



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η Σχέση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων
που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους με την ποιότητα ζωής τους,
στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»**

Βαρβάρα Στασινού
Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γκούβα Μαίρη Ψυχολόγος, Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αναπλ.
Καθηγήτρια (ΤΕΙ Ηπείρου), Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια (Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας)
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Χατζογλου Χρυσή, Αναπλ. Καθηγήτρια Τμήμα Ιατρικής ΠΘ
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2017



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



ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

**“The relation of the psychological resilience of the elderly
who have lost their partner with their quality of life,
in the context of primary health care”**

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	7
Πρόλογος.....	8
Περίληψη	9
Summary in English.....	10
Εισαγωγή.....	11
Γενικό μέρος.....	13
Υποκειμενική αντίληψη ποιότητας ζωής και γήρας	13
Ερευνητικά Δεδομένα της σχέσης της ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής και ψυχοπαθολογία	15
ΜΕΡΟΣ II	17
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.....	18
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις.....	19
2. Υλικό και Μέθοδος	20
2.3 Δείγμα	21
2.4 Διαδικασία	21
2.5 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία.....	21
2.5.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.....	22
2.6. Στατιστική επεξεργασία	23
2.7. Προσδοκώμενα Αποτελέσματα	24
3. Αποτελέσματα της μελέτης.....	25
3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος	25
4. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας της Ποιότητας Στοματικής Υγείας των ηλικιωμένων.....	27
4.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν.....	27
4.2 Σχέσεις μεταξύ της ποιότητας γενικής υγείας των ηλικιωμένων χήρων και της ψυχολογικής τους ανθεκτικότητας	30

4.3 Σχέσεις μεταξύ της ψυχοπαθολογίας των ηλικιωμένων χήρων και της ψυχολογικής τους ανθεκτικότητας	32
4.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης αδελφών	34
4.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης αδελφού.....	35
4.6 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης αδελφής.....	36
4.7 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης παιδιών	37
4.8 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης γιού.....	38
4.9 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης κόρης.....	39
4.10 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης φίλων στο παρελθόν	40
4.11 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης φίλων στο παρόν	42
4.12 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και των κατηγοριών της ανθεκτικότητας (CD-RISC).....	44
.....	50
4.13 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του τόπου διαμονής των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και των κατηγοριών της ανθεκτικότητας (CD-RISC).....	51
4.14 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών συγκατοίκησης των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και των κατηγοριών της ανθεκτικότητας (CD-RISC).....	52
5. Συζήτηση.....	53
5.1. Οριοθετήσεις	53

5.2. Σχέση της Ανθεκτικότητας στην Ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων χήρων	53
5.3. Σχέση της Ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων χήρων	54
6. Συμπεράσματα - Προτάσεις	55
Βιβλιογραφικές Αναφορές	56

Copyright © Βαρβάρα Στασινού, 2017

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.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν την παρουσίαση της διπλωματικής μου διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Γκούβα για την αρωγή και καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Πρόλογος

Είναι ξεκάθαρο ότι η υγεία επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες που σχετίζονται με τις υπάρχουσες πολιτιστικές, οικονομικές, αλλά και κοινωνικές συνθήκες όπως η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, οι συνθήκες διαβίωσης, η ποιότητα ζωής, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η κοινωνικότητα κ.α. Πιο συγκεκριμένα, όλες οι παραπάνω παράμετροι έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα σε ευαίσθητες ηλικιακά ομάδες, όπως τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

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

Η ψυχολογική ανθεκτικότητα συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στη μείωση των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Ως προς την ψυχολογική ανθεκτικότητα, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι τα ηλικιωμένα άτομα με απωλεσθέντα σύντροφο που θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας θα έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας.

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με απωλεσθέντα σύντροφο, η υπόθεσή μας είναι ότι οι ηλικιωμένοι με απωλεσθέντα σύντροφο που θα έχουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων και η ατομική αναφορά για την ευτυχία, έχει διαπιστωθεί πως επηρεάζονται από τις στενές σχέσεις, τη φιλία, το γάμο και την πίστη του ατόμου. Η οικογένεια αποτελεί μια σχέση ζωής, μια παρέα, ένα στήριγμα.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης της ψυχολογικής ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής και την ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους.

Μέθοδος: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2017 έως τον Σεπτέμβριο του 2017. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC), β) το Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey- SF-36), γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977) και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.

Αποτελέσματα: Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα των ηλικιωμένων ατόμων που απώλεσαν το σύντροφό τους σχετίζεται θετικά με όλες τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής και αρνητικά με τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη αναδεικνύουν τους παράγοντες που σχετίζονται με την απώλεια των συντρόφων στην τρίτη και τέταρτη ηλικία και το ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής τους.

Λέξεις Ευρετηριασμού: Ηλικιωμένα Άτομα, Ποιότητα ζωής, Ανθεκτικότητα, Χηρεία, Ψυχοπαθολογία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Summary in English

Introduction: The satisfaction from the life of the elderly and the individual reference to happiness has been found to be influenced by the close relationships, friendship, marriage and faith of the individual. The family is a relationship of life, a company, a support.

Aim: The relation of the psychological resilience of the elderly who have lost their partner with their quality of life, in the context of primary health care

Method: This research was conducted as part of the postgraduate Program "Primary Health Care" Medical School, University of Thessaly from February 2017 to September 2017. The research tools which was used were: a) The Connor- Davidson resilience scale (CD- RISC), b) The SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R, c) Quality of Life (SF-36) and a questionnaire socio - demographic information.

Results: Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical analysis of the data, which showed that: the psychological resilience of the elderly people who lost their partner is positively related to all subscales of quality of life and negatively to the sub-scales of psychopathology.

Conclusions: The results from this study highlight the factors associated with the loss of partner at third and fourth age and the role of mental resilience in their quality of life.

Key Words: Elderly Persons, Quality of Life, Resilience, widowhood, Psychopathology Primary Care Health.

Εισαγωγή

Το να προσαρμόζεται ένας ηλικιωμένος άνθρωπος στους περιορισμούς του γήρατος, θεωρείται ότι έχει «πετυχημένα ή καλά γηρατεία». Ο Γεροντολογικό Σύλλογο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής το 1995, σχετικά με τα προβλήματα που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα, παρέθεσαν ένα απόφθεγμα «Add life to years, not just most years to life». Σύμφωνα με αυτό, προτεραιότητα θα είναι η ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας και η προαγωγή των καλών γηρατειών. Κατά τον Lemme (1995) τα κριτήρια για την επιτυχία των καλών γηρατειών είναι τα εξής:

- α) Η διάρκεια ζωής.
- β) Η βιολογική υγεία.
- γ) Η ψυχική υγεία.
- δ) Η γνωστική αποτελεσματικότητα.
- ε) Η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα.
- στ) Η ικανότητα ελέγχου της ζωής μας.
- ζ) Η ικανοποίηση από τη ζωή.

Οι μετρήσεις που μας δείχνουν τα αποτελέσματα των παραπάνω κριτηρίων και μας βοηθούν να αποφανθούμε για την ποιότητα της ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας χωρίζονται σε αντικειμενικές και υποκειμενικές. Στις αντικειμενικές μετρήσεις ανήκουν οι στατιστικές μετρήσεις, οι μετρήσεις με διαγνωστικά μέτρα και τα κανονιστικά κριτήρια. Αντίστοιχα στις υποκειμενικές μετρήσεις συναντάμε την ικανοποίηση του ατόμου, την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση.

Διαπιστώθηκε λοιπόν πως οι άνθρωποι κάποιες φορές αντισταθμίζουν στις υποκειμενικές εκτιμήσεις τη δυσμενή αντικειμενική πραγματικότητα, με αποτέλεσμα να έχουμε ίδια ικανοποίηση από άτομα που ζουν σε τελείως αντίθετες συνθήκες ζωής. Θα μπορούσα με να πούμε λοιπόν ότι παρά την κακή προσωπική του υγεία το άτομο αισθάνεται ψυχικά ικανοποιημένο γιατί «θα μπορούσε να ήταν χειρότερα» ή γιατί «οι άλλοι υποφέρουν περισσότερο». Γεγονός που σημαίνει ότι οι υποκειμενικές εκτιμήσεις δεν επαρκούν για την αποτίμηση των πετυχημένων γηρατειών, είναι αναγκαίες αλλά όχι επαρκείς συνθήκες για τον ορισμό των «επιτυχών γηρατειών». Για κάτι τέτοιο χρειάζονται αντικειμενικά κριτήρια.

Τα αντικειμενικά αυτά κριτήρια μπορεί να είναι:

α) Κανονιστικά: δηλαδή κριτήρια τα οποία καθορίζουν ποια είναι η ιδανική κατάσταση (π.χ. ακολουθώντας τα στάδια κατά τον Erikson (1950) ιδανικά γηρατειά είναι αυτά της «προσφοράς και σοφίας»). Αυτές όμως οι ιδανικές καταστάσεις αντανakλούν κυρίως προτεραιότητες της μεσαίας και ανώτερης κοινωνικής τάξης και δεν ισχύουν για όλους τους ανθρώπους.

β) Ορισμένα κριτήρια δύναται να είναι προσαρμοστικά (πχ σε σχέση με την ευελιξία στη συμπεριφορά). Τα κριτήρια αυτά αφορούν την αποτελεσματικότητα του ατόμου στην αντιμετώπιση ποικίλων απαιτήσεων της ζωής. Η προσαρμοστικότητα φαίνεται π.χ. στην ποιότητα της μνήμης και του γνωστικού συστήματος στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Άρα διαφαίνεται πως τέτοιου είδους υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις αποδίδουν δείκτες της ευπροσαρμοστίας και του δυναμικού του ατόμου (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999).

