



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο Ρόλος των Οικογενειακών Σχέσεων των
Υπερήλικων Ατόμων στα Επίπεδα Ντροπής και
στην Ποιότητα Ζωής τους στα Πλαίσια της
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»**

Ιωάννα Μάρκα
Επισκέπτρια Υγείας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

Λάρισα, 2015



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



**“Elderly Person’s Connection of Family Relations
with Quality of Life and Shame in the context
Primary Health Care”**

Copyright © Ιωάννα Μπάρκα, 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.

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά, την Καθηγήτριά μου, κυρία Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, που δέχθηκε να εποπτεύσει και να περιβάλλει με ιδιαίτερη φροντίδα κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας, καθώς και τις συνεπιβλέπουσες καθηγήτριες κ. Χρυσή Χατζόγλου και κ. Ευαγγελία Κοτρώτσου για όλη την καθοδήγηση και στήριξη.

Αυτή η εργασία αφιερώνεται...

Στην οικογένειά μου

Στους γονείς μου, χωρίς τους οποίους τίποτε δεν θα ήταν δυνατό.....

Στις αδελφές μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
Περίληψη	9
Summary in English.....	11
Εισαγωγή	13
Οικογενειακές Σχέσεις και Τρίτη Ηλικία	16
Η συζυγική σχέση στην τρίτη ηλικία	17
Ο Ρόλος της Ντροπής στην Τρίτη Ηλικία.....	21
Η διαφοροποίηση της ντροπής στην Τρίτη Ηλικία	23
Η Ποιότητα Ζωής στην Τρίτη Ηλικία	28
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	32
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	33
Ερευνητικές υποθέσεις	33
Υλικό και Μέθοδος	34
Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	34
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF-	36
.....	34
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)	35
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)	36
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES)	37
Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	38
Στατιστική επεξεργασία	38
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης.....	39
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	39
4. Περιγραφή των ερωτώμενων.....	40
4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων	41

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	44
5.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν.....	45
5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών Υπερήλικων και Γυναικών Υπερήλικων	47
Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το φύλο	48
Διαφοροποιήσεις μεταξύ Υπερήλικων ως προς το αν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές	51
Πίνακας 9: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές	51
5.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών μεταξύ του πόσο καλή υγεία πιστεύουν ότι είχαν στη ζωή τους οι υπερήλικες.....	53
Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών μεταξύ του πόσο καλή υγεία πιστεύουν ότι είχαν στη ζωή τους οι υπερήλικες.....	54
6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις.....	56
6.1. Συσχετίσεις των οικογενειακών σχέσεων με την ποιότητα ζωής και τα επίπεδα ντροπής	56
7. Συζήτηση.....	59
Οριοθετήσεις.....	59
Το προφίλ των ηλικιωμένων.....	60
Σωματική και Ψυχική Υγεία των Ηλικιωμένων	61
Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων.....	62
Τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής στους Υπερήλικες (OAS)	63
Τα επίπεδα εσωτερικής ντροπής στους Υπερήλικες (ESS)	64
8. Συμπεράσματα - Προτάσεις	65
Βιβλιογραφία	67

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις σύγχρονες κοινωνίες, η εξέλιξη των βιοψυχοκοινωνικών επιστημών και το γενικότερο ενδιαφέρον για μια καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι γεγονός. Οι πιθανότητες ίασης ενός προβλήματος υγείας αυξάνονται, το οξύ πρόβλημα υγείας γίνεται χρόνιο και οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν πλέον λόγω μιας χρόνιας αρρώστιας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα (Παπαδάτου, 1999). Εφόσον πλέον οι άνθρωποι έχουμε τη δυνατότητα να ζούμε περισσότερα χρόνια, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως ζούμε και δίχως καθόλου προβλήματα υγείας, είναι ξεκάθαρη η ανάγκη για τη μελέτη ζητημάτων που σχετίζονται με έναν καλό τρόπο ζωής υπό τις δεδομένες συνθήκες. Η διατήρηση ενός ενεργού ρόλου στο κοινωνικό σύνολο και από τα άτομα που έχουν προβλήματα υγείας και οι προσωπικές σχέσεις, είναι δύο από τα σημαντικά αυτά ζητήματα. Για να μπορούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας να κατέχουν ενεργό ρόλο στην κοινωνία, είναι απαραίτητο να διερευνώνται οι δυνατότητες και οι ανάγκες τους, και έτσι να μπορούμε να εκτιμούμε καλύτερα όσα μπορούν να προσφέρουν και να κατανοήσουμε τη θέση τους. Στην αντίθετη περίπτωση, μπορούμε να γίνουμε η αιτία για ψυχολογική και γενικότερη επιβάρυνση αυτών των ατόμων στερώντας τους το δικαίωμα να ζήσουν όπως επιθυμούν.

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).

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και οι οικογενειακές σχέσεις αποτελούν τον κεντρικό ερευνητικό σκοπό. Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης ήταν:

- Η ντροπή και η ποιότητα ζωής συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή. Ως προς την εσωτερική και εξωτερική ντροπή, η υπόθεσή μας ήταν ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού, καθώς αφενός η εξωτερική και η εσωτερική ντροπή σχετίζονται, και αφετέρου το «βλέμμα του άλλου» εσωτερικοποιείται, δημιουργώντας μια μόνιμη αίσθηση κατωτερότητας και το φόβο ότι το άτομο δεν είναι επιθυμητό.

- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με τις οικογενειακές σχέσεις, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στην εμφάνιση προβλημάτων στην οικογένεια. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την οικογενειακές σχέσεις, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ανεξαρτησίας στο οικογενειακό περιβάλλον και χαμηλότερα σε σχέση με το δείγμα Ελληνικού πληθυσμού.

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

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των οικογενειακών σχέσεων και των επιπέδων ντροπής στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διασύνδεση των οικογενειακών σχέσεων στη γενική υγεία των υπερήλικων 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 Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS), δ) 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 επίδραση των οικογενειακών σχέσεων στην τρίτη ηλικία.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόσθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι: τα άτομα στην τρίτη ηλικία συνεχίζουν να επενδύουν ουσιαστικά σε κοντινές συναισθηματικές σχέσεις και όχι μόνο για να έχουν οφέλη από αυτές. Αυτό αποδεικνύει πως η ανάγκη κάθε ατόμου για στενές και ουσιαστικές σχέσεις διατηρείται και στη μεγαλύτερη ηλικία και δεν αφορά μόνο τα νεότερα άτομα. Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παρελθοντική τους ζωή εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα συνολικής τιμής εξωτερικής ντροπής, αίσθημα κενού (empty - OAS), αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes - OAS), σύγκρουση (Conflict - Form R-FES). Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι από την παρόντική τους ζωή εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation - R-FES).

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

Λέξεις Ευρετηριασμού: Ηλικιωμένα Άτομα, Ποιότητα ζωής, Ντροπή, Υγεία, Ψυχολογία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

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

The overall objective of this research study was to investigate the attitudes of elderly persons towards family relations. More specifically, the purpose of this study was the connection of family relations and shame to the overall health of the elderly persons and the effect of their sexuality in Primary Health Care.

This research was conducted as part of the postgraduate Program "Primary Health Care" Medical School, University of Thessaly from February 2015 to September 2015.

The research tools which was used were: a) the Family Environment Scale (Family Environment Scale, Form R-FES), b) The Experience of Shame Scale (ESS), c) the Other As Shamer Scale (OAS), d) Quality of Life (SF-36) e) even a questionnaire socio - demographic information and questions attitudes and self-reported data on the effect of family relation in the old age.

Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical analysis of the data, which showed that: the elderly persons continue to invest substantially in close emotional relationships and not just to have benefits from them. This shows that the need of every person for close and meaningful relationships maintained and older and not just younger people. The elderly persons who are satisfied with their lives in past, they exhibit lower overall price external shame feelings of emptiness (empty - OAS), they perceived reaction of others when they make mistakes (Mystakes - OAS), conflict (Conflict - (Form R -FES). Elderly persons who are satisfied with their life in this time show higher levels of orientation towards active recreational activity (Active-Recreational Orientation - R-FES). Elderly persons who declared that family relation is important for them exhibit lower levels of feeling vacuum (empty - OAS), and higher levels of orientation for achievements (Achievement Orientation) (R-FES), social role (SF - SF36), Mental Health summary Scale (SF_MCS - SF36).

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

Key Words: Elderly Persons, family relation, Shame, Quality of Life, Health, Psychology, Primary Care Health.

Η αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας έχει αρνητικές συνέπειες τόσο για τους ίδιους ηλικιωμένους όσο και για τις οικογένειές τους, καθώς τα συστήματα υγείας των κρατών δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένα έτσι ώστε να παρέχουν κατάλληλες υπηρεσίες που να μπορούν να αντιμετωπίσουν τα επακόλουθα προβλήματα (Imai, 1998).

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

Έχει διαπιστωθεί ότι η κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζεται από την ηλικία, το είδος της οικογενειακής του κατάστασης, την στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στους ηλικιωμένους, τη στάση των ίδιων των ηλικιωμένων απέναντι στη ζωή, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εάν είναι παντρεμένοι, ανύπαντροι ή χηρευμένοι, το διατροφικό τους πρόγραμμα και η ψυχολογική τους ευημερία. Συνεπώς επικρατεί η άποψη ότι για να προαχθεί η καλή υγεία των ηλικιωμένων θα πρέπει να υπάρχουν καλύτερα συνταξιοδοτικά προγράμματα που θα εξασφαλίζουν μια καλύτερη οικονομική κατάσταση (Valente, 1999).

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

Οι ιατρικές παρεμβάσεις από μόνες τους δεν μπορούν να αλλάξουν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα στην περίπτωση των υπερηλίκων 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).

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

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

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

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

Ωστόσο τόσο οι οικογένειες των ατόμων αυτών όσο και τα κράτη θα πρέπει να αναγνωρίσουν τα προβλήματα που απασχολούν αυτή την πληθυσμιακή ομάδα όπως η μοναξιά που βιώνουν, το χαμηλό βιοτικό και γνωστικό επίπεδο που την χαρακτηρίζει, οι χρόνιες νόσοι που τους ταλαιπωρούν, η απώλεια αυτονομίας, η

κοινωνική συμπεριφορά απέναντί τους αλλά και οι διακρίσεις τις οποίες υφίστανται. Συνήθως τα ηλικιωμένα άτομα περιθωριοποιούνται κάτι που επιδεινώνει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία. Τα οικονομικά προβλήματα που υπάρχουν σε αυτή την ηλικία οδηγεί σε ανεπαρκή χρήση των συστημάτων υγείας, επιδείνωση της υγείας τους και περαιτέρω απομόνωση (Davis, et al, 1998).

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

Οικογενειακές Σχέσεις και Τρίτη Ηλικία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1976 χαρακτήρισε την οικογένεια ως «τον πρωταρχικό παράγοντα για την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας». Εκτιμάται ότι το ένα τρίτο όλων των θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής οφείλονται σε μη υγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η έλλειψη γυμναστικής, η κακή διατροφή και η κατάχρηση αλκοόλ. Όλες αυτές οι αιτίες θνησιμότητας θα μπορούσαν να είχαν αποτραπεί αν είχαν προηγηθεί πολιτικές πρόληψης. Τα άτομα συνήθως αναπτύσσουν, διατηρούν και αλλάζουν τις συμπεριφορές υγείας μέσα στα πλαίσια της οικογένειας τους εξαιτίας του ότι μέσα σε αυτά τα πλαίσια μοιράζονται διατροφικές συνήθειες, δραστηριότητες σωματικής εκγύμνασης, την χρήση και κατάχρηση ουσιών (Campbell, 2005).

Ένας μεγάλος όγκος ερευνών και δεδομένων υποστηρίζει ότι οι οικογένειες μπορούν να προκαλέσουν ωφέλιμες ή επιβλαβείς συνέπειες στη σωματική υγεία των μελών τους. Ο Campbell (2005) με βάση την ανασκόπηση που πραγματοποίησε κατέληξε σε τέσσερα βασικά συμπεράσματα σε σχέση με το υπό διερεύνηση θέμα.

«Οι οικογενειακές σχέσεις έχουν τόσο δυνατή επίδραση στην υγεία όσο και οι περισσότεροι αναγνωρισμένοι ιατρικοί παράγοντες κινδύνου». Αυτό αναδεικνύεται μέσω των ερευνών των κοινωνικών και οικογενειακών ερευνητών. Οι Berkman, Summerers & Horwitz το 1992 έδειξαν ότι οι γυναίκες με έμφραγμα του μυοκαρδίου οι οποίες ζούσανε μόνες και είχανε καθόλου έως μικρή κοινωνική ή οικογενειακή υποστήριξη, είχαν διπλάσιες με τριπλάσιες πιθανότητες να οδηγηθούνε στο θάνατο σε σχέση με όσες είχανε κοινωνική υποστήριξη.

