικά με τα προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους (Pinquart & Sorensen, 2001).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τρίτη Ηλικία

Τα γηρατεία είναι ένα στάδιο της φυσιολογικής πορείας του ατόμου και έχει υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη λειτουργικής ικανότητας και η γενικότερη σωματική υγεία του ηλικιωμένου ατόμου δεν είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ύπαρξη καλής ποιότητας ζωής, διότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τις ατομικές προσδοκίες και την ικανότητα προσαρμογής. Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων ατόμων σχετικά με την ποιότητα ζωής τους επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τον τόπο διαμονής τους. (Beaumont & Kenealy, 2003).

Η αύξηση του γηραιότερου πληθυσμού έχει αρνητικές συνέπειες για τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, καθώς τα κράτη δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένα έτσι ώστε να παρέχουν κατάλληλες υπηρεσίες που να μπορούν να αντιμετωπίσουν τα επακόλουθα προβλήματα. Οι ηλικιωμένοι έχουν πολλές σωματικές δυσλειτουργίες και μειωμένη κινητική λειτουργικότητα (Imai, 1998).

Έχει φανεί ότι η κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζεται από την ηλικία, το είδος της οικογενειακής του κατάστασης, την στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στους ηλικιωμένους, τη στάση των ίδιων των ηλικιωμένων απέναντι στη ζωή, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εάν είναι παντρεμένοι, ανύπαντροι ή χηρευμένοι, το διατροφικό τους πρόγραμμα και η ψυχολογική τους ευημερία. Συνεπώς επικρατεί η άποψη ότι για να προαχθεί η καλή υγεία των ηλικιωμένων θα πρέπει να υπάρχουν καλύτερα συνταξιοδοτικά προγράμματα που θα εξασφαλίζουν μια καλύτερη οικονομική κατάσταση (Valente, 1999). Οι υπερήλικες αναφέρουν ότι δεν έχουν πολλές κοινωνικές επισκέψεις και ότι είναι λιγότερο πιθανό να μιλήσουν στο τηλέφωνο ή να έχουν σύντροφο ή κάποιο άτομο που τους παρέχει περίθαλψη, αλλά συνήθως έχουν τα παιδιά τους που τους φροντίζουν με την διατροφή και τις καθημερινές δραστηριότητες (Martin et al, 1996). Ωστόσο οι περισσότεροι από αυτούς αναφέρουν ότι έχουν ένα έμπιστο άτομο με το οποίο μπορούν να μιλήσουν ή να βοηθηθούν όταν είναι άρρωστοι ή αντιμετωπίζουν ένα γενικότερο πρόβλημα υγείας (Martin et al, 1996).

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

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλει στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στη γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων (Wilson, et al, 2002; Hultsch, et al, 1999). Στην τρίτη ηλικία ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας, και κατ' επέκταση αυξάνεται η ποιότητα ζωής (Rodin, et al, 1992; Albert, et al, 1995). Σε μια έρευνα στην Ιταλία μεταξύ υπερηλίκων με ηλικία μεταξύ 76-98, το 68% ήταν γυναίκες και το 42% των συμμετεχόντων διέμενε με τα παιδιά του, ενώ του 22% των ηλικιωμένων ζούσαν μόνοι τους. Το εκπαιδευτικό επίπεδο σχεδόν του συνόλου ήταν χαμηλό. Οι σωματικές νόσοι από τις οποίες υπέφεραν ήταν η υπέρταση και η αρθρίτιδα, ενώ το 20% δεν ανέφερε κάποια νόσο. Αναφορικά με κάποια γνωστική δυσλειτουργία στο 34,1% παρατηρήθηκε κάποια ήπια μορφή και το 11,8% είχαν σοβαρή γνωστική δυσλειτουργία. Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διέμενε στην επαρχία και με την οικογένειά του εξηγεί το ότι γενικά η αντιλαμβανόμενη ποιότητα υγείας ήταν καλή καθώς οι συναντήσεις με μέλη της οικογένειάς μειώναν το αίσθημα της μοναξιάς (Nante, et al, 1999). Σε μια άλλη ερευνητική μελέτη που έλαβε χώρα στο Ιράν μεταξύ 220 ηλικιωμένων ατόμων που

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

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

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

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

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

Οι ιατρικές παρεμβάσεις από μόνες τους δεν μπορούν να αλλάξουν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα στην περίπτωση των υπερηλικών των ορεινών και

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

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

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

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

Σε μια άλλη έρευνα μεταξύ επαγγελματιών υγείας που ασχολούνταν με άτομα με άνοια και την αποτελεσματικότητά τους στην ψυχική τους υγείας φάνηκε ότι οι παρεμβάσεις που είχαν καλά αποτελέσματα ήταν αυτές που συμπεριελάμβαναν τους ίδιους τους ηλικιωμένους αλλά και τους φροντιστές τους και όταν οι παρεμβάσεις ήταν

εντατικές και προσαρμοσμένες στις ανάγκες των φροντιστών. Αυτές οι παρεμβάσεις συμπεριελάμβαναν πρακτική υποστήριξη στους φροντιστές, ατομική συμβουλευτική και επαγγελματική υποστήριξη (Brodaty, et al, 2003).

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

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η μελέτη της Ποιότητας Ζωής των Υπερήλικων Ατόμων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας και η διασύνδεσή της με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των Υπερήλικων Ατόμων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας και η διασύνδεσή της με τα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των υπερήλικων ανδρών και της ομάδας των υπερήλικων γυναικών ως προς την ποιότητα ζωής τους,
- Σύγκριση της ομάδας των υπερήλικων ανδρών και της ομάδας των υπερήλικων γυναικών ως προς τα επίπεδα ντροπής που αισθάνονται,
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Ερευνητικές υποθέσεις

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

- Η ζωή των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας και γηροκομία συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ματαίωση, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή. Ως προς την ποιότητα ζωής των υπερηλικών που διαμένουν εκτός της οικογένειάς τους, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα των υπερηλικών του Ελληνικού πληθυσμού που διαμένουν με την οικογένειά τους.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της ποιότητας ζωής με τη ντροπή, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στη σωματική και ψυχική υγεία. Κατά συνέπεια, ως προς τα επίπεδα ντροπής, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας και γηροκομεία θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής.

Υλικό και Μέθοδος

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

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν υπερήλικα άτομα που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας.

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

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

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

2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

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

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale).

Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

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

Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87 (Gouva et al., 2015). Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1994; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003; Benn et al., 2005).

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

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

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν 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, (Gouva et al., 2015). Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

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

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

περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

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

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
 - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
 - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
 - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

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

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

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

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια

εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Το ερωτηματολόγιο CAQ έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825 (Dragioti et al., 2011).

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

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

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

μελέτες γενικού πληθυσμού το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων θεραπευτικών πράξεων που χρησιμοποιούνται στην ιατρική.

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

2.1.6 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν τη στάση τους ως προς τη διαμονή τους σε οίκους ευγηρίας.

Στατιστική επεξεργασία

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

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι

υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

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

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

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

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

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

3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

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

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
OAS	0,846
ESS	0,832
SF-36	0,989
CAQ	0,836
FES	0,750

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7.

Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS, ESS, CAQ, SF-36 και FES, θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Dragioti et al., 2011; McCubbin et al., 2001; Bussing et al., 2005).

4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 70 ηλικιωμένοι Έλληνες. Από τους 70 ηλικιωμένους οι 25 (ποσοστό 35,7%) ήταν άνδρες και οι 45 (ποσοστό 64,3%) γυναίκες.

Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $78,51 \pm 8,7$, με εύρος 55-100, (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατανομή, 70 ηλικιωμένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	25 (35,7)	45 (64,3)	70 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη – μεγίστη	66 - 95	55 - 100	55-100	
Μέση τιμή (x ± SD)	78,48 ± 8,3	78,53 ± 9,1	78,51 ± 8,7	t=-0,024 P=0,981

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

4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων

Από τους 70 ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στη μελέτη, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, ποσοστό 64,3%, σε αντίθεση με τους άνδρες που ήταν μόνο 25 (ποσοστό 35,7%). Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ανδρών ήταν 78,48 ± 8,3, με εύρος 66-95 και των ηλικιωμένων γυναικών ήταν 78,53 ± 9,1 με εύρος 55-100 και χωρίς στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους (p=0,981), συγκρινόμενοι με το T-test. Από το δείγμα των ηλικιωμένων της έρευνας και σύμφωνα με της απαντήσεις τους συμπεράνουμε ότι οι 28 κατοικούν σε πόλη μικρότερη των 150.000 κατοίκων, οι 26 σε πόλη μεγαλύτερη των 150.000 κατοίκων και οι 16 σε χωριό. Οι 3 (ποσοστό 4,3%) από τους ηλικιωμένους του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 7 (ποσοστό 10,0%) είναι διαζευγμένοι και οι 38 (ποσοστό 54,3%) έχουν απωλέσει το σύντροφό τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους (p=0,777) συγκρινόμενοι με το Likelihood Ratio (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Κατανομή, 70 ηλικιωμένων κατά οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και καταγωγή

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	25 (35,7)	45 (64,3)	70 (100,0)	
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος	6 (24.0)	16 (35.6)	22 (31.4)	
Έγγαμος (η)	1 (4.0)	2 (4.4)	3 (4.3)	
Διαζευγμένος (η)	3 (12.0)	4 (8.9)	7 (10.0)	
Χήρος (α)	15 (60.0)	23 (51.1)	38 (54.3)	L.R. =1.102 P= 0,777

Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Αναλφάβητος	4 (16.0)	15 (33.3)	19 (27.1)	X ² _p = 7.058 P = 0,029
Απόφοιτος Δημοτικού	11 (44.0)	24 (53.3)	35 (50.0)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	10 (40.0)	6 (13.3)	16 (22.9)	

Καταγωγή				
Χωριό/Κωμόπολη	7 (28.0)	9 (20.0)	16 (22.9)	L.R.=0,609 P = 0,737
Πόλη<150.000 κατοίκους	9 (36.0)	19 (42.2)	28 (40.0)	
Πόλη>150.000 κατοίκους	9 (36.0)	17 (37.8)	26 (37.1)	

X²_p= x² του Pearson, L.R.= πρόκειται για την τιμή του Likelihood Ratio, όπως δίδεται από το SPSS.
=====

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, 2 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσε ότι είναι αναλφάβητος/η, 3 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι γυμνασίου και 5 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 50.0%). Δηλαδή δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σύγκριση των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (p=0,029) με το x² του Pearson, (πίνακας 3).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 75,7%) οι ηλικιωμένοι έχουν αδέρφια, ενώ μόλις 6 στους 25 ηλικιωμένους άντρες δηλώνει πως δεν έχει αδέρφια και 11 στις 45 ηλικιωμένες γυναίκες αντίστοιχα. Το ίδιο συμβαίνει και με την ύπαρξη παιδιών, όπου και οι 14 ηλικιωμένοι άνδρες δηλώνουν πως έχουν παιδιά (ποσοστό 56.0%) και από τις ηλικιωμένες γυναίκες το ποσοστό που δηλώνει πως έχει παιδιά φτάνει το 55.6% (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Κατανομή, 70 ηλικιωμένων κατά ύπαρξη αδελφών, παιδιών, εγγονιών, κόρης και σε περίπτωση ύπαρξη κόρης αν ζει μαζί της.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	25 (35,7)	45 (64,3)	70 (100,0)	

Αδέρφια

Ναι	19 (76,0)	34 (75,6)	53 (75,7)	L.R. =0,002 P=0.967
Όχι	6 (24,0)	11 (24,4)	17 (24,3)	

Παιδιά

Ναι	14 (56,0)	25 (55,6)	39 (55,7)	x ² _p =0.001 P=0.971
Όχι	11 (44,0)	20 (44,4)	31 (44,3)	

Εγγόνια

Ναι	10 (40.0)	21 (48.8)	31 (45.6)	$\chi^2_y=0.497$
Όχι	15 (60.0)	22 (51.2)	37 (54.4)	P= 0.480

Έχετε κόρη;

Ναι	7 (28.0)	19 (42.2)	26 (37.1)	$\chi^2_y =0.849$
Όχι	18 (72.0)	26 (57.8)	44 (62.9)	P= 0.356

Αν ναι, ζει κοντά σας

Ναι	0 (0.0)	2 (10.0)	2 (7.4)	$\chi^2_y =0.000$
Όχι	7 (100.0)	18 (90.0)	25 (92.6)	P=0.975

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

Από τους ηλικιωμένους του δείγματος οι 5 στους 10 έχουν εγγόνια (ποσοστό 45.6%), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0,480$) συγκρινόμενες με το χ^2 του Pearson. Ως προς το αν έχουν κόρη οι 44 ηλικιωμένοι (ποσοστό 62,9%) απαντούν αρνητικά, εκ των οποίων οι 18 είναι ηλικιωμένοι άνδρες και οι 26 ηλικιωμένες γυναίκες, σε αντίθεση με τους 26 ηλικιωμένους, 7 ηλικιωμένους άνδρες και 19 ηλικιωμένες γυναίκες, (ποσοστό 42,2%) οι οποίοι δηλώνουν πως έχουν κόρη. Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 2 ηλικιωμένων (ποσοστό 7.4%) ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 25 ηλικιωμένων (ποσοστό 92.6%) που η κόρη τους δε ζει κοντά τους (πίνακας 4).

Οι 65 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι τα γηρατειά είναι δύσκολα (ποσοστό 92,2%) ενώ οι 5 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι πιστεύουν το αντίθετο. Επιπλέον, 21 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είναι ευτυχισμένοι που ζουν στον οικο ευγηρίας, οι 10 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως δεν είναι ευτυχισμένοι που ζουν στον οικο ευγηρίας ενώ 39 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι απαντούν πως δεν έχουν άλλη επιλογή. Το 78,6% των ηλικιωμένων ερωτώμενων (55 αποκρίσεις) δήλωσαν πως έχουν φίλους ενώ το 21,4% των ηλικιωμένων ερωτώμενων (15 αποκρίσεις) δήλωσαν πως δεν έχουν φίλους. Επιπρόσθετα οι 56 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι έχουν φίλους στον οικο ευγηρίας (ποσοστό 80,0%) ενώ οι 14 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δεν έχουν φίλους στον οικο ευγηρίας (ποσοστό 20,0%) (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Κατανομή 70 ηλικιωμένων ως προς το αν τα γηρατειά είναι κάτι δύσκολο, αν είναι ευχαριστημένοι που ζουν στον οικο ευγηρίας, αν έχουν φίλους, αν έχουν φίλους στον οικο ευγηρίας και αν επιθυμούν οι συγγενείς να τους επισκέπτονται πιο συχνά.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
--	----------------	------------------	----------------	------------------------------

Σύνολο	25 (35,7)	45 (64,3)	70 (100,0)	
--------	-----------	-----------	------------	--

Τα γηρατειά είναι δύσκολα

Ναι	23 (92,0)	42 (93,3)	65 (92,2)	L.R.=0,042
Όχι	2 (8,0)	3 (6,7)	5 (7,1)	P=0,837

Ευχαριστημένοι που ζουν στον οικο ευγηρίας

Ναι	10 (40,0)	11 (24,4)	21 (30,0)	$\chi^2_p=2.468$
Όχι	2 (8,0)	8 (17,8)	10 (14,3)	P=0.291
Δεν έχω άλλη επιλογή	13 (52,0)	26 (57,8)	39 (55,7)	

Έχουν φίλους

Ναι	21 (84,0)	34 (75,6)	55 (78,6)	$\chi^2_p=0.680$
Όχι	4 (16,0)	11 (24,4)	15 (21,4)	P=0.409

Έχουν φίλους στον οικο ευγηρίας

Ναι	21 (84,0)	35 (77,8)	56 (80,0)	$\chi^2_p=0.388$
Όχι	4 (16,0)	10 (22,2)	14 (20,0)	P=0.532

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

Οι 51 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους δεν αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 35 είναι ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 77,8%) και 16 ηλικιωμένοι άνδρες (ποσοστό 64,0%).

