



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



**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ  
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ  
ΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΥΓΕΙΑΣ**

**Λουΐζα Μεσσήνη**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Γκούβα Μαίρη, Επιβλέπων Καθηγητής

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Χατζόγλου Χρύσα, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, Μάιος 2018**



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

---



**INVESTIGATION BETWEEN FEAR OF DEATH AND  
PSYCHOPATHOLOGY - PSYCHOSOMATIC EFFECTS AND THEIR  
ROLE IN PRIMARY HEALTH CARE**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
1.1 Ορισμός ψυχοπαθολογίας και ψυχοσωματικών προβλημάτων.....	9
1.2 Έννοια φόβου θανάτου .....	10
1.3 Διαχείριση φόβου του θανάτου .....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	14
2.1 Ποιότητα ζωής και φόβος θανάτου .....	14
2.2 Ο ρόλος της μοναξιάς, της συγχώρεσης και της (αυτό)συμπόνιας στον φόβο του θανάτου ...	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	18
3.1 Εργαλεία μέτρησης.....	18
3.2 Σκοπός της έρευνας .....	18
3.3 Δείγμα.....	18
3.4 Περιγραφική ανάλυση .....	19
3.5 Επαγωγική ανάλυση .....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	47
4.1 Συζήτηση .....	47
4.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις .....	48
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	50



# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ .....	19
ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	19
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	23
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SF 36 SCORE .....	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ HFS SCORE .....	27
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCS SCORE .....	27
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ SCL SCORE .....	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ LONELINESS SCORE .....	30
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ΕΛΑΧΙΣΤΗ, ΜΕΓΙΣΤΗ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΤΩΝ CONNOR SCORE.....	30
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΟ ΦΥΛΟ .....	31
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	32
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ .....	33
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ;».....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΣΗΜΕΡΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΓΙΑ ΧΡΗΜΑΤΑ;» .....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΑΔΕΡΦΙΑ;».....	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΑΔΕΡΦΗ;» .....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΑΔΕΡΦΟ;» .....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ F-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΡΦΙΑ ΣΑΣ;».....	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;» .....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΟ ΦΥΛΟ .....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ .....	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 ΠΛΗΘΟΣ, ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ, ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ T-TEST ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΈΧΕΤΕ ΑΔΕΡΦΙΑ;».....	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΌΤΑΝ ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΝΩΣΤΟΣ ΣΑΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΝΟΧΕΣ;» .....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΌΤΑΝ ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΝΩΣΤΟΣ ΣΑΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΦΟΒΟ;» .....	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ «ΌΤΑΝ ΠΕΘΑΙΝΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΝΩΣΤΟΣ ΣΑΣ ΈΧΕΤΕ ΑΨΠΝΙΕΣ;» .....	45

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές, ανάλογα με τον κλάδο στον οποίο ανήκουν, ασχολούνται όλο και περισσότερο με τον θάνατο, είτε ως βιολογικό φαινόμενο, είτε ως κοινωνικό φαινόμενο. Ο άνθρωπος έχει μία έμφυτη τάση να φοβάται το θάνατο μέχρι και τη στιγμή του βιολογικού θανάτου του. Ο φόβος του θανάτου είναι ένα φυσιολογικό ανθρώπινο χαρακτηριστικό το οποίο όμως αν ξεπεράσει τα φυσιολογικά όρια μπορεί να προκαλέσει αρνητικές συνέπειες στην σωματική και ψυχολογική υγεία του ατόμου. Σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιείται ο όρος «παθολογικό άγχος» και συνήθως συνοδεύεται από ψυχοσωματικά προβλήματα.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας ορίζεται η έννοια της ψυχοπαθολογίας και τα ψυχοσωματικά προβλήματα. Στη συνέχεια αναλύεται η έννοια του φόβου του θανάτου και οι τρόποι διαχείρισης αυτού του φόβου. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι τρόποι με τους οποίους ο φόβος του θανάτου επιβαρύνει την ποιότητα ζωής του ατόμου και περιγράφεται ο ρόλος της μοναξιάς, της συγχώρεσης και της (αυτό) συμπόνιας στον φόβο του θανάτου.

## **ABSTRACT**

Today, researchers are increasingly interested in death as a phenomenon, either as a biological or as a social phenomenon, depending on their scientific field. Human, as a being, has an inherent fear of death until the time of his biological death. The fear of death is a normal human characteristic, but if the normal limits are exceeded, it can cause negative consequences for the physical and psychological health of the individual. In this case, the term "pathological stress" is used and usually is accompanied by psychosomatic problems.

The first chapter of this thesis defines the terms psychopathology and psychosomatic problems. Then the term "fear of death" is analyzed, as well as ways of managing this fear. The second chapter discusses the ways that fear of death affects the quality of life of the individual and describes the role of loneliness, forgiveness, and compassion in the fear of death.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Βασικός πυλώνας της ανθρώπινης ύπαρξης αποτελεί η έννοια του θανάτου. Είναι, ίσως, η μοναδική και ακλόνητη γνώση του ανθρώπου κατά τη διάρκεια της ζωής του. Διαρκώς παρατηρείται όλο και περισσότερο ενδιαφέρον σχετικά με το θάνατο και την αντιμετώπισή του ως ένα από τα βασικότερα θέματα επιστημονικής έρευνας (Kastenbaum, 1965, Kastenbaum & Costa, 1977, Kurllychek, 1978). Ο θάνατος αποτελεί ένα φαινόμενο τόσο βιολογικό όσο και κοινωνικό, το οποίο έχει απασχολήσει και θα συνεχίσει να απασχολεί τους ανθρώπους ανεξαρτήτως πολιτισμικού επιπέδου. Ωστόσο, παρατηρείται πως μέχρι τη στιγμή του βιολογικού θανάτου του ανθρώπου, το άτομο καταβάλλεται από φόβο.

Ο φόβος του θανάτου προκαλεί το άγχος του θανάτου. Το άγχος του θανάτου είναι ικανό να αποδιοργανώσει και να «μπλοκάρει» το άτομο και θεωρείται παθολογικό άγχος. Άμεσο συμπέρασμα όλων των παραπάνω είναι ότι όταν ο φόβος του θανάτου ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια, τότε σίγουρα έχει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Ο όρος «το νόημα της ζωής» χαρακτηρίζεται από επιμέρους έννοιες όπως η μοναξιά, η συγχώρεση και η (αυτό)συμπόνια. Η συγκεκριμένη μελέτη καλείται να αποκαλύψει τη συσχέτιση των παραπάνω εννοιών με το φόβο του θανάτου, έτσι ώστε να γίνει ένας καλύτερος προσδιορισμός της ποιότητας της ζωής και των επιπέδων ευζωίας. Συνεπώς, ο βασικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει τη σχέση μεταξύ του φόβου του θανάτου και της ψυχοπαθολογίας και των ψυχοσωματικών διαταραχών στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Ορισμός ψυχοπαθολογίας και ψυχοσωματικών προβλημάτων

Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση αλληλοεπιδράσεων που μπορεί να καθοριστεί από ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να αυξήσουν, ακόμη και να απειλήσουν την ευημερία του ατόμου.