Η κάθε οικογένεια διαμορφώνει και διαμορφώνεται από επιμέρους συστήματα, τα υποσυστήματα της. Τα υποσυστήματα της οικογένειας διακρίνονται ανάλογα με τη λειτουργία που επιτελούν σε αυτή. Ένα από τα βασικότερα υποσυστήματα είναι αυτό των συζύγων (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2006). Η συζυγική σχέση είναι μια από τις βασικότερες σχέσεις για τους περισσότερους ενήλικες με σημαντικές επιδράσεις στην υγεία των συντρόφων. Οι επιδράσεις ποικίλουν ανάλογα με την ποιότητα του γάμου, δηλαδή είναι ευεργετικές αν είναι ικανοποιητικός και αρνητικές αν είναι ένας γάμος με προβλήματα. Από την ανασκόπηση πρόσφατων ερευνών προκύπτει ότι ένας μη ευτυχισμένος γάμος σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι αρνητικές και εχθρικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των συζυγικών συγκρούσεων σχετίζονται με αύξηση της καρδιαγγειακής λειτουργίας,

μεταβολές των ορμονών του στρες και δυσλειτουργικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Η έρευνα την οποία διεξήγαν οι Robles & Kiecolt-Glaserb (2003) διερευνά πως αλλαγές στη φυσιολογία του σώματος σχετίζονται με την συζυγική λειτουργία και τις μακροχρόνιες επιδράσεις που έχουν αυτές οι αλλαγές στην υγεία των ατόμων. Η έρευνα αποδεικνύει ότι η συζυγική ένταση έχει επίδραση στο καρδιαγγειακό, το ορμονικό και το ανοσοποιητικό σύστημα. Σα συνέπεια της μη επαρκούς επαναπροσαρμογής των φυσιολογικών λειτουργιών έπειτα από επαναλαμβανόμενες συζυγικές διαφωνίες και του χρόνιου συζυγικού στρες δημιουργούνται τελικά αρνητικές συνέπειες για την υγεία των συζύγων. Επιπρόσθετα το χρόνιο κοινωνικό στρες, στο οποίο θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και το χρόνιο συζυγικό στρες, σύμφωνα με την φυσιονευροανοσολογική έρευνα, οδηγεί σε ευαισθησία, σε μολυσματικές ασθένειες και δυσκολότερη επούλωση τραυμάτων (Robles & Kiecolt-Glaserb, 2003).

Το 70% με 90% των επεισοδίων διαφόρων ασθενειών διευθετείται έξω από το πλαίσιο των επίσημων Συστημάτων Υγείας και η θεραπεία μέσα στην οικογένεια κατέχει ένα πολύ σημαντικό ποσοστό αυτής της διαχείρισης. Επίσης ο τρόπος που το άτομο ορίζει τα συμπτώματα του βασίζεται κατά μεγάλο ποσοστό στις επιρροές της οικογένειας του. Η οικογένεια, δηλαδή αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα κοινωνικοποίησης σε σχέση με τις στάσεις και τις συμπεριφορές υγείας και τα περισσότερα προβλήματα υγείας αρχικά αντιμετωπίζονται μέσα στα πλαίσια αυτής. Κατά συνέπεια και ο τρόπος που τα άτομα αντιδρούν σε συμπτώματα και ασθένειες θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αντανάκλαση της ίδιας της οικογένειας προέλευση του κάθε ασθενή (Turk et al., 1987).

Η συζυγική σχέση στην τρίτη ηλικία

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

κοντινές συναισθηματικές σχέσεις και όχι μόνο για να έχουν οφέλη από αυτές. Αυτό αποδεικνύει πως η ανάγκη κάθε ατόμου για στενές και ουσιαστικές σχέσεις διατηρείται και στη μεγαλύτερη ηλικία και δεν αφορά μόνο τα νεότερα άτομα.

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

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

Από αυτά γίνεται εμφανές το πόσο σημαντικό είναι να μελετήσει κανείς την ποιότητα της συζυγικής σχέσης στην τρίτη ηλικία. Τα άτομα στις μεγαλύτερες ηλικίες στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στους συντρόφους τους για βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα αλλά και για συναισθηματική υποστήριξη. Συνήθως στα

ζευγάρια στην τρίτη ηλικία, ο/ η σύζυγος- εάν ζει- αποτελεί το άτομο που κυρίως φροντίζει τον/ την ασθενή (Lanza, Cameron, & Revenson, 1995. Marks, 1996). Επίσης επισημάνθηκε το ότι σε ένα ζευγάρι, το ένα μέλος επηρεάζει το άλλο συναισθηματικά και στην εκτίμηση για την ποιότητα της ζωής. Όταν μια σχέση είναι καλή, θα δίνει στο άτομο μια αίσθηση ασφάλειας και θα επιτρέπει το βίωμα θετικών συναισθημάτων, μέσα από μια ποικιλία ευνοϊκών αλληλεπιδράσεων.

Επιδράσεις της υγείας

Αυτό που επισημαίνεται για τις περιπτώσεις όπου υπάρχει ασθένεια σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, είναι πως τα προβλήματα υγείας από μόνα τους δε συνοδεύονται απαραίτητα από συμπτώματα κατάθλιψης. Στην έρευνα των Efklides και συν. (2003), η συναισθηματική κατάσταση των ατόμων και η προσαρμογή τους στην τρίτη ηλικία, φάνηκε να σχετίζονται περισσότερο με την αντίληψή τους για την επίδραση των προβλημάτων υγείας στην καθημερινότητα και για τη σοβαρότητά τους, από ό, τι αυτός καθαυτός ο αριθμός των προβλημάτων. Όπως φαίνεται και μέσα από σχετική έρευνα των Zeiss, Lewinsohn, Rohde & Seeley (1996), η αρρώστια συσχετίζεται με την κατάθλιψη όταν συνοδεύεται από πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου, η οποία βέβαια έχει άμεση σχέση με τον αριθμό των προβλημάτων υγείας. Στην έρευνά τους υπήρχαν περιπτώσεις ασθενών που δεν ανέφεραν πτώση στο επίπεδο της λειτουργικότητάς τους, και αυτοί ήταν άτομα με μια διαγνώσιμη αρρώστια που μπορούσε να ελεγχθεί επαρκώς με κατάλληλη θεραπεία. Αυτά μπορούν γίνουν κατανοητά αν σκεφτούμε πως, αυτό που ενοχλεί σε κάποια ασθένεια, είναι κυρίως τα εμπόδια που θέτει και που έχουν να κάνουν με τον περιορισμό σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας, είτε λόγω του πόνου είτε λόγω της πτώσης της λειτουργικότητας που την ακολουθούν. Για παράδειγμα οι ασθενείς δεν μπορούν να κάνουν τόσο εύκολα τις δουλειές τους, να κινούνται και να μετακινούνται χωρίς εμπόδια όσο αυτοί που δεν έχουν προβλήματα υγείας. Σύμφωνα με τους Tower & Kasl (1995), όταν στα πλαίσια του ζευγαριού υπάρχουν προβλήματα υγείας, παρατηρούνται κάποιες διαφορές σε σχέση με τα δύο φύλα : οι γυναίκες διατηρούν τον υποστηρικτικό τους ρόλο ανεξάρτητα από τις δικές τους δυσκολίες, επηρεάζονται περισσότερο από τα προβλήματα υγείας σε σχέση με τους άνδρες, και η κατάσταση της υγείας τους συνεχίζει να τις επιβαρύνει συναισθηματικά ακόμα και στα πλαίσια μιας στενής σχέσης (κάτι που δεν ίσχυε για τους άνδρες). Ο Sales και συν. (1992), με βάση έρευνες που μελετούν την επίδραση του φύλου στην περίπτωση μιας χρόνιας ασθένειας όπως ο καρκίνος, επισημαίνουν πως οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν περισσότερο άγχος και δίνουν σημαντικότερη φυσική και συναισθηματική υποστήριξη στους συζύγους τους από ό, τι οι ηλικιωμένοι άνδρες. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, το πιο πιθανό είναι να πάσχουν και οι δύο σύντροφοι από μια σοβαρή ή λιγότερο σοβαρή ασθένεια. Η

παροχή φροντίδας στο/ στη σύντροφο που πάσχει από κάποια αρρώστια, εκτός από αρνητικές επιδράσεις- όπως στρες- μπορεί να δώσει στο άτομο που την προσφέρει και θετικά στοιχεία- όπως να αποτελέσει πηγή προνομίων για τη νοητική του υγεία (Beach, Schulz, Yee & Jackson, 2000).

Διαφορές μεταξύ των φύλων

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

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

Ο Ρόλος της Ντροπής στην Τρίτη Ηλικία

Ως συναίσθημα εντάσσεται μαζί με τα βασικά συναισθήματα (φόβος, αηδία, θυμός, χαρά και λύπη), και άρα εξυπηρετεί τους ίδιους σκοπούς. Η ντροπή, όμως, μπορεί να προκύψει μόνο στα πλαίσια της κοινωνικοποίησης, καθώς αποτελεί ένα κοινωνικό συναίσθημα που δεν έχει φυσική «πυροδότηση» (Heller, 2003).

Γενικά, τα συναισθήματα της ντροπής εμπεριέχουν μια ενημερότητα για τον ελαττωματικό εαυτό κάποιου και αφορούν μια αντίδραση που συχνά μοιάζει δυσανάλογη σε σχέση με την πραγματική σοβαρότητα του γεγονότος (Tangney & Dearing, 2002). Σε συναίσθημα περιλαμβάνει ολόκληρο το άτομο, την ψυχή και το σώμα του. Εάν ένα άτομο δεν εκδηλώνει ούτε νιώθει ντροπή, ακόμη και στην παιδική του ηλικία, τότε θεωρείται ότι ελλείπεται κάποιας ικανότητας, όπως να μην διαθέτει κάποια γνωστική ικανότητα (Heller, 2003). Αποτελεί, όπως αναφέρει ο Gilbert (1998), ένα επίπονο συναίσθημα το οποίο συχνά συνδέεται με την αντίληψη ότι κάποιος έχει ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ σχήμα σώματος), στοιχεία προσωπικότητας (π.χ να είναι βαρετός) ή έχει εμπλακεί σε συμπεριφορές (π.χ το να έχει πει ψέματα), που οι άλλοι θα βρουν μη-ελκυστικές και που θα οδηγήσουν στην απόρριψή του ή σε κάποιου είδους υποβιβασμό του.

Η ντροπή περιλαμβάνει κάποια θέση που δεν επιθυμεί το άτομο να έχει ή μια εικόνα που δε θέλει να δημιουργήσει, και επίσης αυτή η θέση και η εικόνα συνδέονται με αρνητικές αποδόσεις από τις οποίες το άτομο θέλει να ξεφύγει (Gilbert, 1998). Απαιτούνται ειδικές συνθήκες για την ανάπτυξη μιας χρόνιας αίσθησης κατωτερότητας και μιας ειδικής ευαισθησίας στα συναισθήματα ντροπής, και οι πραγματικές ανεπάρκειες δεν επαρκούν για να εξηγήσουν αυτά τα συναισθήματα (Shapiro, 2003).

Οι Leeming & Boyle (2004) επισημαίνουν την ανάγκη να δίνεται περισσότερη βαρύτητα στο κοινωνικό πλαίσιο και τις εκάστοτε συγκεκριμένες συνθήκες όπου αντιδρούμε με ντροπή, και να μην επικεντρωνόμαστε μόνο στην εσωτερική απόδοση (αρνητική αυτοαξιολόγηση) και την προσωπικότητα με τάση για ντροπή. Επισημαίνουν την τεχνητότητα της διάκρισης ανάμεσα σε προσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες της εμπειρίας της ντροπής. Ο κοινωνικός κόσμος, οι αλληλεπιδράσεις και οι διαπραγματεύσεις ρόλων μέσα από τις σχέσεις, λένε, είναι παράγοντες που διαμορφώνουν κάποιες από τις εμφανείς διαφορές στην ευαισθησία του καθενός στην ντροπή, κάτι που ως τώρα κυρίως εξηγείται με αναφορές στη δομή της προσωπικότητας ή του γνωστικού τύπου του κάθε ατόμου.