Είκοσι οκτώ από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 40,6%), από αυτούς το 12,1% καταλαμβάνουν οι ηλικιωμένοι άνδρες και το 46,7% οι ηλικιωμένες γυναίκες (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Κατανομή 70 ηλικιωμένων κατά το αν πάσχουν από κάποιο χρόνια σωματικό, ψυχιατρικό νόσημα, την καρδιά τους, αν έχουν σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και αν έχει υποβληθεί σε χειρουργείο.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	25 (35,7)	45 (64,3)	70 (100,0)	

Πάσχετε από κάποιο χρόνια σωματικό νόσημα;

Ναι	9 (36,0)	10 (22,2)	19 (27,1)	$\chi^2_p = 1.542$
Όχι	16 (64,0)	35 (77,8)	51 (72,9)	P=0.214

Πάσχετε από κάποιο χρόνια ψυχιατρικό νόσημα;

Ναι	7 (12,1)	21 (46,7)	28 (40,6)	$\chi^2_p = 1.987$
Όχι	17 (87,9)	24 (53,3)	41 (59,4)	P=0.158

Πάσχετε από την καρδιά σας;

Ναι	8 (32,0)	6 (13,3)	14 (20,0)	$\chi^2_p = 3,5$
Όχι	17 (68,0)	39 (86,7)	56 (80,0)	P=0.061

Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη				
Ναι	13 (52.0)	15 (33.3)	28 (40.0)	$\chi^2_p = 2.333$ P=0.126
Όχι	12 (48.0)	30 (66.7)	42 (60.0)	

Έχετε Υπέρταση;				
Ναι	15 (60.0)	22 (48.9)	37 (52.9)	$\chi^2_p = 0.796$ P=0.372
Όχι	10 (40.0)	23 (51.1)	33 (47.1)	

Έχετε χειρουργηθεί κάποια φορά στη ζωή σας;				
Ναι	11 (44.0)	18 (40.0)	29 (41.4)	$\chi^2_p = 0.105$ P=0.744
Όχι	14 (56.0)	27 (60.0)	41 (58.6)	

$\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson.

Επιπλέον, μόλις οι 14 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους αποκριθήκαν πως πάσχουν από την καρδιά τους (ποσοστό 20,0%), οι 37 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους (ποσοστό 52,9%) δήλωσαν πως πάσχουν από υπέρταση ενώ οι 28 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους (ποσοστό 40,0%) δήλωσαν πως πάσχουν από διαβήτη. Ακόμη οι 18 ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 40,0%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους όπως και 11 ηλικιωμένοι άνδρες (ποσοστό 44,0%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείριση στη ζωή τους.

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών οι οποίοι διαμένουν σε οίκους ευγηρίας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και ο τρόπος βαθμολόγησής τους.

5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 5 ψυχομετρικά ερωτηματολόγια και 1 ερωτηματολόγιο γενικής υγείας. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)	
Συνολική βαθμολογία	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του.
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
Αίσθημα κενού (empty)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3,9,11,12,13 και 14.
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)	
Συνολική ντροπή	από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις του.
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
Σωματική ντροπή (bodily shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire	

(CAQ)	
Συνολική Τιμή CAQ	Συνολική μέση τιμή από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 8, 9 και 10.
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4 και 6.
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3 και 5.
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)	
Σχέσεις (Relationship Dimensions)	
Συνοχή (Cohesion)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 11, 41, 61
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
Σύγκρουση (Conflict)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)	
Ανεξαρτησία (Independence)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 5,

	15, 35, 45, 75, 85 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 18, 38, 68.
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)	
Οργάνωση (Organization)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος	
Γενικό Σύνολο	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός ρόλος (RP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 17, 18

	και 19, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ζωτικότητα (VT)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 23, 27, 29 και 31, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ψυχική υγεία (MH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Κοινωνικός ρόλος (SF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 20 και 32, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός πόνος (BP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 και 22, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Γενική υγεία (GH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1,2, 33, 34, 35 και 36, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RF, RP, BP & GH
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RE, VT, MH & SF

5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ως προς το φύλο

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 70 ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το φύλο. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις σαράντα πέντε κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

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

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

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 10. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ως προς το φύλο					
			T-Test		
	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	P
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)					
Συνολική βαθμολογία	30,72±11,80	32,80±13,05	-,661	68	,511
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	11,64±5,01	12,76±5,02	-,892	68	,376
Αίσθημα κενού (empty)	7,88±3,26	8,04±3,36	-,198	68	,844
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	9,56±4,92	10,22±5,34	-,511	68	,611
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)					
Συνολική ντροπή	61,32± 15,00	58,00± 14,78	,896	68	,373
Χαρακτηρολογική ή ντροπή (characterological shame)	29,76± 7,93	27,73± 7,60	1,053	68	,296
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	20,16± 6,18	19,16± 5,97	,666	68	,507
Σωματική ντροπή (bodily shame)	11,40± 3,70	11,11± 4,07	,294	68	,770
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)					
Total CAQ	1,80±0,76	1,61±0,82	,911	67	,366
Fear	1,64±1,13	1,33±1,19	1,072	68	,288

Avoidance	2,19±0,97	2,01±1,10	,655	68	,515
Heart Focused Attention	1,61±0,72	1,47±0,88	,672	68	,504
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)					
Σχέσεις (Relationship Dimensions)					
Συνοχή (Cohesion)	5,56±3,09	6,16±2,50	-,875	68	,385
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,68±2,34	5,71±1,89	-,061	68	,952
Σύγκρουση (Conflict)	3,68±2,38	3,31±2,13	,666	68	,508
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)					
Ανεξαρτησία (Independence)	4,80±1,89	4,78±1,69	,050	68	,960
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	5,84±2,39	6,24±1,91	-,775	68	,441
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,76±2,70	4,96±2,38	-,314	68	,755
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	3,92±2,50	4,00±2,03	-,145	68	,885
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	5,92±2,41	6,73±1,83	-1,588	68	,117
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)					
Οργάνωση (Organization)	5,28±2,44	6,16±2,18	-1,541	68	,128
Έλεγχος (Control)	5,52±1,39	5,56±1,66	-,091	68	,928
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος					
Γενικό Σύνολο	50,96±15,54	53,60± 11,71	-,802	68	,425
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	61,80± 38,40	59,33± 38,60	,257	68	,798
Σωματικός ρόλος (RP)	51,00±48,60	50,00± 47,97	,083	68	,934

Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	56,00±47,84	54,07± 47,82	,161	68	,872
Ζωτικότητα (VT)	47,20±8,792	47,67±12,04	-,170	68	,866
Ψυχική υγεία (MH)	46,88±15,07	46,22± 17,15	,160	68	,873
Κοινωνικός ρόλος (SF)	57,50± 26,02	55,27± 29,49	,315	68	,754
Σωματικός πόνος (BP)	64,00± 31,74	63,78± 31,37	,028	68	,978
Γενική υγεία (GH)	47,67±26,79	48,89± 27,33	-,181	68	,857
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	224,4±129,4	222,0±132,86	,075	68	,940
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	207,6±76,63	203,24±79,42	,222	68	,825

Στον πίνακα 8, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι ηλικιωμένοι άνδρες δεν εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις ηλικιωμένες γυναίκες σε καμία κλίμακα.