Η λέξη ψυχοπαθολογία προέρχεται από την ψυχή και την παθολογία. Αυτό σημαίνει πως πολλές ψυχικές διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν σωματικές ασθένειες και το αντίθετο. Με τον όρο ψυχοπαθολογία αναφερόμαστε στις ίδιες τις ψυχικές διαταραχές, καθώς και στην επιστημονική μελέτη αυτών ως προς τις πιθανές αιτίες και τα συμπτώματα που εμφανίζουν. Είναι δύσκολο να διακρίνουμε τις ακριβείς αιτίες της, γιατί μια αποκλίνουσα συμπεριφορά δεν μπορεί να οδηγήσει κατευθείαν στο συμπέρασμα ότι είναι παθολογική. Για το λόγο αυτό, φέρει ποικίλους προβληματισμούς και αποτελεί το επίκεντρο πολλών μελετών για την περαιτέρω διερεύνησή της. Βασικοί δυνητικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας και μάλιστα στον κλάδο της ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης, αποτελούν η χρόνια εμφάνιση νοσημάτων και προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως το άγχος. Κάθε άτομο έχει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης των ψυχοτραυματικών εμπειριών του κι αυτό γιατί εξαρτώνται από παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η γενετική προδιάθεση και οι προηγούμενες συναισθηματικές εμπειρίες.

Ο όρος ψυχοσωματικό αφορά την κατάσταση, η οποία φέρει μια προσβολή στον οργανισμό, δηλαδή, μια προσβολή στο σώμα του ατόμου. Πρόκειται για μια διαταραχή αλλοίωσης (βλάβης). Αυτή η βλάβη έρχεται και ενοχλεί διαρκώς τον οργανισμό και την καλή λειτουργία του. Η ψυχοσωματική διαταραχή περιλαμβάνει τόσο το μυαλό όσο και το σώμα. Χρησιμοποιείται κυρίως για τον προσδιορισμό μιας σωματικής ασθένειας που πιστεύεται ότι προκαλείται ή επιδεινώνεται από ψυχικούς παράγοντες. Με άλλα λόγια, οι ψυχολογικές ανισορροπίες που βιώνει το άτομο χαρακτηρίζονται ως βιολογικές ασθένειες. Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιδράσει ο οργανισμός σε μια ασθένεια, αλλά και σε καταστάσεις πίεσης, διαφέρει από άτομο σε άτομο. Στη δεύτερη περίπτωση (καταστάσεις πίεσης και άγχους), το μυαλό είναι

κυρίαρχο και παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο. Το αίσθημα του έντονου φόβου ή η ανησυχία είναι κάποιες από τις αιτίες ανάπτυξης ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και κατά συνέπεια, ψυχικών διαταραχών. Η ταχυπαλμία, η ναυτία, ο πονοκέφαλος, το αίσθημα αδιαθεσίας είναι μερικά από τα συμπτώματα, τα οποία οφείλονται στην αυξημένη δραστηριότητα των νευρικών ερεθισμάτων που στέλνονται από τον εγκέφαλο στο σώμα και στην απελευθέρωση της αδρεναλίνης στην κυκλοφορία του αίματος.

Κατά αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένα πέρασμα προς το ψυχοσωματικό που να καταλήγει στην ψυχοπαθολογία. Διευκρινίζεται πως και ο ορισμός του όρου ψυχοσωματικό περιλαμβάνει μια ατυχή διάσταση.

## 1.2 Έννοια φόβου θανάτου

Μια από τις βασικότερες ιδιαιτερότητες του ανθρώπινου είδους είναι η ικανότητά του να αντιλαμβάνεται το χρόνο και μετέπειτα το θάνατο. Ο άνθρωπος από πολύ μικρή ηλικία βρίσκεται αντιμέτωπος με την έννοια του θανάτου. Αυτό σε συνδυασμό με την αντίληψή του για την έννοια του μέλλοντος δημιουργεί το αίσθημα του φόβου. Είναι ένα στάδιο αναπόφευκτο για τον ίδιο τον άνθρωπο, καθώς ο όρος ατομικότητα και μοναδικότητα της ανθρώπινης ύπαρξης μόνο τότε αποκτά νόημα. Έτσι, δημιουργείται μια ασυνείδητη επιθυμία θανάτου, η οποία συνδέεται έμμεσα με ορισμένες τάσεις αυτοκαταστροφής.

Το δεύτερο μισό της ζωής του ανθρώπου παρατηρείται πως βασίζεται από τη στάση του απέναντι στο θάνατο σύμφωνα με τον **Carl Gustav Jung**. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία άγχους. Όσο συχνότερο και εντονότερο γίνεται το άγχος αυτό, τόσο δυσκολότερο για το ίδιο το άτομο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες και υποχρεώσεις. Ο φόβος του θανάτου είναι η ρίζα όλων των ιδεών καταδίωξης και έμμεσα του άγχους όπως εξηγεί η **Melanie Klein**. Η θεωρία του άγχους βασίζεται στην οντολογική διατύπωση ότι ο άνθρωπος είναι πεπερασμένος σύμφωνα με τη θεωρία του **Paul Tillich**. Η ιδέα του θανάτου εμπεριέχει αρνητικές αντιδράσεις, πεποιθήσεις και συναισθήματα, τα

οποία λειτουργούν διαλυτικά όπως η ανησυχία, η θλίψη, η αβεβαιότητα, η σύγχυση και ο φόβος. Δηλαδή, το φόβο για το άγνωστο, το φόβο της απώλειας αγαπημένων προσώπων, το φόβο του πόνου και του τέλους.

Η έννοια του άγχους θανάτου οδηγεί σε συγκρουόμενα και ασαφή αποτελέσματα και κρίνεται αδύνατο να δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός, ο οποίος θα είναι παγκοσμίως αποδεκτός, λόγω του πολυδιάστατου χαρακτήρα του (Fortner & Neimeyer, 1999, Neimeyer & Van Brunt, 1995, Pollak, 1979, Sanders, Poole & Rivero, 1980). Διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό ανάλογα με τη βαρύτητα και την ερμηνεία που δίνεται στο νόημα της ζωής και της ζωής μετά το θάνατο (Holcomb, Neimeyer & Moore, 1993). Σύμφωνα με τον Freud, το μοντέλο του άγχους του θανάτου έχει τρεις βασικές μορφές ως προς την κατάσταση επεξεργασίας συναισθήματος στον εγκέφαλο: την υπαρξιακή, την «αρπακτική» και την καταστροφική. Η πρώτη αφορά την προσωπική άποψη του καθενός σχετικά με το θάνατο και ό,τι συνεπάγεται αυτός, η δεύτερη περιγράφει τη συνειδητή και ασυνειδητή τάση εκμηδενισμού της ανθρώπινης υπόστασης, ενώ η τρίτη την τάση εκμηδενισμού της ζωής των υπολοίπων (Langs, 2004).

Βασικό χαρακτηριστικό κάθε φοβίας αποτελεί το άγχος και κατά συνέπεια τις ψυχοσωματικές διαταραχές. Διαταραχές, οι οποίες περιλαμβάνουν κρίσεις πανικού, αύξηση καρδιακών παλμών και πίεσης, παραισθήσεις και δύσπνοια. Όλα τα παραπάνω υποδηλώνουν κάποια αγχώδη διαταραχή.