Η συμπεριφορά ντροπής επηρεάζεται από το ρόλο του κοινωνικού πλαισίου, τις επιταγές της κουλτούρας που μπορεί να οδηγήσει σε στιγματισμούς, τις διαθέσιμες θέσεις για το υποκείμενο και άλλα. Όλα αυτά έχουν ξεχωριστή σημασία για την έγερση των συναισθημάτων, συμπεριλαμβανομένης και της ντροπής (Leeming & Boyle, 2004).

Αναλυτικότερα, αναφέρουν ορισμένους τρόπους με τους οποίους ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενες εμπειρίες ντροπής ή σε ένα διαρκές συναισθημα ντροπής: 1) η πλευρά του εαυτού που φέρει το στίγμα είναι αρκετά ορατή, 2) η αποτυχία διατήρησης ενός ρόλου για μεγάλη διάρκεια με επιτυχία, 3) τα κέρδη άλλων από την ντροπή του υποκειμένου (σε κάποιες ομάδες, για να διατηρήσουμε τις σχέσεις μας, μπορεί να ωφελεί να διατηρούμε μια ταυτότητα ντροπής και να αποφεύγουμε να κατηγορήσουμε τους άλλους σε καταστάσεις όπου υπάρχει χαμηλή εμπιστοσύνη στη σταθερότητα της σχέσης ή φόβος βίας), 4) υιοθέτηση κοινωνικών ρόλων όπου δε διατίθενται εύκολα στρατηγικές αποφυγής της ντροπής, και τέλος 5) ο πολιτισμικός λόγος για την «ντροπή της ντροπής», όλα οδηγούν σε αύξηση της ντροπής (Leeming & Boyle, 2004).

Ένας από τους διαχωρισμούς που μπορούμε να κάνουμε σχετικά με τους τύπους της ντροπής, είναι η αρχική ντροπή και η ηθική ντροπή (Cohen, 2003). Η ηθική ντροπή αφορά λιγότερο την κυριαρχία και περισσότερο την αρετή και τη σωστή διαχείριση των καταστάσεων.

Ο Gilbert (1998) διαχωρίζει επίσης την εσωτερική από την εξωτερική ντροπή. Η εξωτερική ντροπή απαιτεί την ικανότητα να προβλέψει κάποιος το πώς θα κρίνουν οι άλλοι μια συμπεριφορά του ατόμου ή ένα προσωπικό στοιχείο. Σχετίζεται με εκτιμήσεις που επικεντρώνονται στις πλευρές μας τις οποίες πιστεύουμε ότι οι άλλοι θα απορρίψουν ή θα τους επιτεθούν, εάν τις μάθουν (Gilbert, 2000). Γενικά, η εσωτερική ντροπή αφορά αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού για τον εαυτό και συναισθήματα που απευθύνονται στον εαυτό (όπως αηδία για τον εαυτό) (Benn et al., 2005).

Η εσωτερική και η εξωτερική ντροπή δε συσχετίζονται πάντα, αν και τις περισσότερες φορές έτσι συμβαίνει (για παράδειγμα ο Goss και οι συνεργάτες του - 1994- επισημαίνουν πως, εάν κάποιος θεωρεί τον εαυτό του ανεπαρκή, θα περιμένει και από τους άλλους να τον βλέπουν με τον ίδιο τρόπο). Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να ντρέπεται επειδή φαίνεται να είναι αναίσχυντος χωρίς, όμως, να έχει την αίσθηση της εσωτερικής ντροπής. Η αναγνώριση ότι οι άλλοι βρίσκουν τη συμπεριφορά κάποιου ως άξια ντροπής, ενώ το ίδιο το άτομο δε συμφωνεί με αυτό, μπορεί να οδηγήσει σε αντικοινωνική συμπεριφορά. Όταν η συμπεριφορά ελέγχεται πλήρως από την εξωτερική ντροπή, οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι μπορούν να μην ανακαλυφθούν μπορεί να οδηγηθούν σε κοινωνικά ντροπιαστικές

συμπεριφορές (Gilbert, 1998). Στην έρευνα των Benn και συνεργατών (2005) η εξωτερική ντροπή βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με την κοινωνική ικανότητα, την κοινωνική εγγύτητα και σχετιζόταν θετικά με το φόβο της αποκάλυψης προσωπικών πληροφοριών.

Τα άτομα διαφέρουν σημαντικά ως προς το είδος της ντροπής που εμφανίζουν συχνότερα και την ένταση με την οποία βιώνουν το συναίσθημα. Οι γενετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες και οι προσωπικές ιστορίες οδηγούν σε αυτή τη διαφορετική ευαισθησία στην ντροπή (Greenwald & Harder, 1998).

Συνοπτικά θα μπορούσαμε να πούμε πως, η ντροπή αποτελεί μια ισχυρή εμπειρία του φόβου να κριθεί κανείς ελλιπής. Είναι η αγχωτική εμπειρία, είτε της πραγματικής είτε της αναμενόμενης απώλειας του κύρους, της τρυφερότητας ή του αυτο-σεβασμού, που πηγάζει από τη γνώση ότι κάποιος είναι εύθραυστος απέναντι στο βλέμμα απόρριψης ή στην αρνητική κρίση των άλλων. Στην πραγματικότητα, δεν μπορεί κανείς να κρυφθεί από το συναίσθημα της ντροπής ή το φόβο ότι «θα τον κρίνουν ως ελαττωματικό» (Shweder, 2003).

Η διαφοροποίηση της ντροπής στην Τρίτη Ηλικία

Το συναίσθημα της ντροπής πιθανά το συναντούμε παντού στον κόσμο, τουλάχιστον μεταξύ των «φυσιολογικών» μελών των διάφορων κοινωνικών ομάδων. Το συμπέρασμα πως «η ντροπή είναι ντροπή όπου και αν πάει κανείς» θα ήταν απογοητευτικό για έναν ανθρωπολόγο ή έναν κοινωνικό ψυχολόγο (Shweder, 2003). Οι πολιτισμικές ομάδες διαφέρουν ως προς τις αντιλήψεις τους για το τι είναι καλό, αληθινό, όμορφο, καθώς και ως προς τις εθιμικές, κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και οικογενειακές πρακτικές που αξιολογούν ως σημαντικές μέσα από αυτές τις ιδέες (Shweder, 2003). Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι, η ντροπή βιώνεται από το άτομο όταν αυτό δεν πληρεί τα πρότυπα του «καλού» για την εκάστοτε κοινωνία.

Οι Kurzban & Leary (2001) προτείνουν πως η ντροπή, ο στιγματισμός και ο αποκλεισμός αποτελούν μέρος της διαδικασίας με την οποία μια ομάδα ατόμων αποφασίζουν με ποιον θα σχετιστούν και θα συνεργαστούν και ποιον θα απορρίψουν και θα αποφύγουν. Υποστηρίζουν ότι, οι τομείς όπου αποφασίζεται κυρίως η απόρριψη, είναι αυτοί που είναι πιο σημαντικοί για την εξέλιξη και θεωρούνται απειλές για την κοινωνική ισορροπία. Έτσι, ο στιγματισμός συνδέεται στενά με τα σημάδια ασθένειας, φυσικής δυσμορφίας, και της φτώχειας.

Κατ' επέκταση, στη σημερινή εποχή της δύναμης, της τεχνολογικής και της ιατρικής προόδου, ποια είναι η θέση της ασθένειας και του πόνου; Μήπως, όσοι πονούν και ασθενούν, φέρουν το στίγμα του ανίσχυρου, αδύναμου ατόμου; Ίσως,

όσο πιο ισχυρός υπήρξε - ή θεωρούνταν - κανείς, τόσο πιο πολύ να στιγματίζεται από την αρρώστια ή από τον πόνο, καθώς τότε έρχεται σε εντονότερη αντίθεση με τις αξίες του και με τις αξίες ολόκληρης της ομάδας όπου εντάσσεται κοινωνικά.

Ακριβώς επειδή οι κοινωνικές ομάδες και οι σχέσεις των ανθρώπων μπορεί να διαφέρουν στον καθορισμό των κοινωνικών ρόλων, προσδιορίζοντας το τι είναι άξιο, αποδεκτό, και τι ντροπή σε έναν ρόλο, αυτές οι ικανότητες υψηλότερου επιπέδου είναι προεξέχουσες στο βίωμα της ντροπής (Gilbert, 2003). Μαθαίνουμε τι μπορεί να φέρει τις αποτυχίες στα μάτια του άλλου και πώς να το αποφύγουμε. Αυτό μπορεί να μας κάνει αποτελεσματικούς, αλλά μπορεί και να μας οδηγήσει στο να νιώσουμε παγιδευμένοι στην ίδια μας τη συμπεριφορά και πως βρισκόμαστε διαρκώς υπό τη λεπτομερή εξέταση των άλλων (Gilbert, 2003).

Κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες μπορεί να είναι δύσκολο ή αδύνατο για ένα άτομο να ζήσει σύμφωνα με τις δικές του δυνατότητες, να αποφύγει να αποτύχει στους στόχους που έχει θέσει και στις επιθυμίες του. Οι προσπάθειές του να ικανοποιήσει επιβεβλημένα δυσπροσαρμοστικά πρότυπα, ίσως αποδειχθούν αναποτελεσματικές, και οι δικοί του στόχοι ίσως να είναι κάποιες φορές άπιαστοι (Shapiro, 2003). Υπό τέτοιου είδους συνθήκες, ο αυτοσεβασμός του ατόμου θα πληγωθεί και το άτομο θα νιώσει ντροπή. Αυτό συμβαίνει στα άτομα στη διάρκεια της φυσιολογικής εφηβείας, σε διάφορους τύπους ψυχοπαθολογίας, καθώς και σε άτομα που έχουν υποστεί βία (Shapiro, 2003).

Σε κάθε περίπτωση, προκειμένου να αναδυθεί το - κοινωνικό - συναίσθημα της ντροπής, χρειάζεται να είναι παρόν αυτό (συνθήκη, άτομο, λόγια) που την πυροδοτεί. Ο κοινωνικός παράγοντας που πυροδοτεί το συναίσθημα της ντροπής είναι το «βλέμμα του άλλου», το βλέμμα της κοινότητας (Heller, 2003). Τα συναισθήματα από μόνα τους δε συνδέονται με ηθικούς κανόνες, αλλά συνδέονται οι πράξεις που πηγάζουν από αυτά. Το «βλέμμα του άλλου» ενεργεί σα μια ηθική εξουσία, και η Heller το αποκαλεί «εξωτερική εξουσία της ηθικής κρίσης» (Heller, 2003).

Η Heller, αναλύοντας την έννοια «το βλέμμα του άλλου» και την επίδρασή του στην ανάπτυξη του συναισθήματος της ντροπής, μας λέει ότι, το άτομο είναι - ή υποτίθεται ότι είναι - συνεχώς σε θέα, οτιδήποτε και αν κάνει. Οποτεδήποτε το βλέμμα του άλλου δεν εγκρίνει το άτομο, ο «ένοχος» νιώθει εκμηδενισμένος: κοκκινίζει, σκύβει το κεφάλι ώστε να μην μπορεί να δει την κριτική του «ματιού», και νιώθει την ανάγκη να εξαφανιστεί ώστε να μην τον βλέπουν. Αφού η ντροπή είναι ένα επίπονο συναίσθημα, το άτομο θα προσπαθήσει να συμμορφωθεί με τους κανόνες, ώστε να αποφύγει να νιώσει ντροπή. Επίσης θα μάθει ότι μπορεί να κάνει τους άλλους να νιώθουν ντροπή (Heller, 2003). Εδώ αξίζει, για λόγους διάκρισης, να αναφέρουμε ότι, στην περίπτωση της αυτο-εκτίμησης, ο εαυτός είναι, και αυτός

που εκτιμάται, και αυτός που κάνει την αξιολόγηση. Οι «άλλοι» δεν εμπλέκονται (Cohen, 2003).

Η ντροπή μπορεί να πυροδοτηθεί από την αποτυχία να ανταποκριθεί κανείς στις προσδοκίες των άλλων. Αυτές οι προσδοκίες είναι ανάλογες με την ομάδα αναφοράς. Για παράδειγμα, για έναν πλούσιο άνθρωπο, η φτώχεια είναι ντροπή διότι αυτός βλέπει τον εαυτό του εκτεθειμένο στους πλούσιους φίλους του (η δική του ομάδα αναφοράς) (Heller, 2003).