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1^ο

Υποκειμενική αντίληψη ποιότητας ζωής και γήρας

Στη δεκαετίες του '80 και του '90 έγινε πολλή έρευνα και συζήτηση αναφορικά με την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων, πώς αυτή μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί, καθώς και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν (Arnold, 1991; Birren et al., 1991; Diener, 2000; Myers, 2000; Wood, 1996). Η «ποιότητα ζωής» αναφέρεται στην αξιολόγηση των συνθηκών ζωής ενός ατόμου, μιας ομάδας, ή ενός πληθυσμού. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντικειμενικά κριτήρια ή πρότυπα τα όποια υπάρχουν για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής τα οποία περιλαμβάνουν την ποιότητα του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, τη σωματική και ψυχική υγεία και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά συστήματα (Birren et al., 1991).

Η ποιότητα της ζωής σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια είναι ένας συναισθηματικά ουδέτερος όρος και αφορά στη γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης της ζωής ενός ατόμου. Παρόλα αυτά υπάρχουν υποκειμενικά κριτήρια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μετρήσουν την ποιότητα της ζωής (δηλαδή πόσο καλή θεωρεί τη ζωή του το ίδιο το άτομο) τα κριτήρια αποτελούνται από κρίσεις της ικανοποίησης ζωής, την αντίληψη του ατόμου για την σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και κοινωνική του λειτουργία, την υγεία του και την οικονομική του κατάσταση, την δυνατότητα του να ακολουθεί ενδιαφέροντα και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, την ενέργεια και τη ζωτικότητα του κ.λπ. (Arnold, 1991; Diener, 2000).

Επίσης, ο Lawton (1991) περιλαμβάνει στα κριτήρια της υποκειμενικής ποιότητας ζωής όχι μόνο την ικανοποίηση για τη ζωή, αλλά και την υποκειμενική ευημερία και το ηθικό.

Σύμφωνα με τον Calman η ικανοποίηση από τη ζωή (1984) αντανακλά το βαθμό που ένα άτομο πιστεύει ότι η ζωή του ικανοποιεί τα δικά του κριτήρια για την ποιότητα ζωής. Αποτελεί μια εκτίμηση του κατά πόσο ταυτίζονται οι στόχοι, οι προσπάθειες, και οι προσδοκίες ενός ατόμου στη ζωή. Υποκρύπτει μια σύγκριση των επιτευγμάτων ενός ατόμου με τις προσδοκίες του (Campbell et al., 1976). Αυτό συνεπάγεται ότι οι κρίσεις για την ικανοποίηση από τη ζωή έχουν και ένα γνωστικό (αξιολόγηση) και ένα συναισθηματικό (ικανοποίηση) μέρος.

~ Η υποκειμενική ευημερία αφορά με την ικανοποίηση από τη ζωή και διαφέρει, καθώς περιλαμβάνει την αίσθηση της ευτυχίας (Diener, 2000). Η ευτυχία καθορίζεται ως μια παροδική κατάσταση διάθεσης με ενθουσιασμό και χαρά, η οποία καθρεφτίζει την κατάσταση του ατόμου σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση του (Campbell et al., 1976). Είναι μια συναισθηματική αντίδραση σε πρόσφατα ή σε ψυχολογικά τρέχοντα γεγονότα. Ο Bradburn (1969) ορίζει την ευτυχία ως το βαθμό κατά τον οποίο η θετική κατάσταση επικρατεί έναντι της αρνητικής (Diener, 2000). Η ικανοποίηση απ' τη ζωή συνδράμει στην υποκειμενική ευημερία (Diener, 2000), όμως η δεύτερη έχει ένα πιο συναισθηματικό χαρακτήρα (Andrews, 1980; Campbell et al, 1976; McKennell et al., 1980).

~ Το ηθικό, από την άλλη, καθρεφτίζει την αυτοπειθαρχία, το κουράγιο, την αποτελεσματικότητα και τον ενθουσιασμό ενός ατόμου (George, 1979; Stock et al., 1986; Stones et al., 1980). Επισημαίνει την τοποθέτηση ενός ατόμου απέναντι στο μέλλον, την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία του (McDowell et al., 1987). Επομένως, το ηθικό έχει ένα γνωστικό και ένα συναισθηματικό χαρακτήρα, αν και η έμφαση δίνεται στις προσδοκίες για το μέλλον, βασισμένες στην αίσθηση ελέγχου και ανεξαρτησίας του ατόμου. Μαζί, αυτές οι τρεις ιδιότητες της υποκειμενικής ποιότητας της ζωής δεικνύουν ότι η ικανοποίηση από τη ζωή είναι ουσιαστικά μια κρίση βασισμένη στο παρελθόν του ατόμου, η υποκειμενική ευημερία αναφέρεται στο παρόν, ενώ το ηθικό αναφέρεται στο μέλλον (Stock et al, 1986). Από τα τρία στοιχεία της ποιότητας ζωής, η υποκειμενική ευημερία είναι η περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη έννοια σε όρους θετικών και αρνητικών συνεπειών ενώ η ικανοποίηση ζωής και το ηθικό λιγότερο. (Efklides et al, 2003).

Κεφάλαιο 2^ο

Ερευνητικά Δεδομένα της σχέσης της ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής και την ψυχοπαθολογία

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στα ηλικιωμένα άτομα αφορά στην δημιουργία ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να ενδυναμώσουν και να προάγουν την βέλτιστη υγεία και ανάπτυξη (Jane-Llopis, et al, 2007). Εκτός από τις χρόνιες νόσους που συνοδεύουν τα γηρατειά (Barros, et al, 2006), οι ψυχικές διαταραχές συναντώνται σε υψηλά ποσοστά μεταξύ των ηλικιωμένων (Paluska & Schwent, 2000) υπονομεύοντας την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας με σοβαρές συνέπειες στο άτομο συμπεριλαμβανομένης και της απώλειας της ίδιας του της ζωής (Kessler, et al, 2003).

Η ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων και η ατομική αναφορά για την ευτυχία, έχει διαπιστωθεί πως επηρεάζονται από τις στενές σχέσεις, τη φιλία, το γάμο και την πίστη του ατόμου (Myers et al., 2000). Η οικογένεια αποτελεί μια σχέση ζωής, μια παρέα, ένα στήριγμα (Lang & Carstensen, 1994). Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών των Coyne και συν. (1987) και Gotlib & Hammen, (1992), η καλή συζυγική σχέση προσφέρει προστασία στα μέλη του ζευγαριού, ενώ μια κακή σχέση επιβαρύνει ποικιλοτρόπως τα πρόσωπα που εμπλέκονται σε αυτή. Όταν, για παράδειγμα, το ένα μέλος έχει καταθλιπτικά συμπτώματα, το άλλο μέλος του ζευγαριού που δεν έχει κατάθλιψη μπορεί να αναπτύξει (Gotlib & Colby, 1987). Από την άλλη πλευρά, οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη σε ένα άτομο, μπορούν να εξουδετερωθούν από το/ τη σύντροφο (Tower & Kasl, 1996). Συνήθως οι υπερήλικες βιώνουν μια απομάκρυνση από τον κοινωνικό κύκλο και εκτός από αυτό η απώλεια των συντρόφων, συγγενών και φίλων λόγω θανάτου, δυσκολεύει τη διατήρηση των υπάρχοντων κοινωνικών δικτύων και τη δημιουργία νέων (Goldberg & Hiller, 1979).

Γενικότερα φαίνεται ότι η έκπτωση στην ψυχική υγεία είναι επικρατέστερη μεταξύ των γυναικών (Prince et al, 1999) αν και γενικά τα υπερήλικα άτομα φαίνεται ότι έχουν αρκετά επιβαρυνμένη ψυχική υγεία (Copeland, et al, 1999), γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι τα περισσότερα από αυτά τα άτομα είναι χηρευμένα και σύμφωνα με τις μελέτες τα χωρισμένα ή χηρευμένα άτομα παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχικές διαταραχές (Carta, et al, 2005), όπως και τα άτομα που είτε δεν έχουν παντρευτεί ποτέ είτε δεν έχουν κάποιο σύντροφο γενικότερα (Alonso, et al, 2004).

Έχει διαπιστωθεί ότι η κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζεται από το εάν είναι παντρεμένοι, ανύπαντροι ή χηρευμένοι (Valente, 1999). Οι κυριότερες αλλαγές κατά τη διάρκεια της ζωής ενός

ατόμου που μπορεί να οδηγήσουν σε μια ψυχική διαταραχή παρατηρούνται μετά την απώλεια φίλων ή συντρόφων λόγω θανάτου. Τέτοιου είδους γεγονότα αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων και συνεπώς τα υπερήλικα άτομα έχουν έντονες πιθανότητες εμφάνισής τους (Nandi, et al, 1997) επιπροσθέτως των σωματικών και κοινωνικών προβλημάτων που ήδη αντιμετωπίζουν (Banerjee & MacDonald, 1997).

Ωστόσο, οι ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους είναι δύσκολο να διαγνωσθούν κυρίως λόγω του ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν μια στάση ότι τα συμπτώματα που περιγράφονται από τους ηλικιωμένους μπορεί να είναι φυσιολογικά ή αναμενόμενα λόγω των χρόνιων νόσων ή την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (Katona & Livingston, 2000).

Στους υπερήλικες η κατάθλιψη συνήθως συνδέεται με τις βιολογικές αλλαγές ή τις κοινωνικές απώλειες (Wattis, 1996) και μεταξύ υπερηλίκων οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης (Ostbye, et al, 2000). Ένας από τους παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνισή της είναι η κατάσταση χηρείας (MacDonald 1997).

Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ των υπερηλίκων, η κοινωνική υποστήριξη δρα προστατευτικά έναντι της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Dalgard, et al, 1995), αν και διαπιστώνεται ότι λόγω της απώλειας των κοντινών δεσμών τους αλλά και την αυξημένη εξάρτησή τους οι υπερήλικες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην μοναξιά (Jeune, 2002).