### 1.3 Διαχείριση φόβου του θανάτου

Σύμφωνα με τον Hoelterhoff (2015), ο οποίος διερεύνησε το θέμα του φόβου θανάτου από ψυχολογική πλευρά και σε συσχέτιση με τη θεωρία διαχείρισης του φόβου του Becker, η αγωνία θανάτου είναι ένας μηχανισμός άμυνας που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση ασυνειδητών συγκρούσεων και ονόμασε την εκδήλωση του φόβου θανάτου από ασθενείς, θανατοφοβία.

Η θεωρία διαχείρισης του φόβου βασίζεται στην εργασία του Ernest Becjer (1973) που προτείνει ότι τα ανθρώπινα κίνητρα για να παραμείνει κάποιος ζωντανός, σε συνδυασμό με τη συνειδητοποίηση ότι

ο θάνατος μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή, έχει δύναμη να εξάψει το φόβο του θανάτου [1]. Κατά τις μελέτες των Kierkegard, Rank και Becker (1973) η θεωρία διαχείρισης του φόβου έρχεται για να αναπαράγει μια περαιτέρω εκδήλωση της διαχείρισης του άγχους του θανάτου (Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 1997), (Greenberg & Solomon, 1999), (Solomon, Greenberg & Pyszcznski, 1991). Διαπιστώθηκε ότι ο θάνατος είναι μια ισχυρή ανησυχία που υπάρχει σε όλους τους ανθρώπους και το άγχος για το θάνατο αναφέρεται στο φόβο και στην πλήρη εξόντωση, ενώ ο φόβος για το θάνατο είναι κάτι πιο συγκεκριμένο και καθιστά το θάνατο ως κάτι το τρομακτικό.[2]

Ο φόβος του θανάτου και ο φόβος της διαδικασίας θανάτου επηρεάζονται από την πνευματικότητα – θρησκευτικότητα, το φύλο, την ψυχολογική κατάσταση και την ηλικία.

Υποστηρίζεται ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους νέους ενήλικες και στους ηλικιωμένους όσον αφορά το φόβο για το θάνατο. Οι νέοι λοιπόν διαπιστώθηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα φόβου για το θάνατο σε σχέση με τους ηλικιωμένους.[3]

Ο Routledge και ο Juhl (2010) υποστηρίζουν πως οι άνθρωποι οι οποίοι αισθάνονται πως η ζωή τους ήταν γεμάτη με νόημα και εμπειρίες δεν φοβούνται τόσο πολύ το θάνατο σε σχέση με τα άτομα στα οποία υπήρχε έλλειψη αυτών των στοιχείων παρόλο που μπορεί να έχουν σωματική και ψυχική υγεία.

Παρατηρήθηκε ότι οι άνθρωποι που δεν φοβούνται το θάνατο και δεν αρνούνται το θάνατο μπορεί να ενισχύσουν σημαντικά στοιχεία του εγώ, αντιμετωπίζοντας τη θνησιμότητα σαν υπαρξιακή εξέλιξη και βελτιώνοντας την προσωπικότητά τους [4]

Οι Furer και Walker προσέγγισαν το θέμα από κλινική σκοπιά και, καθώς δεν υπάρχει ειδική έρευνα για τη θεραπεία του φόβου θανάτου, υποδεικνύουν σαν σημαντικά τμήματα για τη θεραπεία από το άγχος θανάτου, την έκθεση στο φόβο των ζητημάτων που σχετίζονται με το θάνατο, τη μείωση των συμπεριφορών ασφαλείας, γνωστική επανεκτίμηση, αυξημένη εστίαση σε στόχους ζωής και την απόλαυσή της και την πρόληψη της υποτροπής [5].

Οι Peters et al (2013) [6] και οι Gama et al. (2012) [7] ερεύνησαν το θέμα του φόβου θανάτου από τη σκοπιά των νοσηλευτών που έρχονται σε επαφή με ασθενείς κοντά στο θάνατο και με τον ίδιο το θάνατο ασθενών, εξετάζοντας τη στάση τους απέναντι στο θέμα και υπογραμμίζουν ότι ένα πρόγραμμα εκπαιδευτικού εργαστηρίου στο θέμα του θανάτου, θα μπορούσε να βελτιώσει την παρεχόμενη φροντίδα των νοσηλευτών σε ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Στον ίδιο προσανατολισμό οι Niemiec και Schulenberg (2011) [8] αναφέρουν πώς μπορούν οι κινηματογραφικές ταινίες να παίξουν εκπαιδευτικό ρόλο στην διαμόρφωση συμπεριφορών αντιμετώπισης του θανάτου. Η χρησιμότητα των κινηματογραφικών ταινιών σαν σημαντικό συμπλήρωμα τόσο για τους καθηγητές όσο και για τους θεράποντες. Με το θέμα του φόβου θανάτου σε προσωπικό υγείας και παροχής φροντίδας σε ασθενείς ασχολήθηκε και η έρευνα των Bachner et al. το 2011 [9] , σύμφωνα με την οποία η επικοινωνία για το φόβο θανάτου μεταξύ του ασθενούς και των ατόμων που του προσφέρουν ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα βοηθά στη μείωση του φόβου και της ψυχικής οδύνης. Οι Fonseca et al., το 2012 [10] ανέδειξαν ότι ο ρόλος του θεραπευτή σε ασθενείς κοντά στο θάνατο και οι ιδιαίτερες ικανότητες και γνώσεις που οφείλει να έχει για την περίθαλψή τους είναι ιδιαίτερα σημαντικές.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Ποιότητα ζωής και φόβος θανάτου

Το συναίσθημα του φόβου είναι δυνατό να αποδιοργανώσει και να «μπλοκάρει» τις αισθήσεις. Ως άμεσο συμπέρασμα όλων των παραπάνω είναι να ορίσουμε το άγχος του θανάτου ως αποτέλεσμα του φόβου του θανάτου. Το συγκεκριμένο άγχος θεωρείται παθολογικό, δηλαδή, δε θεωρείται χρήσιμο και παραγωγικό, αλλά αντιθέτως, δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη των στόχων και στη συναισθηματική ηρεμία των ανθρώπων. Το παθολογικό άγχος ξεπερνά τα φυσιολογικά πλαίσια και όρια, επηρεάζοντας αρνητικά τη λειτουργία του ατόμου σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο. Προκαλεί συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, μυϊκούς πόνους, αίσθημα κόπωσης, αϋπνία, κοιλιακούς πόνους, ασθματικές καταστάσεις, υπέρταση, πόνους στο στήθος. Σε συναισθηματικό επίπεδο, προκαλεί απότομες και ακραίες αλλαγές συμπεριφοράς, έντονο εκνευρισμό, υπερβολική λύπη, νευρική κατάσταση, αίσθημα αποτυχίας, φόβος για το μέλλον, απογοήτευση. Σε μερικές περιπτώσεις και πιο ακραίες, μπορεί να συμβάλλει στη διαμόρφωση ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη. Υποστηρίζεται συνεπώς, ότι τα άτομα με υψηλό άγχος υγείας αναπτύσσουν ένα τέτοιο σχέδιο/μοτίβο γνωστικής επεξεργασίας της παρέμβασης, το οποίο προδιαθέτει στην ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων με καταστροφικούς όρους.