5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν έχουν αδέρφια

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 70 ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το φύλο ως προς το αν έχουν αδέρφια.

Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις σαράντα πέντε κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

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

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

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 10. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 9: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν έχουν αδέρφια					
			T-Test		
	Με αδέρφια	Χωρίς αδέρφια	t	df	P
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)					
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)					
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	6,72±1,82	5,59±2,56	1,993	68	0,050
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματικός ρόλος (RP)	41,98±46,45	76,47±43,72	-2,70	68	0,009
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	47,78±76,47	46,92±43,72	-2,227	68	0,029

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

Ηθική και θρησκευτική έμφαση (MRE) (R-FES)

Συναισθηματικός Ρόλος (RE) (SF- 36)

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

Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36)

5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το αν έχουν εγγόνια

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 70 ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το αν έχουν εγγόνια. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις σαράντα πέντε κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

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

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

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του $T - Test$ δίνει τον πίνακα 10. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το αν έχουν εγγόνια					
			T-Test		
	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	P
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Ζωτικότητα (VT)	44,84±50,13	8,31±12,22	-2,048	68	0,045

Στον πίνακα 10, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι ηλικιωμένοι που έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν έχουν εγγόνια στη κλίμακα:

Ζωτικότητα (VT) (SF- 36)

5.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το αν έχουν φίλους

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 70 ηλικιωμένων ατόμων οι οποίοι ζουν σε οίκο ευγηρίας ως προς το αν έχουν φίλους. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student ($T - Test$) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις σαράντα πέντε κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

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

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

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 10. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 11: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οικο ευγηρίας ως προς το αν έχουν φίλους					
			T-Test		
	Έχουν φίλους	Δεν έχουν φίλους	t	df	P
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)					
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	11,75±14,60	4,77±5,37	-1,99	68	0,050
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματικός ρόλος (RP)	56,36±28,33	47,68±43,16	2,057	68	0,044

Στον πίνακα 11, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι ηλικιωμένοι που έχουν φίλους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις ηλικιωμένες γυναίκες στις κλίμακες :

Αίσθημα κατωτερότητας (inferior) (OAS)

Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36)

5.6 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της ευτυχίας από τη ζωή κατά το παρόν.

Στον πίνακα 12, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ της της ευτυχίας από τη ζωή κατά το παρόν όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

Συνοχή (R-FES) ($p = 0,034$)

Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (R-FES) ($p = 0,008$)
 Οργάνωση (R-FES) ($p = 0,045$)

Πίνακας 12: Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της ευτυχίας από τη ζωή κατά το παρόν.

	F	p
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Συνοχή (Cohesion)	3,573	,034
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	5,232	,008
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	3,256	,045

5.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών αισθήματος τύχης

Στον πίνακα 15, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των κατηγοριών αισθήματος τύχης στη ζωή των ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε οίκο ευγηρίας, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

Συνολική βαθμολογία Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS) ($p = 0,030$)

Αίσθημα κατωτερότητας (OAS) ($p = 0,005$)

Αίσθημα κενού (OAS) ($p = 0,015$)

Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός R-FES) ($p = 0,009$)

Ψυχική υγεία (MH) (SF- 36) ($p = 0,015$)

Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36) ($p = 0,021$)

Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36) ($p = 0,028$)

Γενική υγεία (GH) (SF- 36) ($p = 0,002$)

Πίνακας 13: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών ικανοποίησης της σημερινής σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	2,656	,030
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	3,779	,005
Αίσθημα κενού (empty)	3,068	,015
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	3,401	,009
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Ψυχική υγεία (MH)	3,058	,015
Κοινωνικός ρόλος (SF)	2,880	,021
Σωματικός πόνος (BP)	2,706	,028
Γενική υγεία (GH)	4,314	,002

5.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το πόσο συχνά επισκέπτονται τους ηλικιωμένους σε οίκους ευγηρίας οι συγγενείς τους

Στον πίνακα 16, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν το πόσο συχνά επισκέπτονται τους ηλικιωμένους σε οίκους ευγηρίας οι συγγενείς τους, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στην παρακάτω κλίμακα:
Αίσθημα κενού (empty- OAS) ($p = 0,043$)

Πίνακας 14: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για το πόσο συχνά επισκέπτονται τους ηλικιωμένους σε οίκους ευγηρίας οι συγγενείς τους

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Αίσθημα κενού (empty)	2,617	,043

5.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για την πεποίθηση των ηλικιωμένων ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος

Στον πίνακα 15, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ κατηγοριών για την πεποίθηση των ηλικιωμένων ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες:

Αίσθημα κενού (OAS) ($p = 0,001$)

Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis) ($p = 0,004$)

Πίνακας 15: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών για την πεποίθηση των ηλικιωμένων ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος		
	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Αίσθημα κενού (empty)	5.086	,001
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	3.810	,004

6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων με όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν την αναπαράσταση των υπερηλίκων με τα βιώματά τους στο γηροκομείο αλλά και με τις απαντήσεις τους στη στάση τους απέναντι στο γήρας και στη ζωή. Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

6.1. Συσχετίσεις της συχνότητας συγγενικών επισκέψεων

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της συχνότητας συγγενικών επισκέψεων και των άλλων μεταβλητών προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ της ύπαρξης παιδιών και συχνότητας συγγενικών επισκέψεων στο γηροκομείο ($P = 0,000$).

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της συχνότητας συγγενικών επισκέψεων στο γηροκομείο ($P = 0,007$),
ύπαρξης εγγονιών της συχνότητας συγγενικών επισκέψεων στο γηροκομείο ($P = 0,008$),
ύπαρξης γιού και της συχνότητας συγγενικών επισκέψεων στο γηροκομείο ($P = 0,003$).

	ΕΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	ΠΙΣΤΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΓΗΡΑΤΙΩΝ	ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗ	ΥΠΑΡΞΗ ΦΙΛΩΝ	ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΓΓΕΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	ΑΝ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΘΑ ΑΛΛΑΖΑΤΕ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ	ΕΙΣΤΕ ΘΡΗΣΚΕΥΟΜΕΝ Ο ΑΤΟΜΟ
ΦΥΛΟ	,109 ,369	-,025 ,838	,115 ,343	,099 ,417	,076 ,532	,053 ,663	,049 ,689	,260* ,030
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	-,238* ,047	-,015 ,904	-,032 ,793	-,131 ,281	,056 ,643	-,317** ,007	-,356** ,003	-,054 ,657
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	,069 ,568	-,136 ,263	,066 ,590	,025 ,837	,260* ,030	,450** ,000	,261* ,030	-,060 ,624
ΥΠΑΡΞΗ ΑΔΕΛΦΩΝ	-,034 ,777	-,028 ,820	,024 ,847	-,296* ,013	,085 ,484	,213 ,076	,185 ,129	-,252* ,036
ΥΠΑΡΞΗ ΕΓΓΟΝΙΩΝ	,143 ,246	-,195 ,112	,155 ,207	,028 ,821	,121 ,326	,318** ,008	,289* ,018	-,059 ,633
ΥΠΑΡΞΗ ΚΟΡΗΣ	-,037 ,763	,098 ,418	,156 ,198	-,103 ,396	,178 ,140	,292* ,014	,245* ,042	-,084 ,487
ΥΠΑΡΞΗ ΠΙΟΥ	,095 ,434	-,191 ,113	-,025 ,838	-,010 ,935	,120 ,324	,348** ,003	,323** ,007	-,070 ,567
ΕΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	1	-,210 ,080	-,086 ,477	-,041 ,737	-,099 ,414	,291* ,014	-,094 ,442	-,183 ,129
ΠΙΣΤΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΓΗΡΑΤΙΩΝ	-,210 ,080	1	,045 ,714	-,010 ,937	-,064 ,597	-,200 ,096	,067 ,582	,217 ,071
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗ	-,086 ,477	,045 ,714	1	,162 ,180	,037 ,760	,000 ,997	,120 ,328	,093 ,444