ΜΕΡΟΣ II

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στα ηλικιωμένα άτομα αφορά στην δημιουργία ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να ενδυναμώσουν και να προάγουν την βέλτιστη υγεία και ανάπτυξη (Jane-Llopis, et al, 2007). Εκτός από τις χρόνιες νόσους που συνοδεύουν τα γηρατειά (Barros, et al, 2006), οι ψυχικές διαταραχές συναντώνται σε υψηλά ποσοστά μεταξύ των ηλικιωμένων (Paluska & Schwent, 2000) υπονομεύοντας την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας με σοβαρές συνέπειες στο άτομο συμπεριλαμβανομένης και της απώλειας της ίδιας του της ζωής (Kessler, et al, 2003).

Η ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων και η ατομική αναφορά για την ευτυχία, έχει διαπιστωθεί πως επηρεάζονται από τις στενές σχέσεις, τη φιλία, το γάμο και την πίστη του ατόμου (Myers et al., 2000). Η οικογένεια αποτελεί μια σχέση ζωής, μια παρέα, ένα στήριγμα (Lang & Carstensen, 1994). Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών των Coyne και συν. (1987) και Gotlib & Hammen, (1992), η καλή συζυγική σχέση προσφέρει προστασία στα μέλη του ζευγαριού, ενώ μια κακή σχέση επιβαρύνει ποικιλοτρόπως τα πρόσωπα που εμπλέκονται σε αυτή. Όταν, για παράδειγμα, το ένα μέλος έχει καταθλιπτικά συμπτώματα, το άλλο μέλος του ζευγαριού που δεν έχει κατάθλιψη μπορεί να αναπτύξει (Gotlib & Colby, 1987). Από την άλλη πλευρά, οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη σε ένα άτομο, μπορούν να εξουδετερωθούν από το/ τη σύντροφο (Tower & Kasl, 1996). Συνήθως οι υπερήλικες βιώνουν μια απομάκρυνση από τον κοινωνικό κύκλο και εκτός από αυτό η απώλεια των συντρόφων, συγγενών και φίλων λόγω θανάτου, δυσκολεύει τη διατήρηση των υπάρχοντων κοινωνικών δικτύων και τη δημιουργία νέων (Goldberg & Hiller, 1979). Γενικότερα φαίνεται ότι η έκπτωση στην ψυχική υγεία είναι επικρατέστερη μεταξύ των γυναικών (Prince et al, 1999) αν και γενικά τα υπερήλικα άτομα φαίνεται ότι έχουν αρκετά επιβαρυνμένη ψυχική υγεία (Copeland, et al, 1999), γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι τα περισσότερα από αυτά τα άτομα είναι χηρευμένα και σύμφωνα με τις μελέτες τα χωρισμένα ή χηρευμένα άτομα παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχικές διαταραχές (Carta, et al, 2005), όπως και τα άτομα που είτε δεν έχουν παντρευτεί ποτέ είτε δεν έχουν κάποιο σύντροφο γενικότερα (Alonso, et al, 2004).

Έχει διαπιστωθεί ότι η κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζεται από το εάν είναι παντρεμένοι, ανύπαντροι ή χηρευμένοι (Valente, 1999). Οι κυριότερες αλλαγές κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου που μπορεί να οδηγήσουν σε μια ψυχική διαταραχή παρατηρούνται μετά την απώλεια φίλων ή συντρόφων λόγω θανάτου. Τέτοιου είδους γεγονότα αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων και συνεπώς τα υπερήλικα άτομα έχουν έντονες πιθανότητες εμφάνισής τους (Nandi, et al, 1997) επιπροσθέτως των σωματικών και κοινωνικών προβλημάτων που ήδη αντιμετωπίζουν (Banerjee & MacDonald, 1997).

Ωστόσο, οι ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους είναι δύσκολο να διαγνωσθούν κυρίως λόγω του ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν μια στάση ότι τα συμπτώματα που περιγράφονται από τους ηλικιωμένους μπορεί να είναι φυσιολογικά ή αναμενόμενα λόγω των χρόνιων νόσων ή την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (Katona & Livingston, 2000).

Στους υπερήλικες η κατάθλιψη συνήθως συνδέεται με τις βιολογικές αλλαγές ή τις κοινωνικές απώλειες (Wattis, 1996) και μεταξύ υπερηλίκων οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης (Ostbye, et al, 2000). Ένας από τους παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνισή της είναι η κατάσταση χηρείας (MacDonald 1997).

Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ των υπερηλίκων, η κοινωνική υποστήριξη δρα προστατευτικά έναντι της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Dalgard, et al, 1995), αν και διαπιστώνεται ότι λόγω της απώλειας των κοντινών δεσμών τους αλλά και την αυξημένη εξάρτησή τους οι υπερήλικες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην μοναξιά (Jeune, 2002).

Εξ' αιτίας της πολυπλοκότητας του φαινομένου των μυστικών τόσο στην καθημερινότητα της ζωής όσο και στο χώρο της υγείας, εγείρονται μέσα από τη μελέτη τους πολλά ζητήματα. Ένα από αυτά, το οποίο αναδεικνύεται στη βιβλιογραφία, είναι η ανεπάρκεια των ερευνητικών μελετών στα ζητήματα των μυστικών και της εμπιστευτικότητας. Εφόσον η ψυχοπαθολογία είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων είναι αδύνατο να ανταπεξέλθει το «κλειστό» παραδοσιακό ιατρικό αλλά και ψυχολογικό μοντέλο πρόληψης της ψυχοπαθολογίας. Γενικότερα, επειδή τα μυστικά των ανθρώπων εμπεριέχουν την υποκειμενικότητα θεωρείται πως η περαιτέρω μελέτη τους μπορεί κατά πρώτον να δώσει απαντήσεις στο πως ενδοβάλλονται οι συμπεριφορές και κατά δεύτερον να συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην Ψυχική Υγεία και στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας.

Γενικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η διασύνδεση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής και την ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων χήρων ατόμων.

Πιο συγκεκριμένα επιχειρήθηκε:

- Σύγκριση της ομάδας των ηλικιωμένων χήρων ανδρών και της ομάδας των ηλικιωμένων χήρων γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συγκρίσεις των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης ήταν:

- Η ψυχολογική ανθεκτικότητα συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στη μείωση των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Ως προς την ψυχολογική ανθεκτικότητα, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι τα ηλικιωμένα άτομα με απωλεσθέντα σύντροφο που θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας θα έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με απωλεσθέντα σύντροφο, η υπόθεσή μας είναι ότι οι ηλικιωμένοι με απωλεσθέντα σύντροφο που θα έχουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2017 έως τον Ιούνιο του 2017. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ηλικιωμένα άτομα από την ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου.

Οι προϋποθέσεις των συμμετεχόντων ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ηλικιωμένα άτομα (άνω των 65 ετών) μέλη υγιούς πληθυσμού.
2. Μορφωτικό επίπεδο κατάλληλο, 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 πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, θα κατέγραφαν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Τα άτομα που θα συμμετείχαν στη μελέτη θα είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και θα είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπώνυμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραίωνε το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονταν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλιζόταν πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

2.3 Δείγμα

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 104 άτομα και από αυτά επέστρεψαν κλειστοί φάκελοι από 79 άτομα. Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 79 άτομα.

2.4 Διαδικασία

Οι ερευνητές χορήγησαν σε άτομα ηλικιωμένα με απώλεια του συντρόφου τους, μέλη υγιούς πληθυσμού, τα αυτο- συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε. Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα για το κάθε άτομο του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά.

Ειδικότερα, για την εκπόνηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

2.5 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.5.1. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας και αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977). Απαρτίζεται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες περιλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Donias et al., 1991).

2.5.2. Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC).

Η κλίμακα αποτελείται από 25 αυτο-αναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0–Καθόλου αληθές, 1–Σπάνια αληθές, 2–Κάποιες φορές αληθές, 3–Συχνά αληθές, 4–Σχεδόν πάντα αληθές) οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών κατασκευών και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες: (1) Προσωπική επάρκεια, Υψηλά κριτήρια, και Επιμονή – (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση, και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες – (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και Ασφαλείς Σχέσεις – (4) Έλεγχος – και (5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η δοκιμασία της κλίμακας τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα έδειξε καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach $\alpha = 0,89$) και επίσης καλή αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = $0,87$)³⁶. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Δημητριάδου & Σταλικά (2008).

2.5.3. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας 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, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος και η πνευματική- ψυχική υγεία (Ware 1992). Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων. Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Ware 1993). Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό.

2.5.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Το πρώτο μέρος αφορούσε τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων του δείγματος, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση των ίδιων των υποκειμένων, ενώ το δεύτερο περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τη στάση τους για το γήρας.

2.6. Στατιστική επεξεργασία

Για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος κατά τη διαδικασία ανάλυσης, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες των ανδρών χήρων και των γυναικών χήρων. 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 X^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 X^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το X^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).

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).

2.7. Προσδοκώμενα Αποτελέσματα

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη είναι η ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με την απώλεια των συντρόφων στην τρίτη και τέταρτη ηλικία και το ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής τους. Ακόμη, θεωρείται ενδιαφέρον μέσα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η ανάδειξη της διασύνδεσης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους όσο και τα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσής τους.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα θα αναδείξουν τα ζητήματα που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έτσι ώστε να προβούν στη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των ηλικιωμένων που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους και που θα προλαμβάνουν την εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων που ίσως να μπορούν να αποφευχθούν παρά την ηλικία αυτών των ατόμων, προάγοντας έτσι την γενικότερη ευημερία τους.