Ένα ζήτημα που αναδύεται είναι το ποιους και πόσους ανθρώπους έχει κανείς σαν σημείο αναφοράς και σαν κριτές της συμπεριφοράς του και του εαυτού του. Εάν κάποιος ενδιαφέρεται για τη γνώμη πολλών και διαφορετικών ομάδων ατόμων, σε ποιο σημείο, τελικά, μπορεί να νιώθει ελεύθερος; Είναι αναγκαίο το άτομο να ιεραρχήσει τους «σημαντικούς άλλους» της ζωής του, καθώς και να τους περιορίσει, προκειμένου να ζει σε συνθήκες ελευθερίας. Όσο πιο αντίθετες μεταξύ τους είναι οι απόψεις όσων τον ενδιαφέρουν, τόσο πιο δύσκολο θα του είναι να διατηρήσει την υπόληψή του και να ζει «ηθικά», σύμφωνα με τα κριτήρια που οι άλλοι του θέτουν.

Το να είναι ή να δείχνει κάποιος διαφορετικός, είναι επίσης μια περίπτωση όπου κινητοποιείται η ντροπή. Οι άνθρωποι που είναι εκτεθειμένοι στην ντροπή εξαιτίας των διαφορών τους, είναι επίσης εκτεθειμένοι στο γέλιο (Heller, 2003).

Ως κοινωνική αντίδραση, η ντροπή θεωρείται ουσιώδης και αποτελεί μια αίσθηση έκθεσης των αποτυχιών ενός ατόμου στους άλλους και μια αντίδραση στην εικόνα ή τη φανταστική εικόνα που δημιουργεί το άτομο στο μυαλό του άλλου (Shapiro, 2003). Παρόλα αυτά, η ντροπή αποτελεί κοινωνική αντίδραση μόνο με μια περιορισμένη έννοια. Αποτελεί μια αντίδραση άμυνας που προβλέπει την περιφρόνηση ή την κριτική από τους άλλους. Αλλά αυτή η περιφρόνηση και η κριτική από τους άλλους, προκύπτει όταν ο σεβασμός για τον εαυτό έχει ήδη ελαττωθεί, ίσως μέχρι το σημείο της περιφρόνησης (Shapiro, 2003). Σε αυτή τη συνειδητή κατάσταση του μυαλού, το άτομο που ντρέπεται νιώθει εύθραυστο στην έκθεση. Αυτός μπροστά στον οποίο το άτομο νιώθει εκτεθειμένο, δεν είναι καθόλου μια ξεκάθαρη και ξεχωριστή φιγούρα, αλλά εκείνη τη στιγμή βιώνεται όπως το τεράστιο αθέατο κοινό από έναν ανεπαρκή ηθοποιό στη σκηνή (Shapiro, 2003).

Η Heller (2003) συσχετίζει το συναίσθημα της ντροπής με την αίσθηση του να είναι κανείς γυμνός. Αναφέρει ότι, μπροστά στο κριτικό βλέμμα του «άλλου», οι άνδρες και οι γυναίκες βιώνουν ένα συναίσθημα συγκρίσιμο με το να είναι γυμνοί. Οι τεχνικές αποφυγής της ντροπής, όπως το κρύψιμο του προσώπου, δε σκοπεύουν μόνο στο να εμποδίζουν τον πόνο ή την έκθεση στον περίγελο. Έχουν σκοπό και την προστασία ενάντια στη διαφάνεια. Η απειλή του να είναι κανείς

«γυμνός» απέναντι σε τρίτους, συνιστά απειλή για την απώλεια του εαυτού (Heller, 2003).

Επειδή η ντροπή είναι το συναίσθημα που χρησιμοποιείται περισσότερο στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης προκειμένου να μειωθεί το κενό μεταξύ γενετικών και κοινωνικών παραγόντων, τα κορίτσια και τα αγόρια εκτίθενται στην ντροπή για «εκπαιδευτικούς» λόγους (Heller, 2003). Οποιαδήποτε στιγμή το να δείχνει κανείς το γυμνό σώμα του αποτελεί από μόνο του αμαρτία ή προσβολή, το άτομο το κρύβει, και κυρίως κρύβει τα γεννητικά του όργανα, ακόμη και στην ενήλικη ζωή. Το άτομο θα ντραπεί μόνο εάν κάποιος άλλος το δει. Είναι γνωστό ότι η γύμνια δε θεωρείται ντροπή στα πλαίσια διάφορων φυλών ή μεταξύ των οικολόγων, για παράδειγμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις το βλέμμα του άλλου δεν κατακρίνει τη γύμνια δημοσίως, και μπορεί ακόμη και να την εγκρίνει (Heller, 2003).

Ο Δαρβίνος δε διαχώριζε συμπεριφορικά τη δειλία, την ντροπή, την ενοχή και την αμηχανία, και προσέφερε μια ποικιλία ερεθισμάτων, πιθανών διεγερτών αυτών των συναισθημάτων. Ανέφερε ότι η πράξη από μόνη της δεν αποτελεί αιτία της κατάστασης ντροπής: η ντροπή προκύπτει από το πώς μας βλέπουν οι άλλοι (Lewis, 2003).

Υπάρχει η πιθανότητα, ορισμένα γεγονότα να οδηγούν στην κατάσταση ντροπής πιο άμεσα από άλλα, ίσως επειδή είναι πιθανότερο να προκαλέσουν συγκεκριμένες σκέψεις από ότι τα υπόλοιπα. Για παράδειγμα, τα ατυχήματα στην τουαλέτα είναι πιθανότερο αν οδηγήσουν στην απόρριψη των άλλων από ότι τα κενά γνώσης. Έχει φανεί μέσα από ποικίλες μελέτες πως, τελικά, η ντροπή συνδέεται με δύο βασικές κατηγορίες γεγονότων. Αυτά που σχετίζονται με συγκεκριμένα φυσικά γεγονότα, όπως η έκθεση των γεννητικών οργάνων, και αυτά που σχετίζονται με σκέψεις για τον εαυτό (Lewis, 2003).

Ο φόβος του παντοδύναμου εισβάλλοντος άλλου που μπορεί να μας προκαλέσει ντροπή και πρέπει να κρατηθεί μακριά γιατί μπορεί να μας κάνει να νιώσουμε άσχημα για τον εαυτό μας, είναι ένα ζήτημα που συναντιέται συχνά στην ψυχοθεραπεία. Οι άνθρωποι μπορεί να μην αποκαλύπτουν πράγματα για τον εαυτό τους σε άτομα που τους ορίζουν αρνητικά και, μπροστά στα οποία, νιώθουν άσχημα. Το μότο εδώ είναι «μην αφήσεις τους ανθρώπους να έρθουν πολύ κοντά σου ή να σε μάθουν». Οι άλλοι αντιμετωπίζονται ως παντοδύναμοι, ότι έχουν την ικανότητα να εισβάλλουν στον εαυτό του ατόμου και να το ορίσουν όπως κρίνουν εκείνοι (Gilbert, 2003).

Οι θετικές σχέσεις - το να αγαπιέται κανείς, να τον εγκρίνουν και να τον αποδέχονται - έχουν ισχυρές δυνάμεις φυσιολογικής ρύθμισης (Cacioppo et al., 2000). Το να διαθέτει κανείς αίσθηση για την ελκυστικότητά του στους άλλους, ή να εκτιμά την ικανότητά του να διεγείρει θετικά συναισθήματα στους άλλους,

απαιτεί να ελέγχει κανείς και να παρακολουθεί, όχι μόνο το πώς αντιδρούν οι άλλοι στον εαυτό, αλλά και ποιο είναι το τρέχον υποστηρικτικό σύστημα ή οι σύμμαχοί του, καθώς και τις ιδιότητες τις οποίες μια ομάδα αξιολογεί ως θετικές και ελκυστικές (Gilbert, 2003).

Η συμπεριφορά ή μια συνήθεια αφ' εαυτής, δεν οδηγεί απαραίτητα σε κακή προσωπική κριτική, και δεν αναχαιτίζει πάντα μια αρνητική πράξη. Ένα άτομο μπορεί να εκδηλώνει (κοινωνικά ορισμένη) παρεκκλίνουσα σεξουαλική δραστηριότητα, να κάνει χρήση ναρκωτικών, να έχει δυσμορφίες, να κάνει φορολογικές απάτες, και να γνωρίζει πως, αν τον πιάσουν, θα ντραπεί. Παρόλα αυτά, μπορεί να μη νιώθει πως αυτό τον καθιστά κακό σαν προσωπικότητα, και μπορεί να διαθέτει διάφορες δικαιολογίες για τη συμπεριφορά του (Gilbert, 2003). Γενικά, ο φόβος της ντροπής και του ρεζιλέματος μπορεί να είναι τόσο δυνατός που οι άνθρωποι θα ρίσκαραν να πάθουν σοβαρή σωματική βλάβη, ακόμη και θάνατο, για να τα αποφύγουν (Heller, 2003). Ένας λόγος είναι γιατί, η ντροπή μπορεί να προκαλέσει σοβαρή πληγή στην κοινωνική αποδοχή και σε μια ποικιλία κοινωνικών σχέσεων. Το άγχος της σκηνής (stage fright) είναι μια εκδήλωση του φόβου της ντροπής (Heller, 2003).

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

Η Ποιότητα Ζωής στην Τρίτη Ηλικία

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

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

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

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 γηρατειά είναι ένα στάδιο της φυσιολογικής πορείας του ατόμου και έχει υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη λειτουργικής ικανότητας και η γενικότερη σωματική υγεία του ηλικιωμένου ατόμου δεν είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ύπαρξη καλής ποιότητας ζωής, διότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τις ατομικές προσδοκίες και την ικανότητα προσαρμογής. Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων ατόμων σχετικά με την ποιότητα ζωής τους επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τον τόπο διαμονής τους. (Beaumont & Kenealy, 2003). Τα αποτελέσματα μιας ερευνητικής μελέτης, που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ ατόμων μέσης ηλικίας 77 ετών (134 γυναίκες και 59 άνδρες), διαπιστώθηκε ότι τα 30 άτομα διέμεναν σε οίκο ευγηρίας, τα 42 σε ξενώνα, τα 37 με κάποιο μέλος της οικογενείας τους, τα 40 μόνα τους για άνω των 10 ετών και τα 44 μόνα τους για κάτω από 10 έτη. Σε αυτή τη μελέτη παρατηρήθηκε ότι ο τόπος διαμονής είχε καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομεία είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα υγείας. Τα άτομα που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους παρουσίαζαν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους

υπόλοιπους. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειας είχαν την τάση να υιοθετούν περισσότερο θετικές στρατηγικές προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που ήταν ικανοποιημένα από τον τόπο διαμονής τους ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν καλή και συνεπώς είχαν υψηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής τους (Beaumont & Kenealy, 2003).

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλει στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στη γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων (Wilson, et al, 2002; Hultsch, et al, 1999). Στην τρίτη ηλικία ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας, και κατ' επέκταση αυξάνεται η ποιότητα ζωής (Rodin, et al, 1992; Albert, et al, 1995). Σε μια έρευνα στην Ιταλία μεταξύ 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 οικογενείας μείωναν το αίσθημα της μοναξιάς (Nante, et al, 1999). Σε μια άλλη ερευνητική μελέτη που έλαβε χώρα στο Ιράν μεταξύ 220 ηλικιωμένων ατόμων που διέμεναν με την οικογένειά τους και με αυτούς που διέμεναν σε γηροκομείο διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν σε γηροκομείο παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής σε σχέση με την πνευματική και σωματική τους υγεία, από εκείνους που διέμεναν με την οικογένειά τους. Σε αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση του ατόμου (Heydari, et al, 2012).

Η παρουσία ασθενειών αυξάνει με την ηλικία και συνεπώς οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν αρκετές ασθένειες (Smith, et al, 2000). Η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων είναι συνδεδεμένη με πολλούς κοινωνικοδημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Iyer, 2003). Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων είναι το κοινωνικό περιβάλλον, η ύπαρξη κατάθλιψης και η γνωστική ικανότητα με το πρώτο να θεωρείται το πιο σημαντικό (Beaumont & Kenealy, 2003). Σε δύο

μελέτες μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής αναφορικά με την σωματική λειτουργία, τον σωματικό πόνο, την γενική υγεία και την ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες (Wyss, et al, 1999; Li, et al, 2003).

Στα πιο ηλικιωμένα άτομα το άγχος έχει συσχετισθεί με την σωματική αναπηρία (Brenes, et al, 2005; Lenze, et al, 2001), την μειωμένη ποιότητα ζωής, αλλά και την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Stanley, et al, 2001). Το άγχος και η κατάθλιψη μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών κυρίως έχει συσχετισθεί με αυξημένη θνησιμότητα (Kawachi, et al, 1994). Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν μόνα τους είχαν υψηλότερα ποσοστά οικονομικών δυσκολιών, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Chou & Chi, 2001). Πολλά ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν με την 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 διαπιστώνεται ότι έχουν μια αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους και χαμηλή αυτοεκτίμηση σε σχέση με αυτούς που διαμένουν με την οικογένειά τους (Antonelli, et al, 2002).