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος που βρίσκεται στο επίκεντρο του ανθρώπινου ενδιαφέροντος, αποτελώντας μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία γίνεται όλο και πιο σύνθετη όσο οι απαιτήσεις της καθημερινότητας αυξάνονται. Για την εκτίμηση του επιπέδου ζωής κρίνεται απαραίτητο η αξιολόγηση κοινωνικών δεικτών σχετικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως οι κοινωνικοί, πολιτικοί, ψυχολογικοί, πολιτιστικοί καθώς είναι στενά συνδεδεμένοι με την ψυχοπαθολογία. Προκειμένου να διαμορφωθεί ένας ορισμός για την ποιότητα ζωής, θα πρέπει αρχικά να προσδιοριστούν οι αξίες, οι σκοποί και οι στόχοι του κάθε ανθρώπου ξεχωριστά και κατά συνέπεια να γίνει η αξιολόγηση αυτών. Συνεπώς, η ποιότητα ζωής μπορεί να προσδιοριστεί με βάση το συγκεκριμένο σύστημα αξιών που έχει υιοθετήσει ο κάθε άνθρωπος (Hyland, 1997). Κάθε άτομο έχει διαφορετικά

κριτήρια και αντιλήψεις, τα οποία αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου και τις συνθήκες διαβίωσης το εκάστοτε διάστημα. Γενικώς, είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι πλευρές που συνθέτουν την υγεία με την έννοια της ποιότητας ζωής είναι αλληλένδετες.

Στη συγκεκριμένη εργασία θα ασχοληθούμε με τον κλάδο της ψυχικής υγείας, δηλαδή, την κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας όπου το άτομο έχει την ικανότητα να ζει και να εργάζεται μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον. Όταν η κατάσταση αυτή έρχεται σε ισορροπία προσδιορίζεται ως θετική ψυχική υγεία. Επομένως, η ποιότητα ζωής και η ψυχική υγεία είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένες. Η επίτευξη της καλής ψυχικής υγείας προάγει και την ποιότητα ζωής του ατόμου [11]

Η ποιότητα ζωής φθείρεται όσο το ίδιο το άτομο αλλοιώνεται σε άβολες και αντίξοες συνθήκες. Έννοιες όπως η κατάθλιψη και η υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής είναι ταυτόσημες και ειδικότερα οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες καθολικά υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου σε ένα σφαιρικό πλαίσιο. Αυτό το πλαίσιο, αξιολογεί διάφορες πλευρές και διαστάσεις του ατόμου, δηλαδή, τη διαχείριση κοινωνικών, οικογενειακών και εργασιακών καταστάσεων, αλλά και την ψυχολογική του ευεξία.

Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό ότι η ποιότητα της ζωής είναι ένα μέτρο συνολικής ικανοποίησης από τη ζωή και όχι ένα άθροισμα ικανοποίησης σε συγκεκριμένους τομείς της ζωής [12]

## **2.2 Ο ρόλος της μοναξιάς, της συγχώρεσης και της (αυτό)συμπόνιας στον φόβο του θανάτου**

Το νόημα της ζωής κάθε ανθρώπου αποτελεί καθαρά προσωπική του υπόθεση και ταυτόχρονα αποτελεί έναν όρο, ο οποίος συνεχώς μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου και τις πολιτισμικές συνθήκες διαβίωσής του [13] Ανάλογα με την ερμηνεία που δίνει ο κάθε άνθρωπος στη ζωή του προσδιορίζει έμμεσα και την ποιότητα ζωής του. Πολλοί ερευνητές [14] έχουν ασχοληθεί με τις πηγές του νοήματος ζωής, προκειμένου να δοθεί ένας κοινά αποδεκτός, κατανοήσιμος και μετρήσιμος ορισμός. Μέσα στο χρόνο προστίθενται διάφορα χαρακτηριστικά, τα οποία συμβάλλουν στον καλύτερο

προσδιορισμό του όρου. Αυτά είναι η μοναξιά [15] η συγχώρεση (Thomson και Snyder, 2003) και η (αυτό)συμπόνια (Kristian Neff, 2003).

Οι Perlman και Peplau [16] δεν ταυτίζουν τη μοναξιά με το να είναι κάποιος μόνος, ως φυσική παρουσία, αλλά την προσεγγίζουν ως μία εσωτερική διεργασία και ψυχολογική εμπειρία. Συνήθως, δίνεται μία αρνητική ερμηνεία στη μοναξιά και συνδέεται με δυσάρεστα περιστατικά. Αποτελεί την ανεπαρκή εκπλήρωση της ανάγκης για ανθρώπινη, διαπροσωπική οικειότητα [17] Σύμφωνα με την Rook [18] αποτελεί μία διαρκή κατάσταση συναισθηματικής δυσφορίας όταν το άτομο αποξενώνεται ή απορρίπτεται από τους άλλους, οι οποίοι με τη σειρά τους δεν του παρέχουν το αίσθημα της συναισθηματικής οικειότητας και της κοινωνικής ενσωμάτωσης. Πολλές έρευνες αναφέρουν πως οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει στενές και ουσιαστικές σχέσεις και καταλήγουν στην πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων που προκαλεί [19]

Έντονο ενδιαφέρον από πολλούς μελετητές παρατηρείται στις θεραπευτικές ιδιότητες της συγχώρεσης, καθώς είναι μία αρετή που ωφελεί τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του ατόμου και βελτιώνει τις σχέσεις συνεργασίας και συμβίωσης [20] Στις μέρες μας, με δεδομένο ότι τα ποσοστά του θυμού, της βίας, της κατάθλιψης και του άγχους είναι ιδιαίτερος αυξημένα, η ανάγκη για πρακτική της συγχώρεσης καθίσταται ολοένα και μεγαλύτερη. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι μέσω της συγχώρεσης τα παραπάνω αρνητικά συναισθήματα αντικαθίστανται από συναισθήματα καλοσύνης, ευεργεσίας και εντιμότητας. Η συγχώρεση φαίνεται ότι αποτελεί και παρέχει μια ψυχολογική θεραπεία μέσω των θετικών αλλαγών που επιφέρει στα συναισθήματα [3][20],[21][20], (Philpot, 2006). Αποτρέπει την εκδήλωση οδυνηρών συναισθημάτων, όπως θυμό, μίσος, κακία και εχθρότητα, αποκαθιστώντας την αίσθηση της προσωπικής δύναμης του θύματος και προωθώντας την ελπίδα επίλυσης διαπροσωπικών συγκρούσεων.