3. Αποτελέσματα της μελέτης

3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη, καθώς και οι απαντήσεις τους στις επιπλέον ερωτήσεις που τους τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1 και 2.

Η μέση ηλικία των ανδρών του δείγματος ήταν 74.30 ± 5.52 και δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από τη μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος, η οποία ήταν 75.90 ± 7.17 , με τη σύγκριση των δύο ομάδων με το t Test ($p=0,367$).

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ των δύο φύλων, με τη σύγκριση με το Fisher Exact Test ($P= 0,306$). Ο 1 στους 4 ήταν αναλφάβητος και μόνο 6 άτομα ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ.

Όσον αφορά τον τόπο καταγωγής, τα μισά περίπου άτομα του δείγματος ήταν από χωριό ή κωμόπολη (ποσοστό 53,2%). Η σύγκριση με το X^2 του Pearson δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P= 0,201$).

Πίνακας 1: Περιγραφή και Διαφορές Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος				
Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%) 20 (25,3)	N (%) 59 (74,7)	N (%) 79 (100)	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Αναλφάβητος	4 (20.0)	16 (27.1)	20 (25.3)	Fisher Exact Test=4,676 p=0.306
Απόφοιτος Δημοτικού	5 (25.0)	19 (32.2)	24 (30.4)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	7 (35.0)	12 (20.3)	19 (24.1)	
Απόφοιτος Λυκείου	4 (20.0)	6 (10.2)	10 (12.7)	
Απόφοιτος ΑΕΙ	0 (0.0)	6 (10.2)	6 (7.6)	
Τόπος Καταγωγής				
Χωριό/Κωμόπολη	14 (70.0)	28 (47.5)	42 (53.2)	$\chi^2_p = 3,212$ p = 0.201
Πόλη <150.000 κατοίκους	5 (25.0)	23 (39.0)	28 (35.4)	
Πόλη >150.000 κατοίκους	1 (5.0)	8 (13.6)	9 (11.4)	
Ηλικία	74.30 ± 5.52	75.90 ± 7.17	75.49 ± 6.79	t= -,908 p=0.367
Notes: P ^(a) value was derived using Fisher Exact test immediate command in SPSS. P ^(b) value was derived using T test immediate command in SPSS. $\chi^2_p = X^2$ του Pearson				

Στον πίνακα 2, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι 9 στους 10 παίρνουν σύνταξη χωρίς στατιστική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio ($P=0,988$), από τους οποίους οι 4 στους 10 δεν θεωρούν ότι η σύνταξή τους είναι καλή, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους συγκρινόμενοι με το X^2 του Yates ($P=0,850$). Τέλος, στην ερώτηση εάν εργάζονται στον παρόντα χρόνο για χρήματα οι 8 στους 10 απάντησαν αρνητικά χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων συγκρινόμενοι με τον Likelihood Ratio ($P=0,567$).

Πίνακας 2: Παρούσα συνταξιοδοτική κατάσταση των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος.				
Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%) 20 (25,3)	N (%) 59 (74,7)	N (%) 79 (100)	
Παίρνετε σύνταξη;				
Ναι	19 (95.0)	56 (94.9)	75 (94.9)	L.R =0.000 p=0.988
Όχι	1 (5.0)	3 (5.1)	4 (5.1)	
Θεωρείται ότι η σύνταξή σας είναι καλή;				
Ναι	8 (40.0)	27 (45.8)	35 (44.3)	χ^2_Y =0.035 p=0.850
Όχι	12 (60.0)	32 (54.2)	44 (55.7)	
Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;				
Ναι	3 (15.0)	6 (10.2)	9 (11.4)	L.R. =0.328 p=0.567
Όχι	17 (85.0)	53 (89.8)	70 (88.6)	
Notes: L.R. = value was derived using Likelihood Ratio immediate command in SPSS $\chi^2_Y = X^2$ με διόρθωση κατά Yates,				

4. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας της Ποιότητας Στοματικής Υγείας των ηλικιωμένων

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ των χήρων του δείγματος ως προς το φύλο, κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, ψυχολογικής ανθεκτικότητας, ψυχοπαθολογίας και ποιότητας γενικής υγείας. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

4.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι κλίμακες και ο τρόπος υπολογισμού τους.

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)	
Συνολική βαθμολογία (Total Score GDRS)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 25 ερωτήσεις του.
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή (Personal competence, high standards, and tenacity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 11, 12, 16, 17, 23, 24 και 25. Factor 2 corresponds to. Factor 3 relates to the. Factor 4 was related to
Εμπιστοσύνη (Trust in one's instincts, tolerance of negative affect, and strengthening effects of stress)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 7, 14, 15, 18, 19, και 20.
Θετική αποδοχή (Positive acceptance of change, and secure relationships)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5 και 8.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 21 και 22.
Πνευματικές_Επιδράσεις (Spiritual Influences)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3 και 9.
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.

Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
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

4.2 Σχέσεις μεταξύ της ποιότητας γενικής υγείας των ηλικιωμένων χήρων και της ψυχολογικής τους ανθεκτικότητας

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες της ποιότητας ζωής όπως μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας SF-36 στο δείγμα των ηλικιωμένων χήρων ατόμων. Στον πίνακα 3, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων συσχετίσεων. Από τον έλεγχο, λοιπόν, για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας ανθεκτικότητας με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες της ποιότητας ζωής στο δείγμα των ηλικιωμένων χήρων προέκυψαν:

Πίνακας 3. Συσχετίσεις υποκλιμάκων ποιότητας ζωής με την κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

	PF_SF36	RP_SF36	BP_SF36	GH_SF36	RE_SF36	VT_SF36	MH_SF36	SF_SF36
GDRS - Προσωπική ικανότητα	,436** ,000	,365** ,001	,163 ,152	,378** ,001	,355** ,001	,312** ,005	,291** ,009	,164 ,149
GDRS - Εμπιστοσύνη	,455** ,000	,360** ,001	,128 ,263	,398** ,000	,346** ,002	,294** ,008	,277* ,013	,133 ,242
GDRS - Θετική αποδοχή	,452** ,000	,364** ,001	,128 ,260	,379** ,001	,345** ,002	,260* ,021	,446** ,000	,155 ,173
GDRS_ - Έλεγχος	,416** ,000	,344** ,002	,110 ,334	,339** ,002	,386** ,000	,174 ,125	,211 ,063	,066 ,560
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	,181 ,113	,200 ,077	-,193 ,089	-,007 ,950	,160 ,158	,247* ,028	,090 ,429	-,230* ,041
TOTAL - GDRS	,455** ,000	,383** ,000	,071 ,536	,342** ,002	,373** ,001	,304** ,007	,305** ,006	,058 ,613

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και της σωματικής λειτουργικότητας (PF) ($P = 0,000$), του συναισθηματικού ρόλου (RE) ($P = 0,001$), καθώς και του σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,000$)

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και της γενικής υγείας (GH) ($P = 0,002$) και της ζωτικότητας (VT) ($P = 0,007$), καθώς και της ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,006$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ των πνευματικών επιδράσεων της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και του κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,041$).

4.3 Σχέσεις μεταξύ της ψυχοπαθολογίας των ηλικιωμένων χήρων και της ψυχολογικής τους ανθεκτικότητας

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας όπως μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο SCL-90 στο δείγμα των ηλικιωμένων χήρων ατόμων. Στον πίνακα 4, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων συσχετίσεων. Από τον έλεγχο, λοιπόν, για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας ανθεκτικότητας με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας στο δείγμα των ηλικιωμένων χήρων προέκυψαν:

Πίνακας 4. Συσχετίσεις υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας με την κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

	ΣΩΜΑΤΟ ΠΟΙΗΣΗ	ΨΥΧΑ ΝΑΓΚΑΣ ΤΙΚΟΤΗ ΤΑ	ΔΙΑΠΡ. ΕΥΑΣΘΗΣΙΑ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΓΧΟΣ	ΕΠΙΘΕΤΙ ΚΟΤΗΤΑ	ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ
GDRS - Προσωπική ικανότητα	-,252* ,025	-,233* ,038	-,154 ,175	-,144 ,205	-,255* ,023	,096 ,402	-,339** ,002	,040 ,727	-,205 ,070
GDRS - Εμπιστοσύνη	-,230* ,042	-,231* ,041	-,190 ,094	-,173 ,128	-,287* ,010	,104 ,364	-,379** ,001	,010 ,932	-,272* ,015
GDRS - Θετική αποδοχή	-,365** ,001	-,190 ,093	-,221 ,051	-,207 ,067	-,284* ,011	,039 ,736	-,250* ,026	-,135 ,236	-,320** ,004
GDRS_ - Έλεγχος	-,220 ,052	-,222* ,050	-,125 ,274	-,062 ,586	-,196 ,084	,061 ,593	-,246* ,029	,030 ,793	-,237* ,035
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	-,083 ,465	-,061 ,592	,015 ,896	,023 ,842	-,160 ,159	,062 ,589	-,085 ,454	,163 ,152	-,105 ,357
TOTAL - GDRS	-,268* ,017	-,218 ,053	-,154 ,175	-,128 ,261	-,277* ,013	,085 ,457	-,301** ,007	,031 ,788	-,266* ,018

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P<0,001$) μεταξύ της εμπιστοσύνης της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και του φοβικού άγχους ($P=0,001$), καθώς και μεταξύ της θετικής αποδοχής της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και της σωματοποίησης ($P=0,001$).

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P<0,01$) μεταξύ της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και του φοβικού άγχους ($P=0,007$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ των πνευματικών επιδράσεων της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και της σωματοποίησης ($P = 0,017$), του άγχους ($P = 0,013$) και του ψυχωτισμού ($P = 0,018$).