7. Συζήτηση

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

Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπερηλίκων οι οποίοι διαμένουν σε οίκους ευγηρίας τους στο συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από το χωροχρόνο και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες του παρόντος.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και της διαμονής τους σε γηροκομεία. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επίδραση της ποιότητας ζωής τους στη γενική τους υγεία θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Για να οριστεί μια αιτιώδη σχέση, θα απαιτείτο η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού υπερηλίκων σε μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν των παρόντων απαντήσεων και της παρούσας στάσης ως προς τη διαμονή τους σε οίκους ευγηρίας.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ της διαμονής τους σε γηροκομείο και της γενικής τους υγείας. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι η παρούσα στάση ως προς την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων οι οποίοι διαμένουν σε οίκους ευγηρίας είναι η αιτία ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων ή το αντίστροφο.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τα δυναμικά των υπερηλίκων που διαμένουν σε γηροκομεία κατά τη διάρκεια της παρούσας χρονικής στιγμής. Βεβαίως, δεν αποτέλεσε στόχο της παρούσας έρευνας η εξειδικευμένη μελέτη ψυχολογικών παραγόντων που ενδεχομένως να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων που διαμένουν σε

οίκους ευγηρίας, γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό σχεδιασμό και εκτίμηση ποικίλων ακόμη παραγόντων για μια μελέτη αναδρομικού χαρακτήρα.

Το προφίλ των υπερηλικών

Από τους 70 ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στη μελέτη, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες, ποσοστό 64,3%, σε αντίθεση με τους άνδρες που ήταν μόνο 25 (ποσοστό 35,7%). Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ανδρών ήταν $78,48 \pm 8,3$, με εύρος 66-95 και των ηλικιωμένων γυναικών ήταν $78,53 \pm 9,1$ με εύρος 55-100. Από το δείγμα των ηλικιωμένων της έρευνας και σύμφωνα με της απαντήσεις τους συμπεράνουμε ότι οι 28 κατοικούν σε πόλη μικρότερη των 150.000 κατοίκων, οι 26 σε πόλη μεγαλύτερη των 150.000 κατοίκων και οι 16 σε χωριό. Οι 3 (ποσοστό 4,3%) από τους ηλικιωμένους του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 7 (ποσοστό 10,0%) είναι διαζευγμένοι και οι 38 (ποσοστό 54,3%) έχουν απωλέσει το σύντροφό τους. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, 2 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσε ότι είναι αναλφάβητος/η, 3 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι γυμνασίου και 5 στους 10 ηλικιωμένους δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 50.0%).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 75,7%) οι ηλικιωμένοι έχουν αδέρφια, ενώ μόλις 6 στους 25 ηλικιωμένους άντρες δηλώνει πως δεν έχει αδέρφια και 11 στις 45 ηλικιωμένες γυναίκες αντίστοιχα. Το ίδιο συμβαίνει και με την ύπαρξη παιδιών, όπου και οι 14 ηλικιωμένοι άνδρες δηλώνουν πως έχουν παιδιά (ποσοστό 56.0%) και από τις ηλικιωμένες γυναίκες το ποσοστό που δηλώνει πως έχει παιδιά φτάνει το 55.6%. Επίσης, από τους ηλικιωμένους του δείγματος οι 5 στους 10 έχουν εγγόνια Ως προς το αν έχουν κόρη οι 44 ηλικιωμένοι (ποσοστό 62,9%) απαντούν αρνητικά, εκ των οποίων οι 18 είναι ηλικιωμένοι άνδρες και οι 26 ηλικιωμένες γυναίκες, σε αντίθεση με τους 26 ηλικιωμένους, 7 ηλικιωμένους άνδρες και 19 ηλικιωμένες γυναίκες, (ποσοστό 42,2%) οι οποίοι δηλώνουν πως έχουν κόρη. Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 2 ηλικιωμένων ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 25 ηλικιωμένων που η κόρη τους δε ζει κοντά τους.

Το προφίλ των ηλικιωμένων του δείγματός μας συμφωνεί με την περιγραφή της σύγχρονης μεταπολεμικής οικογένειας (Βασιλείου 1966), που έχει πάρει τη μορφή της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας, μητέρα, τέκνα), ενισχύεται, όμως, και από άλλες μελέτες, όπως αυτές, των Madianos και Madianou (1991), που διαπίστωσαν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο αριθμό μελών 3,2 (από 4,2

που ήταν το 1920), των Μαδιανού και συν. (1995), οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας και οι ηλικιωμένοι δεν έχουν πια τον ίδιο ρόλο που είχαν πριν τη μεταπολεμική περίοδο.

Η αναπαράσταση των Υπερήλικων για το γήρας

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι από το δείγμα των ηλικιωμένων της έρευνας οι 65 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι τα γηρατειά είναι δύσκολα (ποσοστό 92,2%) ενώ οι 5 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι πιστεύουν το αντίθετο. Επιπλέον, 21 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είναι ευτυχισμένοι που ζουν στον οίκο ευγηρίας, οι 10 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως δεν είναι ευτυχισμένοι που ζουν στον οίκο ευγηρίας ενώ οι 39 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι απαντούν πως δεν έχουν άλλη επιλογή. Το 78,6% των ηλικιωμένων ερωτώμενων (55 αποκρίσεις) δήλωσαν πως έχουν φίλους ενώ το 21,4% των ηλικιωμένων ερωτώμενων (15 αποκρίσεις) δήλωσαν πως δεν έχουν φίλους. Επιπρόσθετα οι 56 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι έχουν φίλους στον οίκο ευγηρίας (ποσοστό 80,0%) ενώ οι 14 ηλικιωμένοι ερωτώμενοι δεν έχουν φίλους στον οίκο ευγηρίας (ποσοστό 20,0%).

Οι 51 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους δεν αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 35 είναι ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 77,8%) και 16 ηλικιωμένοι άνδρες (ποσοστό 64,0%). Είκοσι οκτώ από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 40,6%), από αυτούς το 12,1% καταλαμβάνουν οι ηλικιωμένοι άνδρες και το 46,7% οι ηλικιωμένες γυναίκες. Επιπλέον, μόλις οι 14 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους αποκριθήκαν πως πάσχουν από την καρδιά τους (ποσοστό 20,0%), οι 37 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους (ποσοστό 52,9%) δήλωσαν πως πάσχουν από υπέρταση ενώ οι 28 από τους ηλικιωμένους ερωτώμενους (ποσοστό 40,0%) δήλωσαν πως πάσχουν από διαβήτη. Ακόμη οι 18 ηλικιωμένες γυναίκες (ποσοστό 40,0%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείρηση στη ζωή τους όπως και 11 ηλικιωμένοι άνδρες (ποσοστό 44,0%) δήλωσαν πως έχουν υποστεί τουλάχιστο μία εγχείρηση στη ζωή τους.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις άλλων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες τα γηρατειά είναι συνυφασμένα με τη μειωμένη σωματική ικανότητα, την έκπτωση της πνευματικής ικανότητας και τη σταδιακή εγκατάλειψη του

κοινωνικού ρόλου του ατόμου στις κοινωνικοοικονομικές δραστηριότητες, που συνεπάγεται την μετάβαση από την οικονομική ανεξαρτησία στην οικονομική εξάρτηση από άλλους για υποστήριξη και κυρίως από την οικογένεια (Chou & Chi, 2001). Ακόμη, τα αποτελέσματά μας ενισχύονται από τη μελέτη του Meeks-Sjostrom, (2004), σύμφωνα με τα οποία, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών μπορεί να είναι διαφορετικά από εκείνα που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες, δηλαδή τα άτομα συνήθως άνω των 80 ετών.