Ο όρος εμπάθεια, σύμφωνα με τον Rogers αφορά την ενσυναισθηματική κατανόηση με την οποία τα άτομα αντιλαμβάνονται και κατανοούν καλύτερα τον ίδιο τους τον εαυτό σε βαθμό τέτοιο ώστε να υιοθετούν θετικές αλλαγές συμπεριφοράς. Η ενσυναίσθηση ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να



σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου Παρατηρείται μεγάλη επίδραση της (αυτό)συμπόνιας και της ενσυναίσθησης με τη νοημοσύνη, τα συμπτώματα του άγχους και τη διαταραχή της διάθεσης. Οι πτυχές της (αυτό)συμπόνιας εμφανίζουν ισχυρούς δεσμούς με την ψυχολογική λειτουργία του ατόμου. Η (αυτό)συμπόνια είναι εξίσου σημαντική με τη συμπόνια προς τους άλλους, καθώς συνδέεται με την ψυχική υγεία και την αυτοεκτίμηση. Η υψηλή αυτοεκτίμηση συνεπάγεται υψηλό αίσθημα ικανοποίησης σε ψυχολογικό και συναισθηματικό επίπεδο και μια θετική γενικά αυτό-αντίληψη [22] . Υποστηρίζεται ότι αποτελεί πηγή θετικής διάθεσης [23] ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται συχνά με την κατάθλιψη (Shaver & Brennan, 1991), [24] και τις νευρωτικές διαταραχές [25] , [26]

Επομένως, κρίνεται απαραίτητο να αναδειχθεί η συσχέτιση των παραπάνω με το φόβο του θανάτου για να γίνει ένας καλύτερος προσδιορισμός της ποιότητας της ζωής και των επιπέδων ευζωίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3.1 Εργαλεία μέτρησης**

Ως το κατάλληλο μεθοδολογικό εργαλείο για τη διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των επαγγελματιών υγείας για τη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών συγγενών τους θεωρήθηκε η κατάρτιση ενός ερωτηματολογίου βασισμένο στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων και με τη χρήση της κλίμακας Heartland Forgiveness Scale (HFS), της Self-Compassion Scale (SCS), της Short Form Health Survey (SF) και της Symptom Checklist (SCL) για τη διερεύνηση του φόβου θανάτου με την ψυχοπαθολογία και τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις και επιρροές που μπορεί να έχει στο άτομο.

### **3.2 Σκοπός της έρευνας**

Ο φόβος του θανάτου αποτελεί ένα θέμα που απασχολεί διαρκώς τους ανθρώπους σε βαθμό που μπορεί να αποτελεί την αιτία για τη δημιουργία συμπτωμάτων ψυχοπαθολογικής μορφής. Γενικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων παραμέτρων, όπως είναι η μοναξιά, η συγχωρητικότητα και η αυτοσυμπόνια, καθώς και η εξακρίβωση της συσχέτισης αυτών με το επίπεδο ζωής. Τα ερωτήματα που θα κληθούμε να απαντήσουμε αφορούν την ανάδειξη της σύνδεσης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν το φόβο του θανάτου και το αντίθετο. Ακόμη, σε δεύτερο στάδιο θα διευκρινιστούν οι επιρροές των παραπάνω παραγόντων και ο βαθμός επέμβασής τους στο επίπεδο ζωής. Με αυτό τον τρόπο θα αξιολογήσουμε τα επίπεδα ευζωίας του ανθρώπου και της γενικότερης ευημερίας του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, θα γίνει σύγκριση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής για κάθε ομάδα και κατηγορία.

### **3.3 Δείγμα**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον

Φεβρουάριο του 2018 έως τον Ιούνιο του 2018. Το δείγμα της παρούσας μελέτης καθορίστηκε να αποτελέσουν ενήλικα άτομα από την ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου. Συγκεκριμένα, το δείγμα μας αποτέλεσαν 27 άνδρες με ποσοστό 27.6% και 71 γυναίκες με ποσοστό 72.4% από ηλικίες των 20 ετών μέχρι των 85 ετών με καταγωγή από κωμόπολη μέχρι και μεγαλύτερα αστικά κέντρα.

### 3.4 Περιγραφική ανάλυση

*Πίνακας 1 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση για την ηλικία*

	Min	Max	Mean	SD
Ηλικία	20	85	51	20

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα η ελάχιστη τιμή της ηλικίας είναι τα 20 έτη, η μέγιστη 85 έτη, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση 51 και 20 έτη αντίστοιχα.

*Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα περιγραφικών στοιχείων δείγματος*

		N	%
Φύλο	Άνδρας	27	27.6%
	Γυναίκα	71	72.4%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	33	33.3%
	Έγγαμος	53	53.5%
	Διαζευγμένος	3	3.0%
	Χήρος	10	10.1%
Τόπος καταγωγής	Χωριό/κωμόπολη	48	55.8%
	πόλη < 150.000 κατοίκους	21	24.4%
	πόλη > 150.000 κατοίκους	17	19.8%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	2	2.3%
	Απόφοιτος Δημοτικού	11	12.6%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	5	5.7%
	Απόφοιτος Λυκείου	17	19.5%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	52	59.8%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα για το φύλο 27 άτομα είναι άνδρες με ποσοστό 27.6% και 71 άτομα είναι γυναίκες με ποσοστό 72.4%.

Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι έγγαμοι και ανέρχεται σε 53.5% και ο τόπος καταγωγής είναι το χωριό/κωμόπολη με ποσοστό 55.8%. Σε ότι αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων 52 άτομα, τα οποία αποτελούν και την πλειοψηφία, δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με ποσοστό 59.8% ενώ μόλις 2 δήλωσαν αναλφάβητοι με ποσοστό 2.3%. Το 37.1% του δείγματος στην ερώτηση «Παίρνετε σύνταξη» απάντησε θετικά και μάλιστα το 73.2% έχει δηλώσει πως δεν είναι καλή. Από την άλλη, παραπάνω από τους μισούς ερωτηθέντες με ποσοστό 55% απάντησαν πως εργάζονται αυτή τη στιγμή.

Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα περιγραφικών στοιχείων δείγματος

		N	%
Παίρνετε σύνταξη;	Ναι	36	37.1%
	Όχι	61	62.9%
Η σύνταξη είναι καλή;	Ναι	11	26.8%
	Όχι	30	73.2%
Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	44	55.0%
	Όχι	36	45.0%
Έχετε αδέρφια;	Ναι	94	94.9%
	Όχι	5	5.1%
Πόσα;	1	39	44.3%
	2	21	23.9%
	3	10	11.4%
	4	11	12.5%
	5	3	3.4%
	6	3	3.4%
	7	1	1.1%
Έχετε αδελφή;	Ναι	63	67.0%
	Όχι	31	33.0%
Έχετε αδελφό;	Ναι	63	68.5%
	Όχι	29	31.5%
Σειρά γέννησής σας	1	39	41.9%
	2	32	34.4%
	3	10	10.8%
	4	9	9.7%
	5	1	1.1%
	6	1	1.1%
	7	1	1.1%
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	80	87.0%
	Όχι	4	4.3%
	Όχι με όλα	8	8.7%
Έχετε παιδιά;	Ναι	64	65.3%
	Όχι	34	34.7%

Σχετικά με το αν έχουν αδέρφια ή όχι, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 94.9% απάντησε πως έχει με τους περισσότερους (ποσοστό 44.3%) να έχουν 1 και να ακολουθούν εκείνοι που έχουν 2 (ποσοστό 23.9%). Πιο συγκεκριμένα, για το αν έχουν αδελφή και αν έχουν αδελφό και στις δύο περιπτώσεις η απάντηση ήταν ναι με ποσοστό 67% και 68.5% αντίστοιχα. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες έχουν γεννηθεί πρώτοι σε σχέση με τα αδέρφια τους με ποσοστό 41.9%. Σε ότι αφορά τις σχέσεις που έχουν με τα αδέρφια τους, το 87% δήλωσε πως έχει καλές σχέσεις, μόλις 4 δεν έχουν καλές σχέσεις με κανέναν, ενώ 8 άτομα με ποσοστό 8.7% δεν έχουν καλές σχέσεις μόνο με ορισμένα αδέρφια.

Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα περιγραφικών στοιχείων δείγματος

		N	%
Πόσα;	1	9	15.3%
	2	37	62.7%
	3	9	15.3%
	4	4	6.8%
Είχατε καλές σχέσεις με τους γονείς σας;	Ναι	93	94.9%
	Όχι με τον πατέρα	4	4.1%
	Όχι με τη μητέρα	1	1.0%
Σε ποιον μοιάζετε φυσιογνωμικά;	Πατέρα	43	44.3%
	Μητέρα	44	45.4%
	Και στους δύο	5	5.2%
	Παππού/Γιαγιά	3	3.1%
	Σε κανέναν	2	2.1%
Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα;	Πατέρα	48	48.5%
	Μητέρα	36	36.4%
	Και στους δύο	10	10.1%
	Παππού/Γιαγιά	0	0.0%
	Σε κανέναν	5	5.1%
Σε ποιον έχετε περισσότερη αδυναμία από τα μέλη της οικογένειάς σας;	Πατέρα	6	6.6%
	Μητέρα	12	13.2%
	Παιδιά	21	23.1%
	Αδερφό/αδερφή	9	9.9%
	Γιο/κόρη	8	8.8%
	Εγγόνια	2	2.2%
	Παππού/Γιαγιά	2	2.2%
	Σε όλα	26	28.6%
	Κανέναν	4	4.4%
	Γονείς	1	1.1%
Σε ποιον έχετε περισσότερη αδυναμία από τους γονείς σας;	Μητέρα	34	34.7%
	Πατέρα	18	18.4%
	Και στους δυο	42	42.9%
	Σε κανέναν από τους δυο	4	4.1%
Με ποιον μένετε;	Μόνος/η	29	30.2%
	Με τον/την σύντροφο	45	46.9%
	Με κάποιον φίλο/η	1	1.0%
	Με την αδελφή	5	5.2%
	Με τον αδελφό	1	1.0%
	Με τα παιδιά μου	15	15.6%

Στην ερώτηση «Έχετε παιδιά;» το 65.3% απάντησε πως έχει με τη συχνότερη απάντηση να είναι τα 2 παιδιά με ποσοστό 62.7%. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες στην ερώτηση που αφορούσε τη σχέση με τους γονείς απάντησαν πως είχαν καλές σχέσεις με τους γονείς με ποσοστό 94.9%, το 44.3% μοιάζει φυσιογνωμικά στον πατέρα και το 45.4% στην μητέρα ενώ ως προς το χαρακτήρα το 48.5% μοιάζει στον πατέρα και το 36.4% μοιάζει στη μητέρα. Όταν κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποιον έχουν μεγαλύτερη αδυναμία από τα μέλη της οικογένειάς τους οι περισσότεροι απάντησαν σε όλα τα μέλη με ποσοστό 28.6% και στα παιδιά με ποσοστό 23.1% ενώ αναφέρθηκαν και απαντήσεις όπως στη μητέρα, τον πατέρα, τον αδελφό, την αδελφή, το γιο, την κόρη κλπ. Ειδικότερα για την αδυναμία που έχουν στους γονείς η πλειοψηφία απάντησε πως έχει αδυναμία και στους δύο με ποσοστό 42.9%. Στην ερώτηση «Με ποιον μένετε;» το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε με τον/την σύντροφο και ανέρχεται σε 46.9%.



## Πίνακας?

Όταν οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με το πόσο προσέχουν σε ορισμένους τομείς, οι απαντήσεις κυμαίνονταν πως δεν προσέχουν ούτε πολύ ούτε λίγο. Πιο συγκεκριμένα, πως προσέχει τη διατροφή του ούτε πολύ ούτε λίγο δήλωσε το 32.3%, την άσκησή του το 33.3% και την υγεία του το 28.3%. Λίγο περισσότερο προσέχει τον ύπνο του το 43.3%, το 70.7% προσέχει πάρα πολύ την καθαριότητά του, όπως επίσης και την εμφάνισή του με ποσοστό 41.8%. Το κάπνισμα φαίνεται να αποφεύγει πάρα πολύ το 51.5%. Από την άλλη, σε ότι αφορά το παθητικό κάπνισμα οι ερωτήσεις κυμαίνονται στα άκρα με το 32.3% να δηλώνει πολύ λίγο και το 31.3% πάρα πολύ.

Στην ερώτηση «Όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός σας επηρεάζει αρνητικά τη διάθεσή σας;» το 53.5% απάντησε πάρα πολύ ενώ δεν υπήρξε κανένας που να απάντησε καθόλου. Θυμό δεν αισθάνεται το μεγαλύτερο ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 40.8%. Σχετικά με το συναίσθημα της στεναχώριας το 67.7% δήλωσε πως αισθάνεται πάρα πολύ όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός. Ενοχές δεν αισθάνεται το 50.5% ενώ υπήρξαν και 3 άτομα τα οποία απάντησαν πάρα πολύ με ποσοστό 3%. Οι απαντήσεις σχετικά με το αν αισθάνονται φόβο μοιράζονται σχεδόν ισάξια σε όλες τις απαντήσεις από το καθόλου έως το πάρα πολύ. Το 47.5% δήλωσε πως δεν έχει ποτέ αϋπνίες σε περίπτωση θανάτου ενός γνωστού. Το 23.2% φοβάται πάρα πολύ ή απλώς πολύ το θάνατο ενώ τέλος, το 38.4% θεωρεί πως το κληρονομικό που έχει από τους γονείς ή τους παππούδες-γιαγιάδες δεν είναι ούτε πάρα πολύ καλό ούτε καθόλου καλό.

Πίνακας 5 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των SF 36 score

	Min	Max	Mean	SD
Σωματική λειτουργικότητα	10	100	77	24
Σωματικός ρόλος	0	100	79	34
Σωματικός πόνος	0	100	75	25
Γενική υγεία	21	92	61	16
Συναισθηματικός ρόλος	0	100	73	40
Ζωτικότητα	20	80	51	12
Ψυχική υγεία	16	100	66	20
Κοινωνικός ρόλος	0	100	75	24
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	48	392	292	80
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	69	361	265	70

Όσον αφορά το SF 36 score, η υποκλίμακα Σωματική λειτουργικότητα έχει μέση τιμή 77 και τυπική απόκλιση 24, ο Σωματικός ρόλος έχει μέση τιμή 79 και τυπική απόκλιση 34, ο Σωματικός πόνος έχει μέση τιμή 75 και τυπική απόκλιση 25, η Γενική υγεία έχει μέση τιμή 61 και τυπική απόκλιση 16, ενώ ο Συναισθηματικός ρόλος έχει μέση τιμή 73 και τυπική απόκλιση 40. Επίσης, η υποκλίμακα Ζωτικότητα έχει μέση τιμή 51 και τυπική απόκλιση 12, η Ψυχική υγεία έχει μέση τιμή 66 και τυπική απόκλιση 20, ο Κοινωνικός ρόλος έχει μέση τιμή 75 και τυπική απόκλιση 24, η Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας έχει μέση τιμή 292 και τυπική απόκλιση 80 και τέλος, η Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας έχει μέση τιμή 265 και τυπική απόκλιση 70.