4.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης αδελφών

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης αδελφών. Χρησιμοποιήσαμε 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 όσων έχουν αδέρφια και όσων δεν έχουν αδέρφια.

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 5.

Πίνακας 5: Διαφοροποιήσεις της ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης ή μη αδελφών.						
	Έχετε αδέρφια	Mean	Std. Deviation	t	df	P
GDRS - Προσωπική ικανότητα	NAI	57,682	20,914	2,090	77	,040
	OXI	39,286	34,178			
GDRS - Εμπιστοσύνη	NAI	53,919	20,792	1,719	77	,090
	OXI	38,775	35,139			
GDRS - Θετική αποδοχή	NAI	56,944	20,989	1,652	77	,103
	OXI	42,143	36,839			
GDRS_ - Έλεγχος	NAI	62,616	21,936	3,063	77	,003
	OXI	34,524	34,503			
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	NAI	72,743	24,763	,975	77	,332
	OXI	62,500	42,081			
TOTAL - GDRS	NAI	60,781	17,846	2,241	77	,028
	OXI	43,446	33,655			

Στον πίνακα 5, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας, στις μεταβλητές :

- GDRS_ - Έλεγχος (,003)
- Συνολική τιμή της κλίμακας ανθεκτικότητας GDRS (,028)

4.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης αδελφού

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης αδελφού. Χρησιμοποιήσαμε 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 όσων έχουν αδελφό και όσων δεν έχουν αδελφό.

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 6.

Πίνακας 6: Διαφοροποιήσεις της ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης ή μη αδελφού.						
	EXETE ΑΔΕΛΦΟ	Mean	Std. Deviation	t	df	P
GDRS - Προσωπική ικανότητα	NAI	57,096	20,766	,506	77	,614
	OXI	54,435	25,703			
GDRS - Εμπιστοσύνη	NAI	53,050	21,517	,231	77	,818
	OXI	51,843	24,343			
GDRS - Θετική αποδοχή	NAI	58,437	20,321	1,363	77	,177
	OXI	51,290	26,108			
GDRS_ - Έλεγχος	NAI	61,111	22,567	,444	77	,658
	OXI	58,602	27,258			
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	NAI	73,437	23,721	,666	77	,507
	OXI	69,355	30,591			
TOTAL - GDRS	NAI	60,627	16,937	,761	77	,449
	OXI	57,105	24,227			

Στον πίνακα 6, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα χήρα άτομα δεν εμφανίζουν στατιστικές διαφοροποιήσεις ως προς τη σύγκρισή τους σχετικά με την ύπαρξη αδελφού.

4.6 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης αδελφής

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης αδελφής. Χρησιμοποιήσαμε 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 όσων έχουν αδελφή και όσων δεν έχουν αδελφή.

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.

Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις της ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης ή μη αδελφής.						
	EXETE ΑΔΕΛΦΗ	Mean	Std. Deviation	t	df	P
GDRS - Προσωπική ικανότητα	NAI	58,197	21,652	1,559	77	,123
	OXI	48,784	25,277			
GDRS - Εμπιστοσύνη	NAI	55,621	20,250	2,269	77	,026
	OXI	42,262	27,095			
GDRS - Θετική αποδοχή	NAI	57,295	21,126	1,192	77	,237
	OXI	50,000	27,970			
GDRS_ - Έλεγχος	NAI	64,071	21,111	2,758	77	,007
	OXI	46,759	30,133			
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	NAI	73,770	24,335	1,197	77	,235
	OXI	65,278	32,808			
TOTAL - GDRS	NAI	61,791	17,796	2,125	77	,037
	OXI	50,617	24,955			

Στον πίνακα 7, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας, στις μεταβλητές :

- GDRS - Εμπιστοσύνη (,026)
- GDRS_ - Έλεγχος (,007)

- Συνολική τιμή της κλίμακας ανθεκτικότητας GDRS (,037)

4.7 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης παιδιών

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης παιδιών. Χρησιμοποιήσαμε 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 όσων έχουν παιδιά και όσων δεν έχουν παιδιά.

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.

Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις της ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης ή μη παιδιών.						
	EXETE ΠΑΙΔΙΑ	Mean	Std. Deviation	t	df	P
GDRS - Προσωπική ικανότητα	NAI	56,899	22,302	2,102	77	,039
	OXI	23,437	15,468			
GDRS - Εμπιστοσύνη	NAI	53,293	22,241	1,778	77	,079
	OXI	25,000	20,203			
GDRS - Θετική αποδοχή	NAI	56,364	22,531	1,786	77	,078
	OXI	27,500	24,749			
GDRS_ -Έλεγχος	NAI	60,606	24,469	1,086	77	,281
	OXI	41,667	11,785			
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	NAI	72,240	26,565	,840	77	,403
	OXI	56,250	26,516			
TOTAL - GDRS	NAI	59,880	19,770	1,773	77	,080
	OXI	34,771	19,744			

Στον πίνακα 8, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας, στη μεταβλητή :

- GDRS - Προσωπική ικανότητα (,039)

4.8 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης γιού

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης γιού. Χρησιμοποιήσαμε 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 όσων έχουν γιό και όσων δεν έχουν γιό.

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.

Πίνακας 9: Διαφοροποιήσεις της ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης ή μη γιού.						
	EXETE ΓΙΟ	Mean	Std. Deviation	t	df	P
GDRS - Προσωπική ικανότητα	NAI	58,353	21,120	1,255	77	,213
	OXI	51,620	25,319			
GDRS - Εμπιστοσύνη	NAI	53,159	21,401	,317	77	,752
	OXI	51,455	24,926			
GDRS - Θετική αποδοχή	NAI	55,673	21,941	,022	77	,983
	OXI	55,556	25,013			
GDRS_ -Έλεγχος	NAI	62,340	22,415	1,122	77	,265
	OXI	55,864	27,717			
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	NAI	71,875	25,470	,018	77	,985
	OXI	71,759	28,921			
TOTAL - GDRS	NAI	60,280	18,169	,635	77	,527
	OXI	57,251	23,473			

Στον πίνακα 9, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα χήρα άτομα δεν εμφανίζουν στατιστικές διαφοροποιήσεις ως προς τη σύγκρισή τους σχετικά με την ύπαρξη γιού.

4.9 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης κόρης

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης κόρης. Χρησιμοποιήσαμε 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 όσων έχουν κόρη και όσων δεν έχουν κόρη.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05. Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 10.

Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις της ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης ή μη κόρης.						
	EXETE KOPH	Mean	Std. Deviation	t	df	P
GDRS - Προσωπική ικανότητα	NAI	58,854	21,614	1,985	77	,051
	OXI	47,204	24,383			
GDRS - Εμπιστοσύνη	NAI	56,071	21,259	2,535	77	,013
	OXI	41,541	23,395			
GDRS - Θετική αποδοχή	NAI	56,917	21,453	,885	77	,379
	OXI	51,579	27,134			
GDRS_ -Έλεγχος	NAI	61,806	23,882	1,089	77	,279
	OXI	54,825	25,807			
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	NAI	73,125	26,122	,766	77	,446
	OXI	67,763	28,049			
TOTAL - GDRS	NAI	61,355	19,075	1,682	77	,097
	OXI	52,582	22,042			

Στον πίνακα 10, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας, στη μεταβλητή :

- GDRS - Εμπιστοσύνη (,013)

4.10 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης φίλων στο παρελθόν

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης στο παρελθόν φίλων. Χρησιμοποιήσαμε 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 όσων είχαν φίλους και όσων δεν είχαν φίλους.

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 11.

Πίνακας 11: Διαφοροποιήσεις της ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης στο παρελθόν ή μη φίλων.						
	EIXATE ΦΙΛΟΥΣ	Mean	Std. Deviation	t	df	P
GDRS - Προσωπική ικανότητα	NAI	60,110	19,036	4,387	77	,000
	OXI	30,966	28,106			
GDRS - Εμπιστοσύνη	NAI	56,670	19,296	4,481	77	,000
	OXI	27,272	25,368			
GDRS - Θετική αποδοχή	NAI	60,147	18,426	4,983	77	,000
	OXI	27,727	28,492			
GDRS_ -Έλεγχος	NAI	65,319	20,291	5,528	77	,000
	OXI	28,030	23,650			
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	NAI	75,368	22,955	3,103	77	,003
	OXI	50,000	36,657			
TOTAL - GDRS	NAI	63,523	15,183	5,544	77	,000
	OXI	32,799	26,347			

Στον πίνακα 11, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας, στις μεταβλητές :

- GDRS - Προσωπική ικανότητα (,000)

- GDRS – Εμπιστοσύνη (,000)
- GDRS - Θετική αποδοχή (,000)
- GDRS_- Έλεγχος (,000)
- GDRS_- Πνευματικές Επιδράσεις (,003)
- TOTAL – GDRS (,000)

4.11 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης φίλων στο παρόν

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) των ηλικιωμένων χήρων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης στο παρόν φίλων. Χρησιμοποιήσαμε 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 όσων έχουν φίλους και όσων δεν έχουν φίλους.

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 12.