Η σχέση της ποιότητας ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών

Στους ηλικιωμένους του δείγματός μας δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, παρά ταύτα μπορούμε να διακρίνουμε υψηλότερα σκορ στους άνδρες στην κλίμακα της ποιότητας της ζωής. Οι συγκεκριμένες διαπιστώσεις της μελέτης ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις της μελέτης των Aneshensel, Frerichs, & Clark, (1981) και των Gove και συν. (1983), σύμφωνα με τις οποίες μια γενικότερη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στη μεγαλύτερη ηλικία είναι πως οι γυναίκες φαίνεται να είναι λιγότερο ευχαριστημένες και ικανοποιημένες από τη ζωή τους σε σχέση με τους άνδρες. Ακόμη, σύμφωνα με τους Smith & Baltes (1998), από τις γυναίκες από 70 ετών και άνω, αυτές που έχουν περισσότερες λειτουργικές αδυναμίες, αναφέρουν πως λαμβάνουν πιο πολλή πρακτική βοήθεια, και προσφέρουν πιο πολλή συναισθηματική υποστήριξη. Η συναισθηματική υποστήριξη που προσφέρουν οι γυναίκες, ενισχύει τη συναισθηματική τους κατάσταση και την αυτοεκτίμησή τους. Η Gilligan (1982) επισημαίνει πως, για τις γυναίκες στις Δυτικές κοινωνίες, η επιτυχημένη διαπροσωπική συμπεριφορά αποτελεί το πιο αξιόπιστο μέτρο για την αυτό-αξία και την ικανότητα.

Η σχέση της Ποιότητας ζωής και των μειονεκτικών συναισθημάτων με την ύπαρξη φίλων, εγγονιών και συγγενών

Ως προς το πόσο συχνά επισκέπτονται τους ηλικιωμένους σε οίκους ευγηρίας οι συγγενείς τους, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία, διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κλίμακα του αισθήματος κενού (empty-

OAS) ($p = 0,043$). Ακόμη, οι ηλικιωμένοι που έχουν φίλους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις ηλικιωμένες γυναίκες στις κλίμακα του αισθήματος της κατωτερότητας (inferior) (OAS) και στο σωματικό ρόλο (RP) (SF- 36). Οι ηλικιωμένοι που δήλωσαν πιο ευτυχισμένοι εμφανίζουν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στη συνοχή του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (R-FES) ($p = 0,034$), στον προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (R-FES) ($p = 0,008$), στην οργάνωση του οικογενειακού συστήματος (R-FES) ($p = 0,045$). Τέλος, οι ηλικιωμένοι που έχουν εγγόνια εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν έχουν εγγόνια στην κλίμακα της ζωτικότητας της ποιότητας ζωής (VT) (SF- 36). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ενισχύονται και από τις διαπιστώσεις άλλων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες 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 οικογένεια αποτελεί μια σχέση ζωής, μια παρέα, ένα στήριγμα. Όταν υπάρχουν εγγόνια, παιδιά ή ο/ η σύζυγος στη ζωή ενός ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας, το αίσθημα της κοινωνικής ενσωμάτωσής του διατηρείται ανεξάρτητα από τη συναισθηματική υποστήριξη που δίνεται ή λαμβάνεται από αυτό (Lang & Carstensen, 1994). Ακόμη, ενισχύονται από τα αποτελέσματα των μελετών των Coyne και συν. (1987) και Gotlib & Hammen, (1992), σύμφωνα με τους οποίους μια καλή συζυγική σχέση προσφέρει προστασία στα μέλη του ζευγαριού, ενώ μια κακή σχέση επιβαρύνει ποικιλοτρόπως τα πρόσωπα που εμπλέκονται σε αυτή. Όταν, για παράδειγμα, υπάρχουν πολλές αρνητικές αλληλεπιδράσεις σε μία σχέση, και το ένα μέλος έχει καταθλιπτικά συμπτώματα, το άλλο μέλος του ζευγαριού που δεν έχει κατάθλιψη μπορεί να αναπτύξει Αυτό το φαινόμενο γίνεται πιο έντονο ανάλογα με την εγγύτητα στο ζευγάρι (Gotlib & Colby, 1987). Από την άλλη πλευρά, οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη σε ένα άτομο, μπορούν να εξουδετερωθούν από το/ τη σύντροφο στα πλαίσια ενός γάμου που χαρακτηρίζεται από εγγύτητα μεταξύ των μελών (Tower & Kasl 1995; Tower & Kasl, 1996).

8. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Τα άτομα της τρίτης ηλικίας πιστεύουν ότι τα γηρατειά είναι δύσκολα με της γυναίκες να σκοράρουν μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες.
- Δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ως προς το φύλο.
- Οι ηλικιωμένοι που έχουν αδέρφια εμφανίζουν υψηλά επίπεδα Ηθικής και θρησκευτικής έμφαση (Moral-Religious Emphasis) (Form R-FES) και υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικού ρόλου (SF – SF36).
- Οι ηλικιωμένοι που έχουν εγγόνια εμφανίζουν υψηλά επίπεδα Ζωτικότητας (VT - SF36).
- Οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των κατηγοριών αισθήματος τύχης στη ζωή των ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε οίκο ευγηρίας, εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις κλίμακες Συνολική βαθμολογία Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS), Αίσθημα κατωτερότητας (OAS) Αίσθημα κενού (OAS), Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός R-FES), Ψυχική υγεία (MH) (SF-36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36), Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36), Γενική υγεία (GH) (SF- 36).
- Οι ηλικιωμένοι που ζουν σε οίκους ευγηρίας και έχουν συχνές επισκέψεις από τους συγγενείς τους, αισθάνονται μειωμένα επίπεδα του αισθήματος του κενού από τους ηλικιωμένους που δεν δέχονται συχνά τέτοιες επισκέψεις.
- Οι ηλικιωμένοι που έχουν φίλους αισθάνονται χαμηλότερα επίπεδα του αισθήματος της κατωτερότητας (inferior) (OAS) από εκείνους που δηλώνουν ότι δεν έχουν φίλους.

- Οι ηλικιωμένοι που δηλώνουν πιο ευτυχισμένοι έρχονται από οικογενειακά περιβάλλοντα με υψηλότερα επίπεδα συνοχής και καλύτερη οργάνωση.
- Τα άτομα στην τρίτη ηλικία που ζουν σε οίκο ευγηρίας, με ή χωρίς οικογένεια, προσπαθούν 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.
- Από τις διαπιστώσεις της παρούσας μελέτης γίνεται εμφανές το πόσο σημαντικό είναι να μελετήσει κανείς την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων που ζουν σε οίκους ευγηρίας. Τα άτομα στις μεγαλύτερες ηλικίες στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό τόσο στη φροντίδα όσο και στην ψυχοκοινωνική φροντίδα.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με την ποιότητα ζωής των υπερηλικων οι οποίοι διαμένουν σε οίκους ευγηρίας καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τους υπερηλικες να αισθάνονται περισσότερο ή λιγότερο ευτυχισμένοι για τη διαμονή τους σε οίκους ευγηρίας. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της παροχής συμβουλευτικής σε ηλικιωμένους.