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

ΜΕΡΟΣ II

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση του Ρόλου των Οικογενειακών Σχέσεων των Υπερήλικων Ατόμων στα Επίπεδα Ντροπής τους και στην Ποιότητα Ζωής τους στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διασύνδεση της γενικής υγείας των υπερήλικων με τις οικογενειακές σχέσεις και τα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής αλλά και με την επίδρασή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των υπερήλικων ανδρών και της ομάδας των υπερήλικων γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Σύγκριση των οικογενειακών σχέσεων των υπερηλίκων που διαμένουν με την κόρη τους με κείνων που δεν διαμένουν,
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Ερευνητικές υποθέσεις

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

- Η ντροπή και η ποιότητα ζωής συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και την ντροπή. Ως προς την εσωτερική και εξωτερική ντροπή, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με το δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού, καθώς αφενός η εξωτερική και η εσωτερική ντροπή σχετίζονται, και αφετέρου το «βλέμμα του άλλου» εσωτερικοποιείται, δημιουργώντας μια μόνιμη αίσθηση κατωτερότητας και το φόβο ότι το άτομο δεν είναι επιθυμητό.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος της ντροπής με τις οικογενειακές σχέσεις, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ντροπής στην εμφάνιση προβλημάτων στην οικογένεια. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την οικογενειακές σχέσεις, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ανεξαρτησίας στο οικογενειακό περιβάλλον και χαμηλότερα σε σχέση με το δείγμα Ελληνικού πληθυσμού.

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 είτε διαμένουν με την οικογένειά τους είτε διαμένουν μόνοι τους.

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

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

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

Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

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

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 σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

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

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

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)

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. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

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

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

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

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως

έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93, (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).

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

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 προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

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).

Στατιστική επεξεργασία

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

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro-Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

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

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

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

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

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

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

3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

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

Πίνακας 1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach	
Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
SF-36	0,597
OAS	0,806
ESS	0,800
FES	0,702

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 και FES θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994 & Andrews et al., 2002). Ως εξαίρεση σημειώνεται το ερωτηματολόγιο SF-36 στο οποίο ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 197 Έλληνες υπερήλικες. Από τους 197 ηλικιωμένους οι 103 (ποσοστό 52,3%) ήταν άνδρες και οι 94 (ποσοστό 47,7%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $74,3 \pm 1,5$, με εύρος 66-93 ετών.

Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν $74,7 \pm 7,4$ με εύρος 66-93 ετών και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν $73,4 \pm 7,7$, με εύρος 68-88 ετών, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,238$), συγκρινόμενοι με το T-test (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατανομή, 197 υπερήλικων που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία.				
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη - μέγιστη	66-93	68-88	66-93	

Μέση τιμή (x ± SD) 74,7 ± 7,4 73,4 ± 7,7 74,3 ± 1,5 t=1,185
P=0,238

t = T-test.

4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπερήλικων

Από τους 197 υπερήλικες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, οι 120 (ποσοστό 60,9%) από τους υπερήλικες του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 54 (ποσοστό 27,4%) υπερήλικες δήλωσαν ότι είναι χήρος(α), οι 13 υπερήλικες είναι διαζευγμένοι και μόλις ένας 10 υπερήλικοι είναι άγαμοι, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους (p=0,000) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Κατανομή, 197 υπερήλικων κατά εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος (η)	6 (5.8)	4 (4.2)	10 (5.1)	
Έγγαμος (η)	75 (72.8)	45 (47.9)	120 (60.9)	
Διαζευγμένος (η)	7 (6.8)	6 (6.4)	13 (6.6)	Fisher's Exact Test=18,480
Χήρος (α)	15 (14.6)	39 (41.5)	54 (27.4)	P= 0,000
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Αναλφάβητος	13 (12.7)	16 (17.0)	29 (14.8)	
Απόφοιτος Δημοτικού	44 (43.1)	27 (28.7)	71 (36.2)	Fisher's Exact Test=13,969
Απόφοιτος Γυμνασίου	7 (6.9)	16 (17.0)	23 (11.7)	P= 0,007
Απόφοιτος Λυκείου	16 (15.7)	25 (26.6)	41 (20.9)	
Απόφοιτος ΑΕΙ	22 (21.6)	10 (10.6)	32 (16.3)	
Διαμονή				
Χωριό/Κωμόπολη	33 (32.0)	22 (23.4)	55 (27.9)	
Πόλη < 150.000 κατοίκους	30 (29.1)	27 (28.7)	57 (28.9)	Fisher's Exact Test=2,237
Πόλη > 150.000 κατοίκους	40 (38.8)	45 (47.9)	85 (43.1)	P= 0,343

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

Πάνω από το 1/3 του δείγματός μας με ποσοστό 36,2% απάντησε ότι είναι απόφοιτος δημοτικού, οι 29 υπερήλικες (ποσοστό 14,8%) αποκρίθηκαν ότι είναι αναλφάβητοι, οι 23 υπερήλικες (ποσοστό 11,7%) αποκρίθηκαν ότι είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 41 υπερήλικες (ποσοστό 20,9%) αποκρίθηκαν ότι είναι απόφοιτοι Λυκείου, και τέλος, 32 υπερήλικες (ποσοστό 16,3%) δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ. Οι 3 στους 10 περίπου διαμένουν σε χωριό/κωμόπολη, οι 3 στους 10 σε πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 4 στους 10 περίπου σε πόλεις

μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,343$) (πίνακας 3).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 88,3%) οι υπερήλικες έχουν παιδιά, εγγόνια (ποσοστό 68,0%), κόρη (σε ποσοστό 66,5%). Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 94 υπερηλίκων (ποσοστό 47,7%) ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 103 υπερηλίκων (ποσοστό 52,3%) που η κόρη τους δε ζει κοντά τους (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Κατανομή, 78 υπερηλίκων κατά ύπαρξη παιδιών, εγγονιών, κόρης και σε περίπτωση ύπαρξη κόρης αν ζει μαζί της.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Παιδιά				
Ναι	92 (89.3)	82 (87.2)	174 (88.3)	χ ² _y =0.207 P= 0.649
Όχι	11 (10.7)	12 (12.8)	23 (11.7)	
Εγγόνια				
Ναι	74 (71.8)	60 (63.8)	134 (68.0)	χ ² _p = 1.451 P= 0.228
Όχι	29 (28.2)	34 (36.2)	63 (32.0)	
Έχετε κόρη;				
Ναι	70 (68.0)	61 (64.9)	131 (66.5)	χ ² _p =0,207 P= 0,649
Όχι	33 (32.0)	33 (35.1)	66 (33.5)	
Αν ναι, ζει κοντά σας				
Ναι	51 (49.5)	43 (45.7)	94 (47.7)	χ ² _p =0,280 P= 0,597
Όχι	52 (50.5)	51 (54.3)	103 (52.3)	

$\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson.

Οι 85 υπερήλικοι ερωτώμενοι μένουν με τον ή την σύντροφό τους (ποσοστό 46,2%) ενώ οι 37 υπερήλικοι ερωτώμενοι μένουν μόνοι τους, οι 17 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με την κόρη τους και οι 10 υπερήλικοι με το γιό τους, οι 21 υπερήλικοι διαμένουν σε γηροκομείο, οι 5 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με τον σύζυγο και την κόρη τους, οι 6 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με τον σύζυγο και τον γιό τους, οι 2 υπερήλικες δήλωσαν πως μένουν με τη μητέρα τους και τέλος 1 υπερήλικας δήλωσε πως μένει με κάποιον φίλο του (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Κατανομή 197 υπερήλικων ως προς το με ποιόν μένουν.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Με ποιο μένετε;				
Μόνος	14 (14.9)	23 (25.6)	37 (20.1)	Fisher's Exact Test = 14.272 P = 0,048
Σύντροφος	53 (56.4)	32 (35.6)	85 (46,2)	
Με την Κόρη μου	7 (7.4)	10 (11.1)	17 (9,2)	
Με το Γιό μου	2 (2.1)	8 (8.9)	10 (5.4)	
Γηροκομείο	11 (11,7)	10 (11,1)	21 (11.4)	
Με κάποιον φίλο μου	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (0.5)	
Με σύζυγο και κόρη	3 (3,2)	2 (2,2)	5 (2.7)	
Με σύζυγο και γιό	3 (3,2)	3 (3,3)	6 (3.3)	
Με τη μητέρα μου	0 (0,0)	2 (2,2)	2 (1.1)	

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

Οι 92 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 43 είναι υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 45,7%) και 49 υπερήλικες άνδρες (ποσοστό 47,6%).

Οκτώ από τους υπερήλικες ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 4,1%), από αυτούς το 1,9% καταλαμβάνουν οι υπερήλικοι άνδρες και το 6,4% οι υπερήλικες γυναίκες (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Κατανομή 197 υπερήλικων κατά το αν πάσχουν από κάποιο χρόνιο σωματικό, ψυχιατρικό νόσημα και πόσο καλή υγεία είχαν στη ζωή τους.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
Σύνολο	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (100,0)	
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο σωματικό νόσημα;				
Ναι	49 (47.6)	43 (45.7)	92 (46.7)	χ ² _p =0,066 P=0,797
Όχι	54 (52.4)	51 (54.3)	105 (53.3)	
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο ψυχιατρικό νόσημα;				
Ναι	2 (1,9)	6 (6.4)	8 (4.1)	L.R. =2.577 P=0,108
Όχι	101 (98.1)	88 (93.6)	189 (95.9)	
Πόσο καλή υγεία είχατε στη ζωή σας;				
Πολύ κακή	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.5)	Fisher's Exact Test =2.909 P=0,591
Κακή	6 (6.1)	2 (2.2)	8 (4.3)	
Μέτρια	27 (27.3)	22 (24.7)	49 (26.1)	
Καλή	38 (38.4)	38 (42.7)	76 (40.4)	
Πολύ καλή	28 (28.3)	26 (29.2)	54 (28.7)	

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

Ακόμη οι 49 υπερήλικοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είχαν μέτρια υγεία στη ζωή τους (ποσοστό 26,1%). Από το δείγμα μας ο μισός σχεδόν πληθυσμός των ανδρών,

δηλαδή 66 υπερήλικοι άνδρες, απάντησε πως είχε καλή και πολύ καλή υγεία στη ζωή του (ποσοστό 66,7%), το ίδιο απάντησαν και 64 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 71,9%). Μόλις μία υπερήλικη γυναίκα δήλωσε πως είχε πολύ κακή ζωή χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test (πίνακας 6).

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

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

5.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν

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

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 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 Ανδρών Υπερήλικων και Γυναικών Υπερήλικων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 197 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή των 103 ανδρών και των 94 γυναικών. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

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

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

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

Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το φύλο					
			T-Test		
	Άνδρες	Γυναίκες	t	df	P
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)					
Συνολική βαθμολογία	17,19±9,86	7,71±10,20	-,363	195	,717
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	5,68±4,24	6,05±4,39	-,608	195	,544
Αίσθημα κενού (empty)	3,56±2,68	3,40±2,82	,405	195	,686
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	7,01±4,02	7,28±3,96	-,469	195	,640
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)					
Συνολική ντροπή	44,63±12,25	45,55±15,13	-,472	195	,637
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	20,78±5,89	20,95±7,19	-,182	195	,856
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	17,97±5,68	17,94±6,34	,041	195	,968
Σωματική ντροπή (bodily shame)	5,88±2,73	6,67±3,14	-1,880	195	,062
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)					
Σχέσεις (Relationship Dimensions)					
Συνοχή (Cohesion)	6,86±1,87	6,67±1,89	,722	195	,471
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,55±1,41	5,72±1,49	-,822	195	,412
Σύγκρουση (Conflict)	2,26±1,86	2,36±1,99	-,362	195	,717

Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)					
Ανεξαρτησία (Independence)	5,92±1,40	6,17±1,51	-1,195	195	,234
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	6,44±1,34	6,18±1,59	1,224	195	,222
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	5,20±2,02	5,67±2,08	-1,599	195	,112
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	4,00±2,11	4,56±2,12	-1,868	195	,063
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	4,95±1,92	5,03±2,18	-,276	195	,783
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)					
Οργάνωση (Organization)	5,88±1,68	5,78±1,82	,428	195	,669
Έλεγχος (Control)	4,87±1,31	4,60±1,36	1,463	195	,145
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος					
Γενικό Σύνολο	48,66±6,88	49,38±7,92	-,685	195	,494
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	64,80±26,69	60,27±28,65	1,134	190	,258
Σωματικός ρόλος (RP)	54,70±42,09	63,86±41,16	-1,525	191	,129
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	64,24±40,82	65,91±39,47	-,282	182	,778
Ζωτικότητα (VT)	53,04±13,46	52,66±12,99	,198	192	,844
Ψυχική υγεία (MH)	62,86±15,07	66,17±17,65	-1,409	192	,160
Κοινωνικός ρόλος (SF)	66,84±22,64	68,61±23,40	-,532	188	,595
Σωματικός πόνος (BP)	67,28±25,22	64,87±25,22	,665	192	,507
Γενική υγεία (GH)	52,93±18,53	52,78±19,23	,056	192	,956
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	234,43±90,01	237,88±96,61	-,260	195	,795
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	238,24±71,49	245,16±77,61	-,652	195	,515

Στον πίνακα 7, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι άνδρες υπερήλικες δεν εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις υπερήλικες γυναίκες.