Πίνακας 12: Διαφοροποιήσεις της ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και της ύπαρξης στο παρόν ή μη φίλων.						
	EXETE ΦΙΛΟΥΣ	Mean	Std. Deviation	t	df	P
GDRS - Προσωπική ικανότητα	NAI	63,200	17,871	5,434	77	,000
	OXI	36,309	23,312			
GDRS - Εμπιστοσύνη	NAI	59,852	16,994	5,634	77	,000
	OXI	32,483	24,035			
GDRS - Θετική αποδοχή	NAI	63,189	17,262	5,816	77	,000
	OXI	34,762	23,847			
GDRS_ -Έλεγχος	NAI	68,247	19,019	5,888	77	,000
	OXI	37,698	23,807			
GDRS_ - Πνευματικές Επιδράσεις	NAI	77,371	22,636	3,270	77	,002
	OXI	56,548	30,776			
TOTAL - GDRS	NAI	66,372	13,600	6,493	77	,000
	OXI	39,560	22,0185			

Στον πίνακα 12, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα χήρα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα της ανθεκτικότητας, στις μεταβλητές :

- GDRS - Προσωπική ικανότητα (,000)

- GDRS – Εμπιστοσύνη (,000)
- GDRS - Θετική αποδοχή (,000)
- GDRS_- Έλεγχος (,000)
- GDRS_- Πνευματικές Επιδράσεις (,002)
- TOTAL – GDRS (,000)

4.12 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και των κατηγοριών της ανθεκτικότητας (CD-RISC)

Στον πίνακα 13, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές της κλίμακας ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και των κατηγοριών του εκπαιδευτικού τους επιπέδου. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

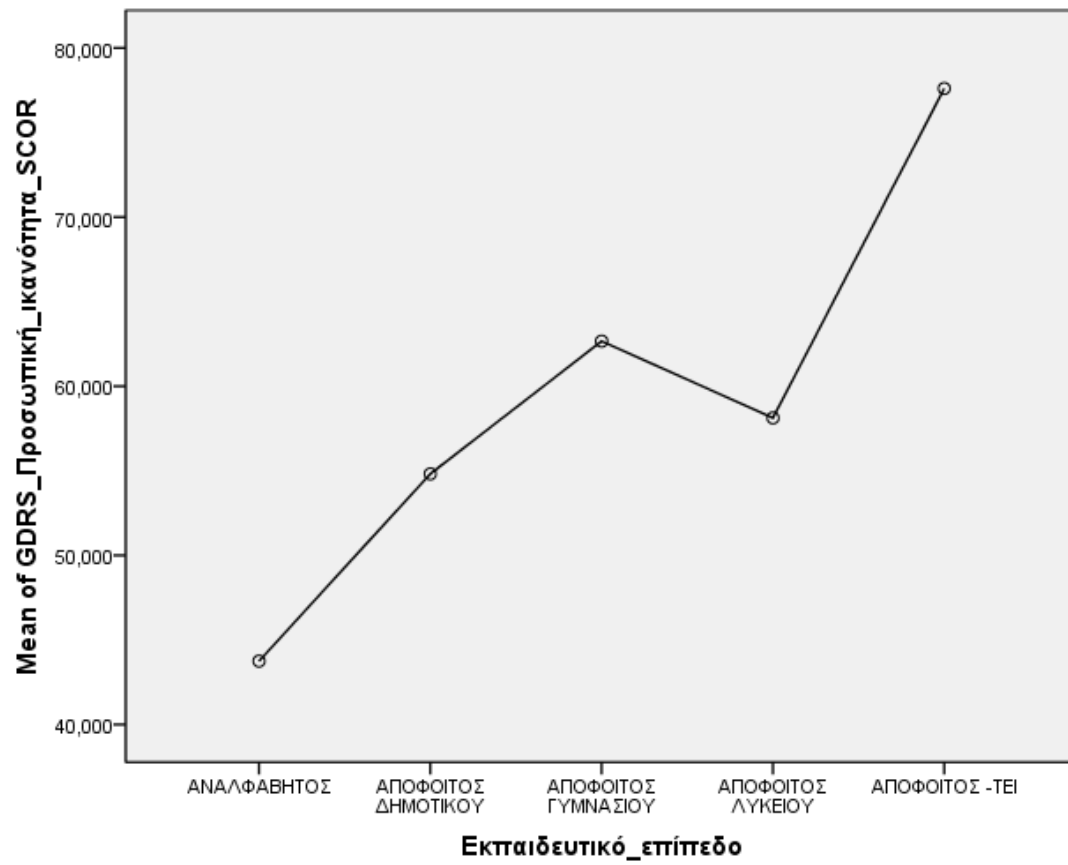
Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

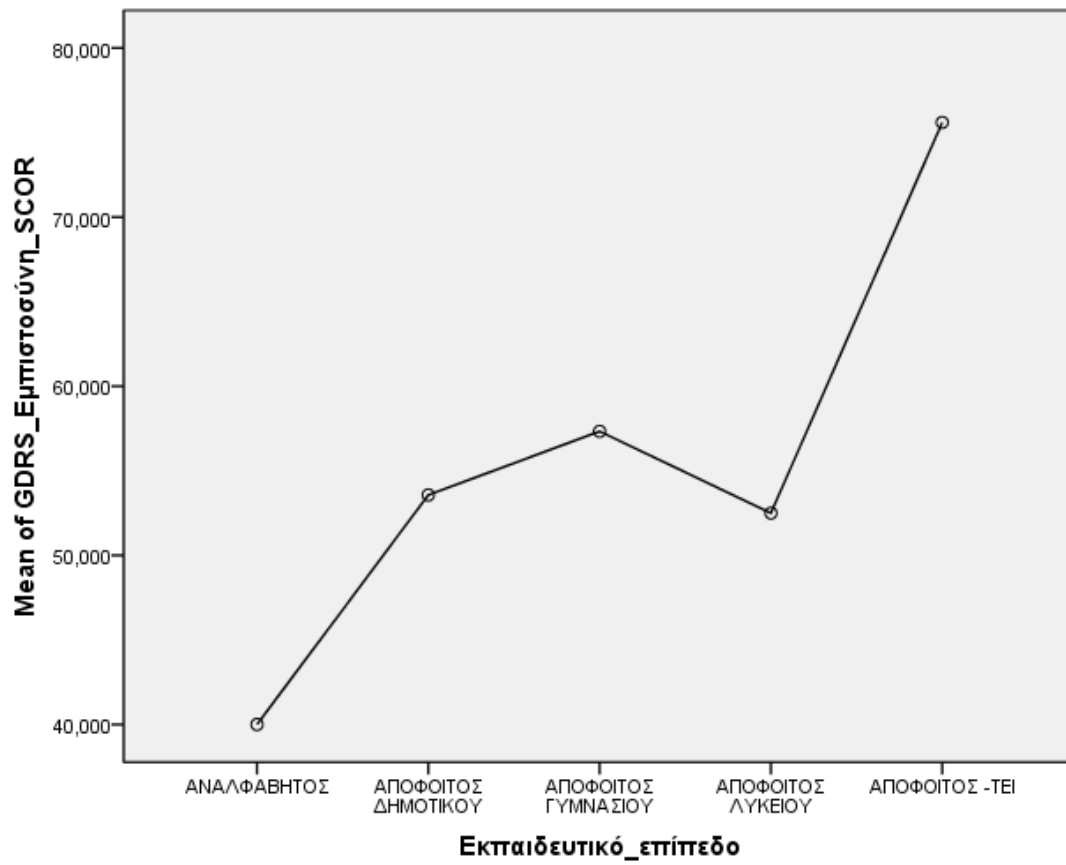
- GDRS - Προσωπική ικανότητα ($p=0,008$)
- GDRS – Εμπιστοσύνη ($p=0,007$)
- GDRS - Θετική αποδοχή ($p=0,002$)
- GDRS – Έλεγχος ($p=0,001$)
- GDRS - Πνευματικές Επιδράσεις ($p=0,022$)
- Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας ($p=0,000$)

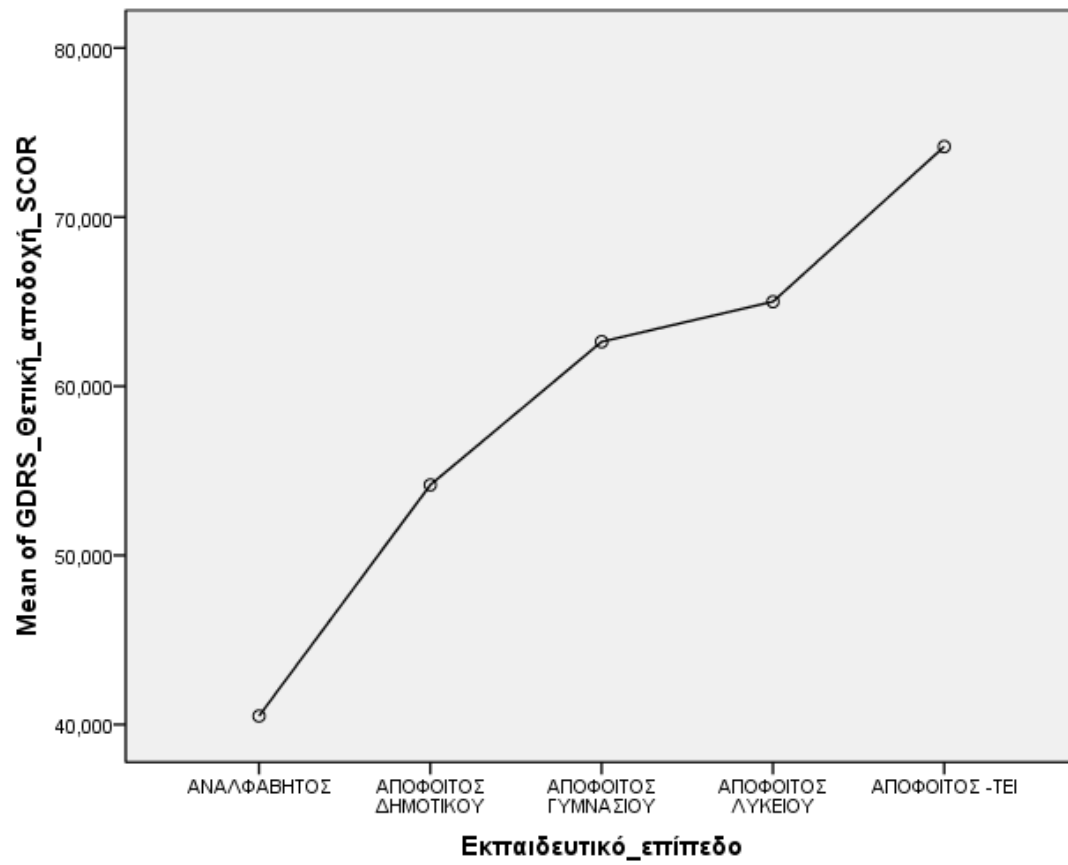
Πίνακας 13. Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και του εκπαιδευτικού τους επιπέδου.