*Πίνακας 6 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των HFS score*

	Min	Max	Mean	SD
Συγχώρεση του εαυτού	20	42	28	5
Συγχώρεση των άλλων	6	42	27	6
Συγχώρεση καταστάσεων	6	42	27	6
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας	56	120	85	13

Αναφορικά με το HFS score, η υποκλίμακα Συγχώρεση του εαυτού έχει μέση τιμή 28 και τυπική απόκλιση 5, η Συγχώρεση των άλλων και η Συγχώρεση καταστάσεων έχουν μέση τιμή 27 και τυπική απόκλιση 6 και η Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας έχει μέση τιμή 85 και τυπική απόκλιση 13.

*Πίνακας 4 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των SCS score*

	Min	Max	Mean	SD
Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας	2.385	4.538	3.405	0.525

Στο SCS score, η Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας παρουσιάζει μέση τιμή 3.4 και τυπική απόκλιση 0.5.

Πίνακας 5 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των SCL score

	Min	Max	Mean	SD
Σωματοποίηση	0.0	36.0	10.9	10.4
Ιδεοψυχαναγκασμός	0.0	34.0	10.2	8.1
Διαπροσωπική ευαισθησία	0.0	29.0	8.7	7.8
Κατάθλιψη	0.0	43.0	13.6	10.8
Άγχος	0.0	34.0	8.2	9.0
Επιθετικότητα	0.0	19.0	4.9	5.1
Φοβικό άγχος	0.0	21.0	4.7	6.5
Παρανοειδής ιδεασμός	0.0	18.0	6.3	4.9
Ψυχωτισμός	0.0	27.0	7.4	8.0
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0.0	3.1	0.9	0.8
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1.0	3.3	1.7	0.5
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	1.0	90.0	44.0	30.1
Διαταραχές ύπνου: Αϋπνία	0.0	4.0	0.8	1.1
Διαταραχές ύπνου: Πρωινή αφύπνιση	0.0	4.0	1.7	1.1
Διαταραχές ύπνου: Ανησυχία	0.0	4.0	1.2	1.1
Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ανορεξία	0.0	4.0	0.6	1.0
Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Βουλιμία	0.0	4.0	1.3	1.2
Σκέψεις θανάτου	0.0	4.0	0.7	1.1
Ενοχή	0.0	3.0	0.9	1.1

Σχετικά με το SCL-90 score, στην υποκλίμακα Σωματοποίηση η μέση τιμή είναι 11 και η τυπική απόκλιση 10, στον Ιδεοψυχαναγκασμό η μέση τιμή είναι 10 και η τυπική απόκλιση 8 και στην Διαπροσωπική ευαισθησία η μέση τιμή είναι 9 και η τυπική απόκλιση 8. Στη συνέχεια, η υποκλίμακα Κατάθλιψη έχει μέση τιμή 14 και τυπική απόκλιση 11, το Άγχος έχει μέση τιμή 8 και τυπική απόκλιση 9, η Επιθετικότητα έχει μέση τιμή 5 και τυπική απόκλιση 5 και το Φοβικό άγχος έχει μέση τιμή 5 και τυπική απόκλιση 6. Βλέπουμε ότι ο Παρανοειδής ιδεασμός έχει μέση τιμή 6 και τυπική απόκλιση 5, ο Ψυχωτισμός έχει μέση τιμή 7 και τυπική απόκλιση 8, ενώ ο Γενικός δείκτης συμπτωμάτων έχει μέση τιμή 0.9 και τυπική απόκλιση 0.8. Στον Δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων η μέση τιμή είναι 1.7 και η τυπική απόκλιση 0.5 και στο Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων η μέση τιμή είναι 44 και η τυπική

απόκλιση 30. Όσον αφορά τις υποκλίμακες Διαταραχές του ύπνου, η Αϋπνία και η Ανησυχία έχουν μέση τιμή 1 και τυπική απόκλιση 1, ενώ η Πρωινή αφύπνιση έχει μέση τιμή 2 και τυπική απόκλιση 1. Ακόμη, στις Διαταραχές πρόσληψης τροφής, η Ανορεξία και η Βουλιμία έχουν μέση τιμή 1 και τυπική απόκλιση 1, όπως και οι υποκλίμακες Σκέψεις θανάτου και Ενοχή.

*Πίνακας 6 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των Loneliness score*

	Min	Max	Mean	SD
Συναισθηματική μοναξιά	0.0	6.0	2.0	2.2
Κοινωνική μοναξιά	0.0	5.0	2.4	1.4
Σύνολο μοναξιάς	0.0	11.0	4.4	3.0

Στο Score Loneliness, η υποκλίμακα Συναισθηματική μοναξιά έχει μέση τιμή 2.0 και τυπική απόκλιση 2.2, η Κοινωνική μοναξιά έχει μέση τιμή 2.3 και τυπική απόκλιση 1.4 και η Συνολική βαθμολογία της μοναξιάς έχει μέση τιμή 4.4 και τυπική απόκλιση 3.

*Πίνακας 7 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση των Connor score*

	Min	Max	Mean	SD
Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή	34.4	100.0	68.8	18.6
Εμπιστοσύνη	14.3	100.0	67.1	18.4
Θετική αποδοχή	20.0	100.0	66.8	16.6
Έλεγχος	33.3	100.0	69.8	19.2
Πνευματικές επιδράσεις	0.0	100.0	72.9	20.3
Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας	27.6	99.3	69.1	16.1

Όσον αφορά το CD-RISC score, στην υποκλίμακα Προσωπική ικανότητα, Υψηλά πρότυπα & Αντοχή η μέση τιμή είναι 68.7 και η τυπική απόκλιση 18.6, στην Εμπιστοσύνη η μέση τιμή είναι 67.0 και η τυπική απόκλιση 18.4 και στην Θετική αποδοχή η μέση τιμή είναι 66.8 και η τυπική απόκλιση 16.6. Επίσης, στην υποκλίμακα Έλεγχος η μέση τιμή είναι 69.8 και η τυπική απόκλιση 19.1, στην υποκλίμακα Πνευματικές επιδράσεις η μέση τιμή είναι 72.9 και η τυπική απόκλιση 20.3 και στη Συνολική βαθμολογία ανθεκτικότητας η μέση τιμή είναι 69.7 και η τυπική απόκλιση 16.1.

### 3.5 Επαγωγική ανάλυση

Πίνακας 8 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για το φύλο

Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	Άνδρας	27	82.04	22.586	1.386	96	.169
	Γυναίκα	71	74.37	25.141			
Σωματικός ρόλος	Άνδρας	27	84.26	28.713	0.961	96	.339
	Γυναίκα	71	76.76	36.431			
Σωματικός πόνος	Άνδρας	27	78.06	22.801	0.707	96	.481
	Γυναίκα	71	74.12	25.270			
Γενική υγεία	Άνδρας	27	57.41	14.449	-1.328	96	.187
	Γυναίκα	71	62.32	17.041			
Συναισθηματικός ρόλος	Άνδρας	27	79.01	38.284	0.953	96	.343
	Γυναίκα	71	70.42	40.453			
Ζωτικότητα	Άνδρας	27	55.56	11.794	2.427	96	.017
	Γυναίκα	71	49.37	11.082			
Ψυχική υγεία	Άνδρας	27	71.85	17.593	1.941	96	.055
	Γυναίκα	71	63.38	19.904			
Κοινωνικός ρόλος	Άνδρας	27	79.63	21.130	1.173	96	.244
	Γυναίκα	71	73.24	25.115			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Άνδρας	27	301.76	64.693	0.779	96	.438
	Γυναίκα	71	287.57	85.655			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	Άνδρας	27	286.05	58.051	1.889	96	.062
	Γυναίκα	71	256.41	73.144			

Αναφορικά με το Φύλο, τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα Ζωτικότητα, καθώς η p-τιμή είναι 0.017, με τη μέση τιμή των ανδρών (55.6) να είναι μεγαλύτερη της μέσης τιμής των γυναικών (49.4).