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

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 197 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή όσων υπερήλικων ζουν με την κόρη τους και όσων υπερήλικων δεν ζουν με την κόρη τους. 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 κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των υπερήλικων που ζουν με την κόρη τους και των υπερήλικων που δεν ζουν με την κόρη τους.

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

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του $T - Test$ δίνει τον πίνακα 8. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ υπερήλικων που ζουν με την κόρη τους και υπερήλικων που δεν ζουν με την κόρη τους					
	Υπερήλικες		T-Test		
	Διαμονή κοντά με την κόρη τους	Διαμονή μακριά από την κόρη τους	t	df	P
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)					
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)					
Ανεξαρτησία (Independence)	5,83±1,52	6,23±1,37	-1,955	195	,052
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	55,00±28,01	69,22±25,73	-3,666	190	,000
Γενική υγεία (GH)	50,27±18,78	55,19±18,64	-1,828	192	,069
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	216,84±89,9 9	253,63±92,4 7	-2,823	195	,005

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

1. Ανεξαρτησία (Independence) (FES)
2. Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF-36)
3. Γενική υγεία (GH) (SF-36)

4. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF-36)

Διαφοροποιήσεις μεταξύ Υπερήλικων ως προς το αν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 197 υπερήλικων ατόμων, δηλαδή όσων κάνουν καλοκαιρινές διακοπές και όσων δεν κάνουν. 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 κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας δηλαδή όσων κάνουν καλοκαιρινές διακοπές και όσων δεν κάνουν.

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

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 9. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 9: Διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών ως προς το αν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές					
			T-Test		
	Κάνουν διακοπές	Δεν κάνουν διακοπές	t	df	P
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)					
Συνολική βαθμολογία	14,76± 9,59	20,79±9,56	-4,364	193	,000
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	4,91±4,15	7,08±4,24	-3,599	193	,000
Αίσθημα κενού (empty)	2,93±2,62	4,16±2,77	-3,186	193	,002
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	6,09±3,76	8,43±3,87	-4,252	193	,000
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)					
Συνολική ντροπή	42,49±13,42	48,31±13,52	-3,001	193	,003
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	19,52±6,63	22,50±6,09	-3,224	193	,001

Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	17,31±6,08	18,79±5,86	-1,713	193	,088
Σωματική ντροπή (bodily shame)	5,65±2,60	7,02±3,22	-3,291	193	,001
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)					
Σχέσεις (Relationship Dimensions)					
Συνοχή (Cohesion)	7,13±1,79	6,35±1,92	2,924	193	,004
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,84±1,37	5,42±1,49	2,066	193	,040
Σύγκρουση (Conflict)	1,90±1,62	2,83±2,16	-3,417	193	,001
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)					
Ανεξαρτησία (Independence)	6,17±1,40	5,91±1,55	1,231	193	,220
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	6,33±1,53	6,36±1,34	-,144	193	,885
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	5,95±1,94	4,78±2,02	4,123	193	,000
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	4,88±2,01	3,51±2,06	4,671	193	,000
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	4,94±2,15	5,06±1,92	-,413	193	,680
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)					
Οργάνωση (Organization)	6,16±1,73	5,48±1,68	2,755	193	,006
Έλεγχος (Control)	4,72±1,31	4,83±1,34	-,576	193	,565
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος					
Γενικό Σύνολο	50,06±7,48	47,92±7,01	2,044	193	,042
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)					
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	68,55±27,07	54,88±26,77	3,481	189	,001
Σωματικός ρόλος (RP)	67,82±40,30	48,21±41,39	3,305	190	,001
Συναισθηματικός Ρόλος (RE)	74,11±35,53	53,75±42,92	3,510	181	,001
Ζωτικότητα (VT)	53,10±12,96	52,65±13,64	,236	191	,813
Ψυχική υγεία (MH)	67,85±15,81	60,05±16,24	3,364	191	,001
Κοινωνικός ρόλος (SF)	71,96±23,47	62,50±21,15	2,866	187	,005
Σωματικός πόνος (BP)	69,93±24,98	61,32±25,01	2,370	190	,019
Γενική υγεία (GH)	57,91±17,79	46,48±18,42	4,347	190	,000
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	260,52±90,61	206,71±87,79	4,175	193	,000
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	260,52±65,77	220,98±75,09	3,915	193	,000

Στον πίνακα 9, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως όσοι κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες:

1. Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36)
2. Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36)
3. Συναισθηματικός Ρόλος (RE) (SF- 36)
4. Ψυχική υγεία (MH) (SF- 36)
5. Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36)
6. Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36)
7. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36)
8. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36)
9. Συνοχή (Cohesion) (FES)
10. Εκφραστικότητα (Expressiveness) (FES)
11. Οργάνωση (Organization) (FES)
12. Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation) (FES)
13. Ανεξαρτησία (Independence) (FES)
14. Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation) (FES)
15. Συνοχή (Cohesion) (FES)
16. Εκφραστικότητα (Expressiveness) (FES)

Στον πίνακα 9, μπορούμε ακόμη να παρατηρήσουμε πως όσοι υπερήλικες εν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από όσους υπερήλικες κάνουν καλοκαιρινές διακοπές, στις κλίμακες:

1. Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis) (FES)
2. Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation) (FES)
3. Σύγκρουση (Conflict) (FES)

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

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

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία (OAS) ($p = 0,047$)
2. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior - OAS) ($p = 0,055$)
3. Αίσθημα κενού (empty - OAS) ($p = 0,018$)
4. Συνολική ντροπή (ESS) ($p = 0,001$)
5. Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame -ESS) ($p = 0,000$)
6. Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame - ESS) ($p = 0,021$)
7. Σωματική ντροπή (bodily shame- ESS) ($p = 0,043$)
8. Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation - FES) ($p = 0,003$)
9. Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis -FES) ($p = 0,041$)
10. Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) ($p = 0,007$)
11. Σωματική λειτουργικότητα (PF) ($p = 0,000$)
1. Σωματικός ρόλος (RP) ($p = 0,000$)
2. Συναισθηματικός ρόλος (RE) ($p = 0,000$)
12. Ψυχική υγεία (MH) ($p = 0,001$)
13. Κοινωνικός ρόλος (SF) ($p = 0,000$)
14. Σωματικός πόνος (BP) ($p = 0,016$)
15. Γενική υγεία (GH) ($p = 0,000$)
16. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($p = 0,000$)
17. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) ($p = 0,000$)

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

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	2,464	,047
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	2,366	,055
Αίσθημα κενού (empty)	3,053	,018
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	1,612	,173
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	5,115	,001

Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	5,856	,000
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	2,952	,021
Σωματική ντροπή (bodily shame)	2,521	,043
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Οικογενειακές Σχέσεις		
Συνοχή (Cohesion)	2,134	,078
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	1,063	,376
Σύγκρουση (Conflict)	,485	,747
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)		
Ανεξαρτησία (Independence)	1,785	,134
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	1,713	,149
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	4,106	,003
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	1,766	,137
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	2,549	,041
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	1,861	,119
Έλεγχος (Control)	,658	,622
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος		
Γενικό Σύνολο	3,686	,007
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	6,100	,000
Σωματικός ρόλος (RP)	8,020	,000
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	9,272	,000
Ζωτικότητα (VT)	,807	,522
Ψυχική υγεία (MH)	4,822	,001
Κοινωνικός ρόλος (SF)	7,673	,000
Σωματικός πόνος (BP)	3,122	,016
Γενική υγεία (GH)	15,467	,000
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	10,151	,000
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	11,453	,000

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 στη ζωή. Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

6.1. Συσχετίσεις των οικογενειακών σχέσεων με την ποιότητα ζωής και τα επίπεδα ντροπής

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των οικογενειακών σχέσεων και της ποιότητας ζωής προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ της πνευματικότητας και των: Σωματικής λειτουργικότητας (PF) ($P = 0,000$), Σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,000$), Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,000$), Κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,001$), Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,000$) και Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,001$),

μεταξύ της συνοχής και των:

Σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,001$), Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,000$), Κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,001$) και Κλίμακας Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,001$),

μεταξύ της εκφραστικότητας και της Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,001$),

μεταξύ της σύγκρουσης και της Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,000$),

μεταξύ της ψυχαγωγικής δραστηριότητας και των:

Σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,001$), Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,000$), Κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,001$) και Κλίμακας Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,001$),

μεταξύ της θρησκευτικότητας και της Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,001$),

μεταξύ της οργάνωσης και των:

Συναισθηματικού ρόλου (RE) ($P = 0,001$), και Κλίμακας Ψυχικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,000$)

Πίνακας 11: Συσχετίσεις μεταξύ ποιότητας ζωής και οικογενειακών σχέσεων											
	Συνοχή	Εκφραστικότητα	Σύγκρουση	Ανεξαρτησία	Επιτεύγματα	Πνευματικότητα	Ψυχαγωγική δραστηριότητα	Θρησκευτική έμφαση	Οργάνωση	Έλεγχος	Σύνολο
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	,210**	,106	-,217**	,092	,095	,229**	,170*	-,004	,139	,010	,122
	,004	,145	,003	,203	,190	,001	,018	,962	,055	,894	,092
Σωματικός ρόλος (RP)	,232**	,094	-,136	,178*	,050	,275**	,210**	,093	,217**	-,042	,239**
	,001	,193	,060	,013	,492	,000	,003	,201	,002	,559	,001
Σωματικός πόνος (BP)	,208**	,128	-,120	,048	,151*	,219**	,182*	,062	,124	,081	,202**
	,004	,075	,095	,504	,036	,002	,011	,394	,085	,260	,005
Γενική Υγεία (GH)	,206**	,182*	-,167*	,191**	,071	,155*	,216**	-,038	,168*	-,030	,146*
	,004	,011	,020	,007	,327	,031	,003	,597	,020	,675	,043
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	,160*	,138	-,207**	,144	,150*	,199**	,120	,094	,253**	-,065	,153*
	,030	,061	,005	,051	,042	,007	,105	,203	,001	,379	,038
Ζωτικότητα (VT)	,018	,055	,117	,008	,015	-,012	-,025	,053	,110	,026	,105
	,804	,447	,103	,909	,840	,865	,726	,466	,126	,723	,146
Ψυχική υγεία (MH)	,264**	,229**	-,257**	,125	,160*	,259**	,299**	,232**	,194**	,012	,261**
	,000	,001	,000	,082	,026	,000	,000	,001	,007	,864	,000
Κοινωνικός ρόλος (SF)	,236**	,153*	-,119	,160*	,125	,234**	,232**	,023	,172*	,045	,241**
	,001	,036	,102	,027	,086	,001	,001	,756	,018	,538	,001
Κλίμακα Φυσικής	,229**	,150*	-,182*	,132	,110	,282**	,242**	,056	,208**	,038	,231**

Υγείας (SF_PCS)	,001	,035	,010	,065	,124	,000	,001	,433	,003	,600	,001
Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_PCS)	,197**	,149*	-,168*	,137	,162*	,233**	,208**	,137	,295**	,043	,262**
	,005	,037	,019	,054	,023	,001	,003	,055	,000	,545	,000

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 χαρακτηριστικά των οικογενειακών σχέσεων, της ποιότητας ζωής και των επιπέδων της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος στο συγκεκριμένο χωροχρόνο, που έλαβε χώρα η παρούσα ερευνητική μελέτη. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από τον παρόντα χρόνο και για αυτό δεν απαντούν σε συνθήκες προγενέστερες της διεξαγωγής της μελέτης.