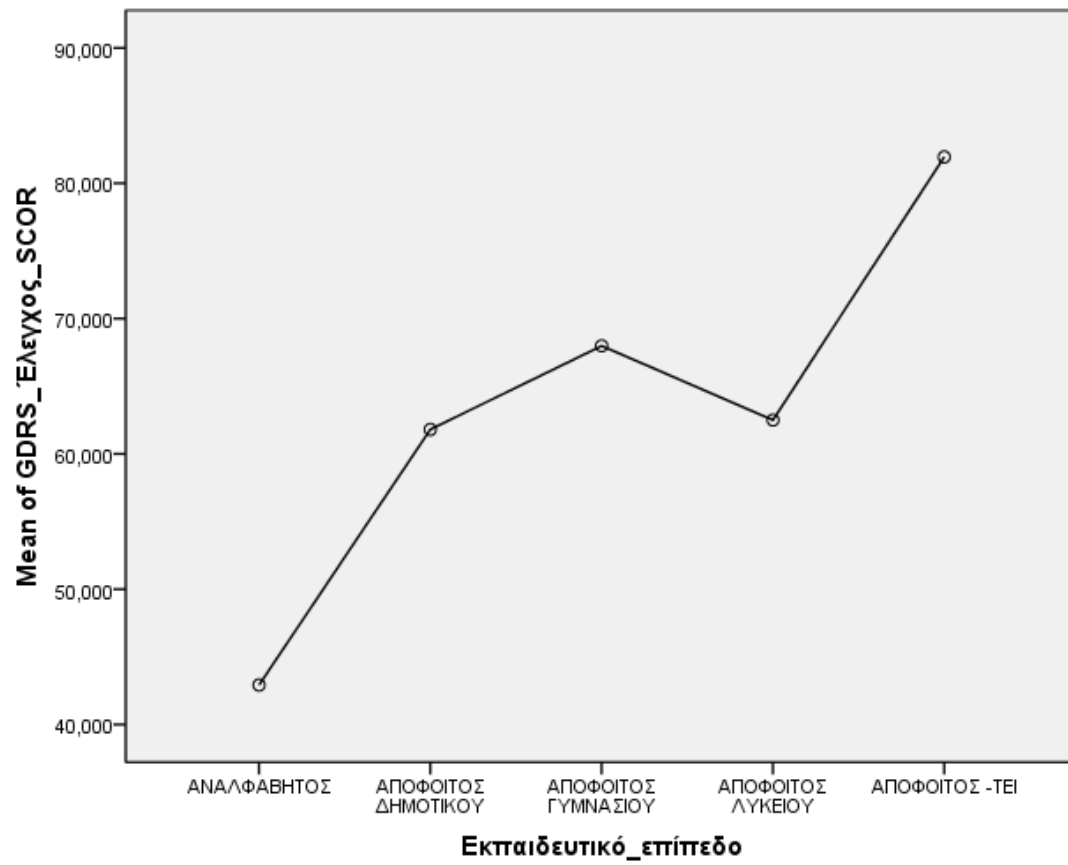
	F	p
Κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)		
GDRS - Προσωπική ικανότητα	3,714	,008
GDRS - Εμπιστοσύνη	3,837	,007
GDRS - Θετική αποδοχή	4,866	,002
GDRS - Έλεγχος	5,140	,001
GDRS - Πνευματικές Επιδράσεις	3,063	,022
Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας	5,899	,000

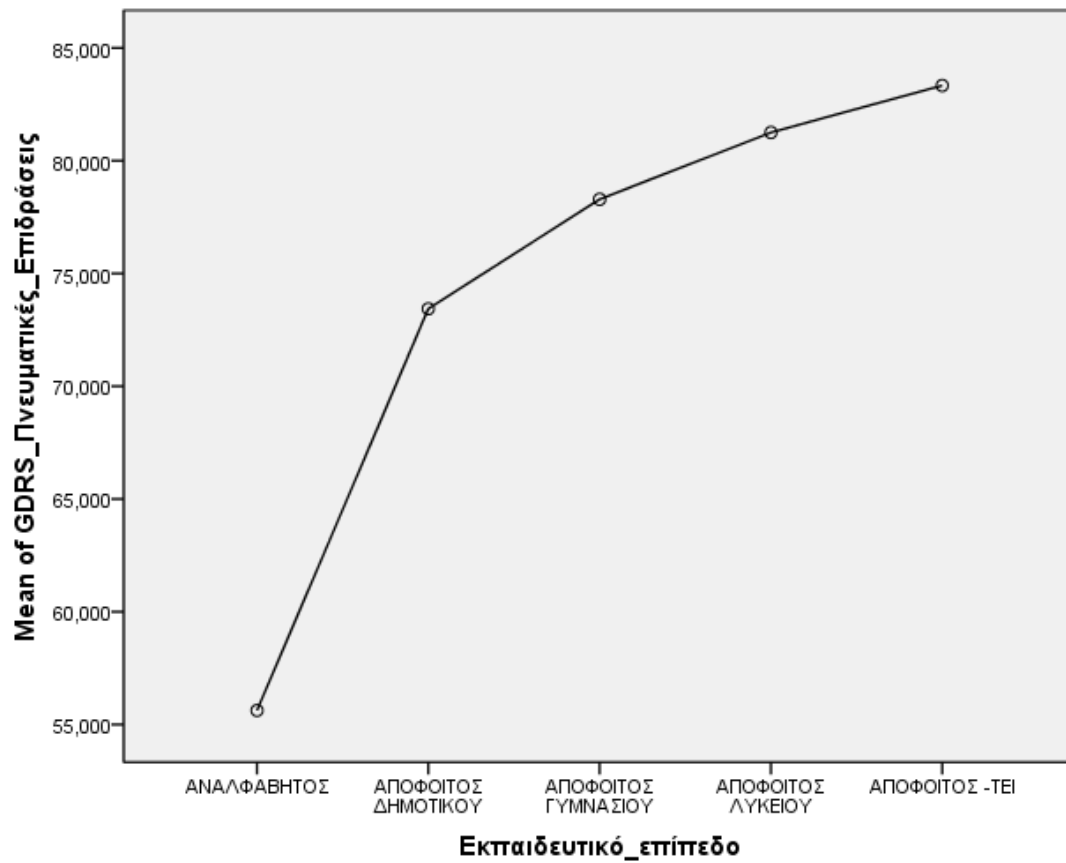
Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στα παρακάτω διαγράμματα 1, 2, 3, 4, 5 και 6.

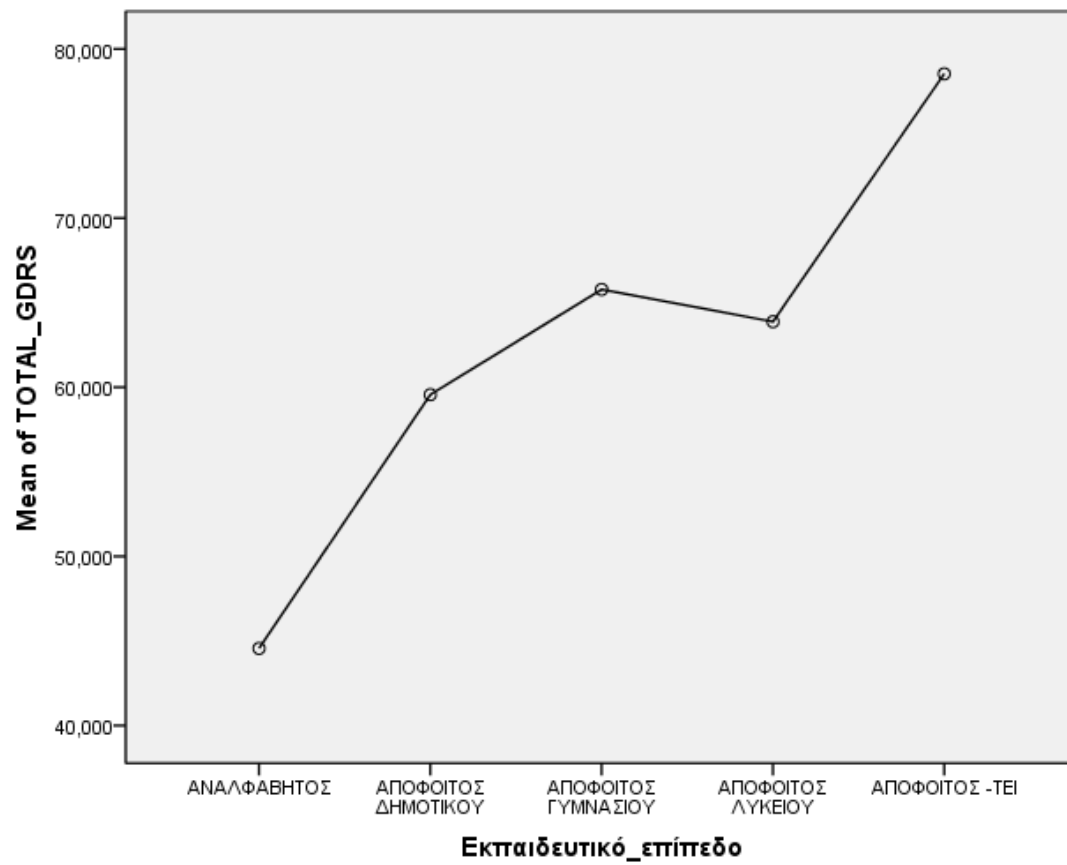












4.13 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ του τύπου διαμονής των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και των κατηγοριών της ανθεκτικότητας (CD-RISC)

Στον πίνακα 14, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές της κλίμακας ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και των κατηγοριών του τύπου της διαμονής τους. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Δεν παρατηρήθηκαν σε καμία υποκλίμακα στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Πίνακας 14. Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και του τύπου διαμονής τους.