Πιστεύουμε ότι τα προβλήματα και οι επιπτώσεις της ποιότητας ζωής των υπερηλικων οι οποίοι διαμένουν σε οίκους ευγηρίας τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την εξασφάλιση ποιοτικότερης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Βιβλιογραφία

1. Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
2. Albert, M.S., Jones, K., Savage, C.R., Berkman, L., Seeman, T., Blazer, D., & Rowe, J.W. (1995). Predictors of cognitive change in older persons: MacArthur studies of successful aging. *Psychology of Aging*; **10**: 578–589.
3. Allan, S., Gilbert, P., Goss, K. (1994). An exploration of shame measures-II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.* , *vol. 17*, p. 719- 722.
4. Alonso J., Angermeyer MC., Bernet S., Bruffaerts R., Brugha TS., et al. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders project. *Acta Psychiatrica Scand* **109(S420):21-27**
5. 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.
6. Antonelli E, Rubini V, Fassona C (2000). The self-concept in institutionalized and non institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*; **20**: 151-164.
7. Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, Miller JP. (1994). The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *Am J Public Health.*; **84**:565 570.
8. Banerjee S., MacDonald A (1996) Mental disorder in an elderly home care population: Association with health and social services use. *Brit J Psychiatry* **168**:750-756
9. Barber B. (2009) *Representing and supporting members with mental health problems at work*. Διαθέσιμο στο www.tuc.org.uk
10. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD.(2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*; **11**:911-26.
11. Beaumont J.G., Kenealy P.M. (2003). Quality of life (QoL) of the Healthy Elderly: Residential Setting and Social Comparison Processes. Διαθέσιμο στο <http://www.esds.ac.uk/doc/5535%5Cmrdoc%5Cpdf%5C5535userguide.pdf>

12. Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, et al. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*; **13(10):717-26**.
13. Berlau DJ., Corrada MM., Kawas C. (2009) The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: findings from the 90 + study. *Int J Geriatric Psychiatry* **24(11): 1217-1225**
14. Bland RC, Newman SC, Orn H. (1988). Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*; **338:57-63**.
15. 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).
16. Brita R., Diez-Roux AV., Seeman T., Ranijt N., Shea S., Cushman M. (2010). Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Psychosomatic Medicine*; **72:134-140**
17. Brodaty H, Green A, Koschera A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc*; **51(5):657-64**.
18. Bruce ML, McNamara R. (1992). Psychiatric status among the homebound elderly: an epidemiologic perspective. *J Am Geriatr Soc*; **40(6):561-6**.
19. **Büssing** A. (2005). Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire, *Religions*, **1**, 9-17.
20. Callens S., Volbragt I., Nys H. (2007). Legal Thoughts on the Implications of cost-Reducing Guidelines for the Quality of Health Care. *Health Polich*; **80:422-431**
21. Carta MG., Bernal M., Hardoy MC., Haro-Abad JM. and the Report on the Mental Health in Europe working group. (2005) Migration and mental health in Europe – the state of mental health in Europe working group: appendix I. *Clin Prac Epidem Mental Health*. Διαθέσιμο στο <http://www.cpementalhealth.com/-content/1/1/13>
22. Chou K, Chi L (2000). Comparison between elderly persons living alone and those living with other. *Journal of Gerontology Social Work*; **33: 51-56**.

23. Copeland JRM., Beekman ATF., Dewey ME., Hooijer C., Jordan BA., et al. (1999) Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Brit J Psychiatry* **174:312-321**
24. Dellesaga, C., Fisher, K. (2001). Posthospital home care for frail older adults in rural locations. *Journal of Community Health Nursing*; **18: 247-260.**
25. Dragioti E., Vitoratou S., Kaltsouda A., Tsartsalis D. & Gouva M. (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire. *Psychological Reports*, 109(1): 77-92.
26. Eifert, G. H., & Forsyth, J. F. (1996). Heart-focused and general illness fears in relation to parental medical history and separation experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 735–739.
27. Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., & Davig, J. (2000). The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1039-1053.
28. Fisher K., Shumaker L. (2004). Assessment of Depression and Cognitive Impairment Among Elders in Rural Housing Facilities. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*; **10(2):67-72**
29. Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*; **41: 239-250.**
30. 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.
31. Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
32. 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.
33. 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.

34. Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. Gilligan, J. (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research*, vol. 70, p. 1149- 1180.
43. **Golant S. (2001). Assisted living: A potential solution to Canada's long-term care crisis.** Διαθέσιμο στο <http://www.geog.ufl.edu/faculty/golant/FinalCanadaReportExec.pdf>
44. Goldberg DP., Hiller VF (1979) A scaled version of GHQ. *Psychol Med* 9:139-45

45. Gomez GE., Gomez EA. (1993). Depression in the elderly. *J Phsycosoc Nurs Ment Helath Serv* 31(5):28-33
46. 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.
47. Gouva, M., Kaltsouda, A., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, S., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E. (2015). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS), *Interscientific health care*, (accepted).
48. Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E. (2015). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS), *Interscientific health care*, (accepted).
49. Hagihara, K. (2001). Why does elder abuse occur? [Koreisha gyakutai wa naze okoru?] *Visiting Nursing and Caregiving; 6*: 371–383.
50. Hammons MV (2003) State plan on aging FFY 2004-2007. Διαθέσιμο στο <http://www.cdhs.state.co.us/aas/PDFs/FourYearPlan2003.pdf>
51. Hatch J., Gill-Body K.M., Portney L.G. (2003). Determinants of Balance Confidence in Community-Dwelling Elderly People. *Phys Ther; 83:1072-1079*
52. Heydari J., Khani s., Shahhosseini Z. (2012). Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: Implications for policy makers. *Indian Journal of Science and Technology; 5: 2782-2787.*
53. Himmelfarb, S., & Murrell, S. A. (1984). The prevalence and correlation of anxiety symptoms in older adults. *Journal of Psychiatr, 116: 159–167*
54. Hogan DB., Ebly EM., Fung TS. (1999) Disease, Disability and Age in cognitively intact seniors: Results from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A boil Sci Med Sci 54(92):M27-M82*
55. Holtsbert PA., Poon LW., Noble CA., Martin P. (1995). Mini-mental state exam status of community-dwelling cognitively intact centenarians. *Inter Psychogeriatrics 7:417-127*
56. Howland J, Lachman ME, Peterson EW, et al. (1998). Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist.; 38: 549–555.*
57. Hoyer, J., Eifert, G. H., Einsle, F., Zimmermann, K., Krauss, S., Knaut, M., Matschke, K., & Köllner, V. (2008) Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 291-297.

58. Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., & Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology of Aging; 14: 520–527.*
59. Hungerford TL. (2001) The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany. *The Gerontologist 41*910:103-110
60. Imai, K. (1998). Bed-ridden elderly in Japan: Social progress and care for the elderly. *International Journal of Aging and Human Development; 46:157–170.*
61. JMHLW Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (2009) *We are at the door to the super aged society*. Health and Welfare Bureau for the Elderly. Διαθέσιμο στο <http://mhlw.go.jp/english>
62. Junginger J, Phelan E, Cherry K, et al. (1993). Prevalence of psychopathology in elderly persons in nursing homes and in the community. *Hosp Community Psychiatry;44(4):381–3.*
63. Kaldi AR (2004) Physical, social, and mental problems of the elderly in district 13 of Tehran. *Age Ageing; 33: 322.*
64. Katona, C., & Livingston, G. (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *The Lancet; 356: 91.*
65. Kemp B., Mosqueda L (2005) Elder financial abuse: an evaluation framework and supporting evidence. *J Am Geriatric Society 53:1123-1127*
66. Kennedy, G. (2001). Psychopharmacology of late-life depression. *Annals of Long Term Care; 9(3): 35-40.*
67. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (ncs-r). *Journal of the American Medical Association; 289: 3095–3105.*
68. Khaw TK (1999) *Inequalities in Health*. In: Gordon D., Shaw M., Darling D., Smith GD. *Inequalities in health*. The Policy Press, Great Britain
69. Kramer, A.F., Bherer, L., Colcombe, S.J., Dong,W., & Greenough, W.T. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences; 59A: 940–957.*

70. Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosom Med*;63:910-6.
71. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, et al. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*;127(4):1205-11.
72. Lehtinen V., Michalak E., Wilkinson C., Dowrick C., Ayuso - Mateos JL., Dalgard OS., Casey P., Vazquez-Barquero JL., Wilinon G (2003) Urban - rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe-evidence from the ODIN study. *Soc Psych & Psych Epidem* 38(6):283-289
73. Lewis J, (2007). Gender, Ageing and the New Social Settlement: the Importance of Developing a Holistic Approach to Care Policies. *Current Sociology*; 55: 271-286.
74. Lima M.G., Barros M.B.A. Cesar CLC., Coldbaum M., Carandina L., Ciconelli R.M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*; 25(10):2159-2167
75. MacDonald AJD. (1997). ABC of mental health: Mental health in old age. *BMJ* 315:413-417
76. Martin P, da Rosa G, Siegler IC, Davey A, Macdonald M, and Poon LW. (2006). Personality and longevity: Findings from the Georgia Centenarian Study. *Age.*; 28: 343-352.
77. Martin P. (2002) Individual and social resources predicting well-being and functioning in later years: conceptual models, research and practice. *Ageing Int* 27:3-29
78. McCubbin, H., Thompson, A., & McCubbin, M. (2001) *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation—Inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin System.
79. Meeks -Sjostrom D (2004) A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholar* 36(3):247-250
80. Moos, R. & Moos, B. (1987). *Family environment Scale Manual*. Second Editions. Consulting Psychologists press, Inc.
81. Motta M, Bennati E, Ferlito L, Malaguarnera M, and Motta L. (2005). Successful aging in centenarians: Myth and reality. *Arch Gerontol Geriatr.*; 40: 241-251.

82. Nalini B (2000) .Institutional care for the aged: Life twilight years. *Indian Journal of Community Guidance Service*; **6(1): 27-29.**
83. Nandi PS., Banerjee G., Mukherjee SP., Nandi DN. (1997) A study of Psychiatric Morbidity of the elderly population of a rural community in West Bengal. *Ind J Psychiatry* **39(2):122-29**
84. Nante N., Groth N., Guerrini M., Galeazzi M., Kodraliu G., Apolone G. (1999). Using the SF-36 in a rural population of elderly in Italy: a pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*; **40:1-7**
85. Ogawa, N. (1989). Population aging and its impact upon health resource requirements at government and familial levels in Japan. *Ageing and Society*; **9: 383-405.**
86. Ostbye T., Hill G., Steenhuis R. (1999). Mortality in elderly Canadians with and without dementia. A 5 year follow-up. *Neurology* **53(3):521-525**
87. Paluska A.S., Schwenk T.L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med*; **29(3):167-80**
88. Park, C.L. Malone, M.R. Suresh, D.P. Bliss, D. Rosen, R.I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Qual. Life Res.*; **17: 21-26.**
89. Patil B. (2000) Psychosocial Problems of Retired. *Soc Wel* **47(7):13-16**
90. Peacock SC, Forbes DA. (2003) Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Can J Nurs Res*; **35(4):88-107.**
91. Pinquart M, Sfransen S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other social interventions with older adults? *Journal of Mental Health and Aging*; **7(2):207-43.**
92. Poon LW., Clayton GM., Martin P., Johnson MA., Courtenay BC., Sweaney AL., et al (1992) The Georgia Centenarian Study. *Int J Aging Hum Dev* **34:1-17**
93. Prince MJ., Beekman ATF., Deeg DJH., Fuhrer R., Kivela SL., Lawlor BA., et al. (1999) Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Brit J Psychiatry* **174:339-45**
94. Rabins, P.,Black,B., German,P., Roca,R.,McGuire,M.,Brant,L., et al. (1996). The prevalence of psychiatric disorder in elderly residents of public housing. *Journals of Gerontology, Series A- Biological Sciences & Medical Sciences*; **51: M319-324.**

95. Ramos LR. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública; 19:793-8.*
96. Ratakonda SS., Mohan D., Kumar V., Khandelwal SK., Gopinathan , Nair PG. (1992) Physical illnesses among elderly psychiatric outpatients with depression. *Ind J Psychiatry 34(1):41-45*
97. Reiss, S., & McNally, R.J. (1986) The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press, pp. 107-121.
98. Robbins,B.,Rye,R.,German,P.,Wolfson,M.,Penrod J.,Rabins,P.,et al. (2000). The psychogeriatric assessment and treatment in city housing (PATCH) program for elderswith mental illness in public housing: Getting through the crack in the door.*Archives of Psychiatric Nursing; 14: 63-172.*
99. Rodin, J. & McAvay, G. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *Journal of Gerontology; 47: 373-384.*
100. Sorescu E.M. (2011). The Abuse of the Elderly. Views of the Social Care Professionals Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work; 3:54-62.*
101. Stein MB, Heuser IJ, Juncos JL, et al.(1990). Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *Am J Psychiatry;147(2):217-20.*
102. Susheela M (1997) Life satisfaction and some of the correlates among institutionalized and non-institutionalized elderly. *Nimhans J 15(30):215-18*
103. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med.;80: 429-434.*
104. Tower RB., Kasl SV. (1996) Gender, marital closeness and depressive symptoms in elderly couple. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 51B(3):115-129*
105. USCB U.S. *Census Bureau (2005) National population estimates for 2005.* Διαθέσιμο στο <http://www.census.gov/papers1>
106. Valente M. (1999) Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Hom Health Care Manag Pract 11:49-59*
107. Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30, 473-83.*

108. Wattis J. (1996). Caring for Older People: What an old age psychiatrist does. *BMJ* 313:101-105
109. WHO (2001) *World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>
110. Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A., & Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*; 287: 742-748.
111. Wincur G., Palmer H., Dawson D., Binns M.A., Bridges K., Stuss D.T. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*;13:153-165
112. Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., Morgan, R., Woods, B., Burholt, V., Edwards, R., Reeves, C., Yeo, S. (2008). *Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: systematic review of effectiveness and cost-effectiveness*. University of Wales, Bangor. Διαθέσιμο στο : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11999/42401/42401.pdf>
113. World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Available: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/
114. Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*; 61: 6-17.
115. Wyss K, Wagner AK, Whiting D, Mtasiwa DM, Tanner M, Gandek B, et al. (1999). Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. *Qual Life Res*; 8:111-20.
116. Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Feldner, M. T., & Feldner-Leen, E. (2003) Heart- focused anxiety, smoking, and chest pain in post-angiography medical patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 197-209.
117. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση. Δαρδαβέσης, Θ. (1988). Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Αθήνα : Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
118. Δαρδαβέσης, Θ. (1988). Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Αθήνα : Υγειονομική Σχολή Αθηνών.

119. Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
120. Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
121. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
122. Καφέτσιος, Κ. (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία: Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, τόμος 40 (1)*.
123. Μαλικιώση- Λοϊζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
124. Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
125. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
126. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
127. 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.