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

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν οι οικογενειακές σχέσεις και η ποιότητα ζωής αλλά και τα δυναμικά της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής κατά τη διάρκεια του παρόντα χρόνου. Βεβαίως, δεν αποτέλεσε στόχο της παρούσας έρευνας η εξειδικευμένη μελέτη των παραγόντων των οικογενειακών σχέσεων που ενδεχομένως να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων γεγονός που θα απαιτούσε διαφορετικό ερευνητικό σχεδιασμό και εκτίμηση ποικίλων ακόμη παραγόντων για μια μελέτη αναδρομικού χαρακτήρα.

Το προφίλ των ηλικιωμένων

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των ηλικιωμένων Ελλήνων της επαρχίας. Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 197 Έλληνες υπερήλικες. Από τους 197 ηλικιωμένους οι 103 (ποσοστό 52,3%) ήταν άνδρες και οι 94 (ποσοστό 47,7%) γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ήταν $74,3 \pm 1,5$, με εύρος 66-93 ετών. Συγκεκριμένα η μέση ηλικία των ανδρών ήταν $74,7 \pm 7,4$ με εύρος 66-93 ετών και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν $73,4 \pm 7,7$, με εύρος 68-88 ετών, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,238$), συγκρινόμενοι με το T-test.

Από τους 197 υπερήλικες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, οι 120 (ποσοστό 60,9%) από τους υπερήλικες του δείγματος βρίσκονται σε γάμο, οι 54 (ποσοστό 27,4%) υπερήλικες δήλωσαν ότι είναι χήρος(α), οι 13 υπερήλικες είναι διαζευγμένοι και μόλις ένας 10 υπερήλικος είναι άγαμος, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,000$) συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test.

Πάνω από το 1/3 του δείγματός μας με ποσοστό 36,2% απάντησε ότι είναι απόφοιτος δημοτικού, οι 29 υπερήλικες (ποσοστό 14,8%) αποκρίθηκαν ότι είναι αναλφάβητοι, οι 23 υπερήλικες (ποσοστό 11,7%) αποκρίθηκαν ότι είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 41 υπερήλικες (ποσοστό 20,9%) αποκρίθηκαν ότι είναι απόφοιτοι Λυκείου, και τέλος, 32 υπερήλικες (ποσοστό 16,3%) δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ. Οι 3 στους 10 περίπου διαμένουν σε χωριό/κωμόπολη, οι 3 στους 10 σε πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 4 στους 10 περίπου σε πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ($p=0,343$).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 88,3%) οι υπερήλικες έχουν παιδιά, εγγόνια (ποσοστό 68,0%), κόρη (σε ποσοστό 66,5%). Από αυτούς που απαντούν θετικά στο ότι έχουν κόρη, των 94 υπερηλίκων (ποσοστό 47,7%) ζει κοντά τους σε αντίθεση με των 103 υπερηλίκων (ποσοστό 52,3%) που η κόρη τους δε ζει κοντά τους.

Οι 85 υπερήλικοι μένουν με τον ή την σύντροφό τους (ποσοστό 46,2%) ενώ οι 37 υπερήλικοι μένουν μόνοι τους, οι 17 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με την κόρη τους και οι 10 υπερήλικοι με το γιό τους, οι 21 υπερήλικοι διαμένουν σε γηροκομείο, οι 5 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με τον σύζυγο και την κόρη τους, οι 6 υπερήλικοι δήλωσαν πως μένουν με τον σύζυγο και τον γιό τους, οι 2 υπερήλικες δήλωσαν πως μένουν με τη μητέρα τους και τέλος 1 υπερήλικας δήλωσε πως μένει με κάποιον φίλο του.

Το προφίλ των ηλικιωμένων του δείγματός μας συμφωνεί με την περιγραφή της σύγχρονης μεταπολεμικής οικογένειας (Βασιλείου 1966), που έχει πάρει τη

μορφή της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας, μητέρα, τέκνα, εγγόνια), ενισχύεται, όμως, και από άλλες μελέτες, όπως αυτές, των Madianos και Madianou (1991), που διαπίστωσαν ότι η σύγχρονη Ελληνική αστική οικογένεια, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο, έχει πάψει να είναι εκτεταμένη και έχει γίνει πυρηνική, με μέσο αριθμό μελών 3,2 (από 4,2 που ήταν το 1920), των Μαδιανού και συν. (1995), οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές του χαρακτήρα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας επηρεάζουν τη δομή, τους ρόλους και τη σταθερότητα της Ελληνικής οικογένειας.

Σωματική και Ψυχική Υγεία των Ηλικιωμένων

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι 92 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια, εκ των οποίων οι 43 είναι υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 45,7%) και 49 υπερήλικες άνδρες (ποσοστό 47,6%).

Οκτώ από τους υπερήλικες ερωτώμενους δήλωσαν πως υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο (ποσοστό 4,1%), από αυτούς το 1,9% καταλαμβάνουν οι υπερήλικοι άνδρες και το 6,4% οι υπερήλικες γυναίκες

Ακόμη οι 49 υπερήλικοι ερωτώμενοι δήλωσαν πως είχαν μέτρια υγεία στη ζωή τους (ποσοστό 26,1%). Από το δείγμα μας ο μισός σχεδόν πληθυσμός των ανδρών, δηλαδή 66 υπερήλικοι άνδρες, απάντησε πως είχε καλή και πολύ καλή υγεία στη ζωή του (ποσοστό 66,7%), το ίδιο απάντησαν και 64 υπερήλικες γυναίκες (ποσοστό 71,9%). Μόλις μία υπερήλικη γυναίκα δήλωσε πως είχε πολύ κακή ζωή χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενοι με το Fisher's Exact Test

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης ως προς την σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων συμφωνούν και ενισχύονται από τα αποτελέσματα της μελέτης των Wilson, et al. (2002) αλλά και τη μελέτη των Hultsch, et al. (1999) όπου διαπιστώθηκε ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλει στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στη γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων. Ακόμη ενισχύονται από τα αποτελέσματα της μελέτης των Rodin, et al, (1992) και Albert, et al. (1995) όπου διαπιστώθηκε ότι στην τρίτη ηλικία ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας, και κατ' επέκταση αυξάνεται η ποιότητα ζωής. Ακόμη, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα της

μελέτης των Nante, et al. (1999), οι οποίοι σε μια έρευνα στην Ιταλία μεταξύ υπερηλίκων με ηλικία μεταξύ 76-98, διαπίστωσαν ότι οι σωματικές νόσοι από τις οποίες υπέφεραν ήταν η υπέρταση και η αρθρίτιδα, ενώ το 20% δεν ανέφερε κάποια νόσο. Αναφορικά με κάποια γνωστική δυσλειτουργία στο 34,1% παρατηρήθηκε κάποια ήπια μορφή και το 11,8% είχαν σοβαρή γνωστική δυσλειτουργία. Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διέμενε στην επαρχία και με την οικογένειά του εξηγεί το ότι γενικά η αντιλαμβανόμενη ποιότητα υγείας ήταν καλή καθώς οι συναντήσεις με μέλη της οικογενείας μείωναν το αίσθημα της μοναξιάς. Τέλος, συμφωνούν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Heydari, et al. (2012) από τα οποία διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση του ατόμου.

Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων

Η μέση τιμή όλων των κλιμάκων δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ανδρών και της ομάδας των γυναικών, δηλαδή οι άνδρες υπερήλικες δεν εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις υπερήλικες γυναίκες στις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής όπως αυτή μετريέται με το SF-36. Ακόμη, από τα ευρήματα της μελέτης μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι υπερήλικες άνδρες και γυναίκες που δεν ζουν με την κόρη τους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερες μέσες τιμές στις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής από τους υπερήλικες που ζουν με την κόρη τους στις κλίμακες, Ανεξαρτησία (Independence) (FES), Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF-36), Γενική υγεία (GH) (SF-36) και Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF-36). Τέλος, οι καλοκαιρινές διακοπές διαπιστώνεται να ενισχύουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, μια και από τα ευρήματα διαφάνηκε ότι όσοι κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες, Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF- 36), Σωματικός ρόλος (RP) (SF- 36), Συναισθηματικός Ρόλος (RE) (SF- 36), Ψυχική υγεία (MH) (SF- 36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF- 36), Σωματικός πόνος (BP) (SF- 36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF- 36) και Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF- 36).

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ενισχύονται και από τα αποτελέσματα της μελέτης των Beaumont & Kenealy (2003), όπου διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους παρουσίαζαν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους και είχαν την τάση να υιοθετούν περισσότερο

θετικές στρατηγικές προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες. Συμφωνούν ακόμη με τα αποτελέσματα δύο μελετών μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων, όπου διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής αναφορικά με την σωματική λειτουργία, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία και την ζωτικότητα σε σχέση με τους άνδρες (Wyss, et al, 1999; Li, et al, 2003).

Τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής στους Υπερήλικες (OAS)

Η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής (OAS total) για την ομάδα των ανδρών υπερήλικων και των γυναικών υπερήλικων ήταν αντίστοιχα $17,19 \pm 9,86$ και $17,71 \pm 10,20$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι ηλικιωμένοι θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τα επίπεδα εξωτερικής ντροπής του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής στους άνδρες δεν ήταν μικρότερη από τη μέση τιμή των γυναικών. Η διαφορά στα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T Test ($P = 0,717$).

Από τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα της εξωτερικής ντροπής, όπως μετράται με το OAS (των Goss, Gilbert και Allan, 1994) των υπερήλικων ατόμων και των δύο φύλων. Το να ανήκει κάποιος σε μια μειονότητα είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ελλειμματικότητα του ατόμου, συνθήκη που συνδέεται με το στιγματισμό καθώς και με τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (Gilbert, 1998 ; Kurzban & Leary, 2001). Οι παράγοντες αυτοί έχει βρεθεί πως οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη (Gilbert, 2003) και την ντροπή (Shweder, 2003 ; Cohen, 2003). Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες συνδέουν την εξωτερική ντροπή με το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή την εικόνα των άλλων για το άτομο και την κρίση τους για τα ελαττώματά του και τις απορριπτέες πλευρές του εαυτού του (Gilbert, 1998 ; Heller, 2003). Τα παρόντα ευρήματα της μελέτης μας αναδεικνύουν σοβαρά ζητήματα σε επίπεδο κοινωνικο-ψυχικής αλλά και σωματικής υγείας, μια και η ντροπή μπορεί να αποτρέψει τα υπερήλικα άτομα να έχουν καλή ποιότητα ζωής αλλά και από την αναζήτηση βοήθειας, να επηρεάσει αρνητικά τη συμμόρφωση με τη θεραπεία (Tangney & Dearing, 2002).

Τα επίπεδα εσωτερικής ντροπής στους Υπερήλικες (ESS)

Η μέση τιμή της τάσης των ατόμων για ντροπή (ESS total) για την ομάδα των ανδρών υπερήλικων και των γυναικών υπερήλικων ήταν αντίστοιχα $44,63 \pm 12,25$ και $45,55 \pm 15,13$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής και υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες αλλά και του ότι τα υπερήλικα άτομα θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής ντροπής από εκείνα του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εσωτερικής ντροπής στις γυναίκες ήταν περίπου κατά 1 μονάδα μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών. Η διαφορά στα επίπεδα της εσωτερικής ντροπής μεταξύ των δύο ομάδων δεν διαπιστώθηκε κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ($P = 0,637$).

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα εσωτερικής ντροπής, όπως αυτή μετράται με το ESS (των Andrews, Qian και Valentine, 2002), στα υπερήλικα άτομα. Του να είσαι υπερήλικας συνδέεται με συνθήκες όπως είναι η ελλειμματικότητα του ατόμου (Gilbert, 1998 ; Kurzban & Leary, 2001). Η αποστροφή, λόγω εμφανών ή λιγότερο εμφανών ελλειμμάτων, είναι ένα συναίσθημα που οι άνθρωποι φοβόμαστε μήπως προκαλούμε στους άλλους, καθώς αυτό θα μας καθιστούσε μη-ελκυστικούς και ανεπιθύμητους (Gilbert, 1998). Χωρίς την έγκριση και την αναγνώριση των άλλων, μπορεί να νιώθουμε χωρίς αξία, και εδώ, όπως επισημαίνει ο Gilbert (2003), λειτουργούν οι παθολογίες της ντροπής και του στίγματος. Η γνώση ότι οι στιγματισμένες ομάδες υπάρχουν μέσα στην κοινωνία, μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να φοβούνται να τοποθετηθούν σε αυτές- «συνείδηση του στίγματος» (Pinel, 1999). Καθώς το «βλέμμα του άλλου», δηλαδή η κρίση της κοινότητας, συχνά εσωτερικοποιείται, ακόμη και όταν το άτομο δεν κρίνεται από κάποιον εξωτερικό κριτή, το «βλέμμα του άλλου» και οι συνέπειές του είναι παρόντα (Heller, 2003). Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, επιβεβαιώνει τη θέση αυτή, και ακόμη είναι σύμφωνο με τα ευρήματα κι άλλων μελετητών που έχουν διαπιστώσει ότι, η αξιολόγηση του εαυτού από τον εαυτό και η αξιολόγησή του από τους άλλους συνδέονται (Goss et al, 1994). Αξίζει να επισημανθεί ότι η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση των ατόμων για ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή, όπως συμβαίνει με άλλα εργαλεία μέτρησης της ντροπής), και υπολογίζει την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002).

8. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Οι 9 στους 10 από τους υπερήλικους ερωτώμενους αντιμετωπίζουν κάποια σωματική ασθένεια,
- Οι υπερήλικες στη συντριπτική τους πλειοψηφία δήλωσαν πως δεν υποφέρουν από κάποια ψυχολογική νόσο
- οι άνδρες υπερήλικες δεν εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερες μέσες τιμές από τις γυναίκες υπερήλικες σε καμία από τις κλίμακες της ποιότητας ζωής, των οικογενειακών σχέσεων και των επιπέδων ντροπής.
- οι υπερήλικες που δεν ζουν με την κόρη τους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερες μέσες τιμές στις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής από τους υπερήλικες που ζουν με την κόρη τους στις κλίμακες, Ανεξαρτησία (Independence) (FES), Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF-36), Γενική υγεία (GH) (SF-36) και Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF-36).
- οι καλοκαιρινές διακοπές ενισχύουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, μια και όσοι κάνουν καλοκαιρινές διακοπές εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ηλικιωμένους που δεν κάνουν καλοκαιρινές διακοπές στις κλίμακες, Σωματική Λειτουργικότητα (PF) (SF-36), Σωματικός ρόλος (RP) (SF-36), Συναισθηματικός Ρόλος (RE) (SF-36), Ψυχική υγεία (MH) (SF-36), Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF-36), Σωματικός πόνος (BP) (SF-36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) (SF-36) και Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF-36).
- Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα της οικογένειας των υπερήλικων σχετίζεται με τη Σωματική λειτουργικότητα (PF), τον Σωματικό ρόλο (RP), στα επίπεδα της Ψυχικής υγείας των υπερήλικων (MH), στον Κοινωνικό ρόλο (SF), στη συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS) καθώς και στη συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_PCS).
- Η συνοχή της οικογένειας των υπερήλικων σχετίζεται με το Σωματικό ρόλο (RP), με την Ψυχική υγεία (MH), με τον Κοινωνικό ρόλο (SF) και με την Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS).
- Η εκφραστικότητα της οικογένειας των υπερήλικων σχετίζεται με την Ψυχική υγεία (MH),
- Οι συγκρούσεις της οικογένειας των υπερήλικων σχετίζεται αρνητικά με την Ψυχική υγεία (MH),

- Η ψυχαγωγική δραστηριότητα της οικογένειας των υπερήλικων σχετίζεται με την Ψυχική υγεία (MH), με τον Σωματικό ρόλο (RP), με τον Κοινωνικό ρόλο (SF) και την Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS).

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 και τις οικογενειακές σχέσεις των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τα υπερήλικα άτομα να αισθάνονται καλύτερη ποιότητα ζωής. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη των υπερήλικων ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ως προς την πορεία της ποιότητας ζωής τους, κάτι που θα μας επέτρεπε να συσχετίσουμε τις επιπτώσεις των κοινωνικών παραγόντων ζωής στην επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής, στη σωματική και ψυχική υγεία. Θεωρούμε την προβληματική γύρω από το ρόλο και τις επιδράσεις του οικογενειακού πλαισίου στην ποιότητα ζωής των υπερήλικων ατόμων ως έναν από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς, του οποίου η μελέτη θα συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση του ρόλου της οικογένειας στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Πιστεύουμε ακράδαντα ότι οι οικογενειακές σχέσεις των υπερήλικων ατόμων και οι επιπτώσεις αυτών τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την εξασφάλιση επαρκούς πολιτικής βούλησης και κοινωνικής συναίνεσης. Η θέσπιση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης των προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων με την εξέλιξη της πρωτοβάθμιας υγείας στην ελληνική πραγματικότητα θα μπορούσε να βοηθήσει εμπράκτως την ελληνική οικογένεια και τους ηλικιωμένους.

1. Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
2. Andrews, B. (1998a). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
3. 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.
4. Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., & Clark, V. A. (1981). Family roles and sex differences in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 379-393.
5. Antonelli E, Rubini V, Fassona C (2000). The self-concept in institutionalized and non institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*; 20: 151-164.
6. Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson S. (2000). Negative and Positive Health Effects of Caring for a Disabled Spouse: Longitudinal Findings From the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, Vol. 15 (2), 259-271.
7. 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>
8. Benn, L., Harvey, J.E., Gilbert, p., Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness *Personality and Individual Differences*, vol. 38, p. 1813- 1822.
9. Bookwala, J., & Schulz, R. (1996). Spousal similarity in Subjective Well-Being: The Cardiovascular Health Study. *Psychology and Aging*, Vol. 11 (4) , 582-590.
10. Brenes GA, Guralnik JM, Williamson JD, et al. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *J Am Geriatr Soc*;53(1):34-9.
11. Campbell, T.L. (2005). Improving Physical Health through Family Intervention. In C. McKenry & S.J. Price (Eds), *Families & Change – Coping with Stressful Events and Transitions*. California: Sage Publications.

12. Cape ,R., & Henschke, P. (1980). Perspective on health in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, **28**, 295-299.
13. Cefalu, W. T., & Wagner, J. D. (1997). Aging and atherosclerosis in human and nonhuman primates. *Age*, **20**, 15-28.
14. Chou K, Chi L (2000). Comparison between elderly persons living alone and those living with other. *Journal of Gerontology Social Work*; **33**: 51-56.
15. Cohen, D, Vandello, J. & Rantilla, A.K. (1998). The Sacred and the Social; Cultures of Honor and Violence. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 261- 282.
16. Cohen, D. (2003). The American National Conversation about (Everything but) Shame. *Social Research*, vol. **70**, p. 1075- 1108.
17. Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**, 347- 352.
18. Diener, E. (2000). The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, **55**, 34- 43.
19. Doka, K. J. (1993). *Living with Life- Threatening Illness*. New York: Lexington Books.
20. Druley, J. A., Martire, L. M., Stephens, M. A. P., Ennis, N., & Wojno, W. C. (2003). Emotional Congruence in Older Couples Coping With Wives' Osteoarthritis: Exacerbating Effects of Pain Behavior. *Psychology and Aging*, Vol. **18 (3)**, 406- 414.
21. Efklides A, Kalaitzidou M, Chankin G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist* 8(3):178-191.
22. 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.
23. 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.
24. Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.**70**, p. 1205- 1230.
25. 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.
26. 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.
27. Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
 28. 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.
 29. Gotlib, I. H., & Colby, C. A. (1987). *Treatment of depression: An interpersonal systems approach*. New York: Pergamon Press.
 30. Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive- interpersonal integration*. New York: Wiley.
 31. 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).
 32. 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).
 33. Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B. (1983). Does marriage have positive effects on the well- being of the individual? *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 122- 131.
 34. Greenwald, D.F. & Harder D.W. (1998). Domains of Shame; Evolutionary, Cultural, and Psychotherapeutic Aspects. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 225- 245.
 35. Heller, A. (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research*, vol 70, p. 1016- 1030.
 36. 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.
 37. 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.
 38. 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.

39. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, et al. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the Normative Aging Study. *Circulation*;90(5):2225-9.
40. Kessler, R. C., & Essex, M. (1982). Marital status and depression: The importance of coping resources. *Social Forces*, 61, 484- 507.
41. Kohrt, W. M., & Holloszy, J. O. (1995). Loss of skeletal muscle mass with aging. *Journal of Gerontology*, 50A, 68- 72.
42. Kurzban, R., Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, vol. 127, p. 187- 208.
43. Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close Emotional Relationships in Late Life: Further Support for Proactive Aging in the Social Domain. *Psychology and Aging*, Vol. 9 (2), 315- 324.
44. Lanza, A. F., Cameron, A. E., & Revenson, T. A. (1995). Perceptions of helpful and unhelpful support among married individuals with rheumatic diseases. *Psychology and Health*, 10, 449- 462.
45. Leeming, D., Boyle, M. (2004). Shame as a social phenomenon: A critical analysis of the concept of dispositional shame. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, vol. 77, p. 375- 396.
46. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, et al. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*;9(2):113-35.
47. Lewis, M. (2003). The role of the Self in Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1182- 1204.
48. Li L, Wang HM, Shen Y. (2003). Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation and normalization. *J Epidemiol Community Health*; 57:259-65.
49. Marks, N. (1996). Caregiving across the lifespan. National prevalence and predictors. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 45, 27- 36.
50. Moritz, D. J., Kasl, S. V., & Berkman, L. F. (1989). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Depressive symptoms and social functioning. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, 17- 27.
51. Moritz, D. J., Kasl, S. V., & Ostfield, A. M. (1992). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Blood pressure, self-rated health, and health behaviours. *Journal of Aging and Health*, 4, 244- 267.
52. Myers, D. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56- 67.
53. Nalini B (2000) .Institutional care for the aged: Life twilight years. *Indian Journal of Community Guidance Service*,; 6(1): 27-29.

54. 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
55. 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
56. Renne, K. S. (1971). Health and marital experience in an urban population. *Journal of Marriage and the Family*, 23, 338- 350.
57. Robles, T.F., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health, *Physiology & Behavior*, 79(3), 409– 416.
58. Sales ,E., Schulz, R., & Biegel, D. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 1-26.
59. Shapiro, D. (2003). The tortured, not the torturers, are ashamed. *Social Research*, vol. 70, p. 1131- 1148.
60. Shweder, R.A. (2003). Toward a Deep Cultural Psychology of Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1109- 1130.
61. Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The Role of Gender in Very Old Age: Profiles of Functioning and Everyday Life Patterns. *Psychology and Aging*, Vol. 13 (4), 676- 695.
62. Stanley MA, Roberts RE, Bourland SL, et al. (2001). Anxiety disorders among older primary care patients. *Journal of Clinical Geropsychology*;7105–16.
63. Tangney, J.P., Dearing, R.L. (2002). Shame and Guilt. The Guilford Press, New York, London.
64. Tangney, J. P., Wagner, P., Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 101, p. 469- 478.
65. Tangney, J.P. (1990). Assessing individual differences in shame proneness and guilt: The self- conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 59, p. 102- 111.
66. Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1995). Depressive Symptoms Across Older Spouses and the Moderating Effect of Marital Closeness. *Psychology and Aging*, Vol. 10 (4), 625- 638.
67. Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1996). Depressive Symptoms Across Older Spouses: Longitudinal Influences. *Psychology and Aging*, Vol. 11 (4), 683- 697.

68. Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients - relapse, noncompliance, and adherence enhancement, *Pain*, 44(1), 5-28.
69. Turk, D.C., Flor, H., & Rudy, T.E. (1987). Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact, *Pain*, 30(1), 3-27.
70. 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.
71. Williams, D. G. (1988). Gender, marriage, and psychosocial well- being. *Journal of Family Issues*, 9, 452- 468.
72. 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.
73. Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*; 61: 6-17.
74. Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley J. R. (1996). Relationships of Physical Disease and Functional Impairment to Depression in Older People. *Psychology and Aging, Vol. 11 (4)*, 572- 581.
75. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
76. Δαρδαβέσης, Θ. (1988). *Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα : Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
77. Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
78. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
79. Λεξικό Ιατρικών όρων. (1988). Αθήνα: Μαλλιάρης Παιδεία Α.Ε
80. Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
81. Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ. (1980). Η ψυχολογία του γήρατος. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 39- 40, 342- 352.
82. Παπαδάτου, Δ. (1999). Στρες και παρέμβαση στην κρίση. Στο: *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Παπαδάτου Δανάη & Αναγνωστόπουλος Φώτιος, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, σελ. 91-108.
83. Παπαδάτου, Δ. (1999). Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή/ και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας. Στο Δανάη Παπαδάτου, & Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

84. Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). Υγεία και αρρώστια: Η θέση της ψυχολογίας. Στο Δανάη Παπαδάτου, & Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
85. Παπαδιώτη - Αθανασίου, Β. (2006). *Οικογένεια και Όρια - Συστημική Προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
86. Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
87. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
88. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
89. Τεγόπουλος- Φυτράκης. (1993). *Ελληνικό λεξικό*. Ελευθεροτυπία.
90. 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.