	F	p
Κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)		
GDRS - Προσωπική ικανότητα	,598	,552
GDRS - Εμπιστοσύνη	1,370	,260
GDRS - Θετική αποδοχή	1,127	,329
GDRS - Έλεγχος	,047	,954
GDRS - Πνευματικές Επιδράσεις	,317	,729
Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας	,686	,507

4.14 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ των κατηγοριών συγκατοίκησης των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και των κατηγοριών της ανθεκτικότητας (CD-RISC)

Στον πίνακα 15, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές της κλίμακας ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων ατόμων και των κατηγοριών με ποιον ή ποιους συγκατοικούν. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Δεν παρατηρήθηκαν σε καμία υποκλίμακα στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Πίνακας 15. Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων χήρων του δείγματος και με ποιόν συγκατοικούν.

	F	p
Κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)		
GDRS - Προσωπική ικανότητα	,588	,672
GDRS - Εμπιστοσύνη	,599	,665
GDRS - Θετική αποδοχή	,393	,813
GDRS - Έλεγχος	1,053	,386
GDRS - Πνευματικές Επιδράσεις	,372	,828
Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας	,301	,876

5. 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.

5.1. Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν το δείγμα των ηλικιωμένων χήρων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα, το οποίο δεν είναι αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού, μια και καταγόταν και διέμενε στην Ήπειρο.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων χήρων ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη κατά τη συγκεκριμένη χωροχρονική στιγμή.

5.2. Σχέση της Ανθεκτικότητας στην Ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων χήρων

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ της εμπιστοσύνης της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και του φοβικού άγχους ($P = 0,001$), καθώς και μεταξύ της θετικής αποδοχής της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και της σωματοποίησης ($P = 0,001$). Επίσης, διαπιστώθηκε στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και του φοβικού άγχους ($P = 0,007$). Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) μεταξύ των πνευματικών επιδράσεων της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και της σωματοποίησης ($P = 0,017$), του άγχους ($P = 0,013$) και του ψυχωτισμού ($P = 0,018$).

Τα συγκεκριμένα ευρήματά μας επαληθεύουν την αρχική μας υπόθεση ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στη μείωση των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και ότι τα ηλικιωμένα άτομα με απωλεσθέντα σύντροφο που θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας θα έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συμφωνούν και ενισχύονται από τις διαπιστώσεις ότι η κατάσταση της υγείας των

ατόμων επηρεάζεται από το εάν είναι παντρεμένοι, ανύπαντροι ή χηρευμένοι (Valente, 1999). Οι κυριότερες αλλαγές κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου που μπορεί να οδηγήσουν σε μια ψυχική διαταραχή παρατηρούνται μετά την απώλεια φίλων ή συντρόφων λόγω θανάτου. Τέτοιου είδους γεγονότα αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων και συνεπώς τα υπερήλικα άτομα έχουν έντονες πιθανότητες εμφάνισής τους (Nandi, et al, 1997) επιπροσθέτως των σωματικών και κοινωνικών προβλημάτων που ήδη αντιμετωπίζουν (Banerjee & MacDonald, 1997).

5.3. Σχέση της Ανθεκτικότητας με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων χήρων

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και της σωματικής λειτουργικότητας (PF) ($P = 0,000$), του συναισθηματικού ρόλου (RE) ($P = 0,001$), καθώς και του σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,000$). Ακόμη, διαπιστώθηκε στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και της γενικής υγείας (GH) ($P = 0,002$) και της ζωτικότητας (VT) ($P = 0,007$), καθώς και της ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,006$). Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) μεταξύ των πνευματικών επιδράσεων της κλίμακας Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) και του κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,041$).

Τα συγκεκριμένα ευρήματά μας επαληθεύουν την αρχική μας υπόθεση ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα θα συνδέεται με την ποιότητα ζωής και ότι οι ηλικιωμένοι με απωλεσθέντα σύντροφο που θα έχουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συμφωνούν και ενισχύονται από τις διαπιστώσεις ότι η υποκειμενική ευημερία είναι η περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη έννοια σε όρους θετικών και αρνητικών συνεπειών ενώ η ικανοποίηση ζωής και το ηθικό λιγότερο (Efklides et al, 2003).

6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη αναδεικνύουν τους παράγοντες που σχετίζονται με την απώλεια των συντρόφων στην τρίτη και τέταρτη ηλικία και το ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής τους. Ακόμη, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης αναδεικνύουν τη διασύνδεση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους όσο και τα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσής τους.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μας οδηγούν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Τα υψηλά επίπεδα της ψυχολογικής ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους σχετίζονται θετικά με τα υψηλά επίπεδα της σωματικής λειτουργικότητάς τους, της γενικής και ψυχικής τους υγείας, της ζωτικότητάς τους και του συναισθηματικού ρόλου τους.
- Τα υψηλά επίπεδα της ψυχολογικής ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους σχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα του φοβικού άγχους, της σωματοποίησης, του άγχους και του ψυχωτισμού.
- Τα υψηλά επίπεδα της ψυχολογικής ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους σχετίζονται θετικά με την ύπαρξη αδελφής, κόρης, φίλων στο παρελθόν, φίλων στον παρόντα χρόνο και δεν σχετίζονται με τον τόπο διαμονής και τη συγκατοίκησή τους.

Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έτσι ώστε να προβούν στη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των ηλικιωμένων που έχουν απωλέσει το σύντροφό τους και που θα προλαμβάνουν την εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων που ίσως να μπορούν να αποφευχθούν παρά την ηλικία αυτών των ατόμων, προάγοντας έτσι την γενικότερη ευημερία τους.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Alonso J., Angermeyer MC., Bernet S., Bruffaerts R., Brugha TS., et al. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders project. *Acta Psychiatrica Scand* 109(S420):21-27.
- Banerjee S., MacDonald A (1996) Mental disorder in an elderly home care population: Association with health and social services use. *Brit J Psychiatry* 168:750-756.
- Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD.(2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*; 11:911-26.
- Bowling A., Banister D., Sutton S., Evans O., Windsor J., (2002), A multidimensional model of the quality of life in older age, *Aging & Mental Health*, 6(4): 355-371.
- Carta MG., Bernal M., Hardoy MC., Haro-Abad JM. and the Report on the Mental Health in Europe working group. (2005) Migration and mental health in Europe – the state of mental health in Europe working group: appendix I. *Clin Prac Epidem Mental Health*. Διαθέσιμο στο <http://www.cpementalhealth.com/-content/1/1/13>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson resilience scale (CD- RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Copeland JRM., Beekman ATF., Dewey ME., Hooijer C., Jordan BA., et al. (1999) Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Brit J Psychiatry* 174:312-321
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 55(3), 347.
- Dalgard OS., Bjork S., Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *Brit J Psychiatry* 166(1):29-34.
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual*. NCS Pearson.
- Dimitriadou, D., & Stalikas, A. (2012). Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Psychometric Instruments in Greece* (2nd ed., p. 717). Athens: Pedio.
- Donias, S., Karastergiou, A., & Manos, N. (1991). Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki*.
- Efklides A., Kalaitzidou M., and 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.
- Goldberg DP., Hiller VF (1979) A scaled version of GHQ. *Psychol Med* 9:139-45.
- Gotlib, I. H., & Colby, C. A. (1987). *Treatment of depression: An interpersonal systems approach*. Pergamon Press.

- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. John Wiley & Sons.
- Jané-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D., & Wahlbeck, K. (2007). *Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer*. Direcção Geral de Saúde.
- Jeune B (2002) Living longer – but better? *Aging Clin Exp Res* 14:72-93.
- Katona, C., & Livingston, G. (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *The Lancet*; 356: 91.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (nCS-r). *Journal of the American Medical Association*; 289: 3095–3105.
- 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*, 9(2), 315.
- Lewis J., (1997), Housing and social support needs of elderly persons: a needs assessment in an independent living facility, *Evaluation and Program Planning* 20(3):269-277.
- MacDonald AJD. (1997). ABC of mental health: Mental health in old age. *BMJ* 315:413-417.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), 251-266.
- 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.
- Olsen O., Iversen L., Sabroe S., (1991), Age and the operationalization of social support, *Social Science and Medicine* 32 (7): 767-771.
- Ostbye T., Hill G., Steenhuis R. (1999). Mortality in elderly Canadians with and without dementia. A 5 year follow-up. *Neurology* 53(3):521-525.
- Paluska A.S., Schwenk T.L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med*; 29(3):167-80.
- Prince MJ., Beekman ATF., Deeg DJH., Fuhrer R., Kivela SL., Lawlor BA., et al. (1999) Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Brit J Psychiatry* 174:339-45.
- Seeman T. & Berkman L., (1988), Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support, *Social Science and Medicine* 26 (7): 737-749.
- Tower RB., Kasl SV. (1996) Gender, marital closeness and depressive symptoms in elderly couple. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 51B(3):115-129.

- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1996). Gender, marital closeness, and depressive symptoms in elderly couples. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51(3), P115-P129.
- Valente M. (1999) Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Hom Health Care Manag Pract* 11:49-59.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The Moss 36 Item Short Form Health Survey, *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wattis J. (1996). Caring for Older People: What an old age psychiatrist does. *BMJ* 313:101-105.
- Yfantopoulos J. ,(2001b), Quality of life and QALYs in the measurement of health, *Archives of Hellenic medicine* 18(2):114-130)
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999α), *Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.