Πίνακας 9 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για την οικογενειακή κατάσταση

		N	Mean	SD	F	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	Άγαμος	33	91.06	9.981	14.265	.000
	Έγγαμος	53	73.30	24.631		
	Διαζευγμένος	3	83.33	17.559		
	Χήρος	10	44.00	23.898		
	Total	99	76.57	24.481		
Σωματικός ρόλος	Άγαμος	33	90.91	22.377	6.394	.001
	Έγγαμος	53	77.36	35.783		
	Διαζευγμένος	3	100.00	0.000		
	Χήρος	10	42.50	39.176		
	Total	99	79.04	34.387		
Ψυχική υγεία	Άγαμος	33	59.88	19.987	4.017	.010
	Έγγαμος	53	71.85	17.078		
	Διαζευγμένος	3	58.67	22.745		
	Χήρος	10	56.00	21.582		
	Total	99	65.86	19.532		
Κοινωνικός ρόλος	Άγαμος	33	72.35	22.698	3.287	.024
	Έγγαμος	53	80.19	23.441		
	Διαζευγμένος	3	83.33	7.217		
	Χήρος	10	56.25	27.163		
	Total	99	75.25	24.155		
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Άγαμος	33	325.56	44.245	7.751	.000
	Έγγαμος	53	287.63	87.846		
	Διαζευγμένος	3	312.50	41.866		
	Χήρος	10	200.00	66.225		
	Total	99	292.17	80.240		
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	Άγαμος	33	263.69	70.909	2.967	.036
	Έγγαμος	53	275.78	67.360		
	Διαζευγμένος	3	292.00	27.345		
	Χήρος	10	207.42	70.756		
	Total	99	265.34	70.345		

Όσον αφορά την Οικογενειακή κατάσταση, τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου F-test έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματική λειτουργικότητα και Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, καθώς οι p-τιμές < 0.05. Επίσης, παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική



διαφορά και στην υποκλίμακα Σωματικός ρόλος με p-τιμή 0.001, στην Ψυχική υγεία με p-τιμή 0.01, στον Κοινωνικό ρόλο με p-τιμή 0.024 και στη Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας με p-τιμή 0.036.

*Πίνακας 10 Πίνακας συσχέτισης για το εκπαιδευτικό επίπεδο*

		Σωματική λειτουργικότητα	Σωματικός ρόλος	Σωματικός πόνος	Γενική υγεία	Συναισθηματικός ρόλος	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	,397**	,260*	,352**	,381**	,375**	,419**	,234*
	Sig. (2-tailed)	.000	.015	.001	.000	.000	.000	.029
	N	87	87	87	87	87	87	87

Σχετικά με το Εκπαιδευτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα ελέγχου F-test έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματική λειτουργικότητα, Σωματικός ρόλος, Σωματικός πόνος, Γενική υγεία, Συναισθηματικός ρόλος, Κοινωνικός ρόλος και Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, καθώς οι p-τιμές < 0.05. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά και στην υποκλίμακα Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας με p-τιμή ίση με 0.001.

*Πίνακας 11 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Παίρνετε σύνταξη;»*

Παίρνετε σύνταξη;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	Ναι	36	62.22	27.293	-4.834	95	.000
	Όχι	61	84.84	18.708			
Σωματικός ρόλος	Ναι	36	66.67	38.266	-2.694	95	.008
	Όχι	61	85.66	30.434			
Γενική υγεία	Ναι	36	54.75	16.249	-2.911	95	.004
	Όχι	61	64.34	15.357			
Κοινωνικός ρόλος	Ναι	36	69.10	26.472	-1.790	95	.077
	Όχι	61	78.07	22.204			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Ναι	36	252.38	87.712	-3.880	95	.000
	Όχι	61	313.77	66.968			

Με βάση την ερώτηση «Παίρνετε σύνταξη;», παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματική λειτουργικότητα και Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, καθώς οι p-τιμές < 0.05. Επιπλέον, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά και στις υποκλίμακες Σωματικός ρόλος και Γενική υγεία, με αντίστοιχες p-τιμές 0.008 και 0.004.

Πίνακας 12 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;»

Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	N	Mean	SD	t	df	Sig.	
Σωματική λειτουργικότητα	Ναι	44	86.59	18.004	3.971	78	.000
	Όχι	36	65.97	28.128			
Σωματικός ρόλος	Ναι	44	90.34	25.413	2.635	78	.010
	Όχι	36	70.83	40.311			
Γενική υγεία	Ναι	44	67.05	14.003	4.170	78	.000
	Όχι	36	52.78	16.607			
Συναισθηματικός ρόλος	Ναι	44	81.82	34.816	2.037	78	.045
	Όχι	36	63.89	43.916			
Κοινωνικός ρόλος	Ναι	44	79.26	21.557	2.038	78	.045
	Όχι	36	68.06	27.621			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Ναι	44	323.47	62.357	3.707	78	.000
	Όχι	36	259.93	90.468			

Όσον αφορά την ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;», παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματική λειτουργικότητα, Γενική υγεία και Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας με p-τιμές  $< 0.05$ . Επίσης, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά και στις υποκλίμακες Σωματικός ρόλος, Συναισθηματικός ρόλος και Κοινωνικός ρόλος με αντίστοιχες p-τιμές 0.01, 0.045 και 0.045.

Πίνακας 13 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;»

Έχετε αδέρφια;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Ζωτικότητα	Ναι	94	51.49	11.543	1.229	97	.222
	Όχι	5	45.00	10.607			
Ψυχική υγεία	Ναι	94	66.89	19.147	2.338	97	.021
	Όχι	5	46.40	18.022			
Κοινωνικός ρόλος	Ναι	94	76.46	23.820	2.204	97	.030
	Όχι	5	52.50	20.540			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	Ναι	94	269.67	66.707	2.744	97	.007
	Όχι	5	183.90	95.121			

Σύμφωνα με την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;», παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Ψυχική υγεία, Κοινωνικός ρόλος και Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας με αντίστοιχες p-τιμές 0.021, 0.03 και 0.007.

*Πίνακας 14 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Έχετε αδελφή;»*

Έχετε αδελφή;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	Ναι	63	71.59	24.754	-2.433	92	.017
	Όχι	31	84.35	22.089			
Σωματικός ρόλος	Ναι	63	73.81	36.871	-1.995	92	.049
	Όχι	31	88.71	27.263			
Σωματικός πόνος	Ναι	63	71.43	25.991	-2.519	92	.014
	Όχι	31	84.44	17.413			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Ναι	63	276.22	82.202	-2.737	92	.007
	Όχι	31	322.96	67.974			

Με βάση την ερώτηση «Έχετε αδελφή;», παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματική λειτουργικότητα, Σωματικός ρόλος, Σωματικός πόνος και Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας. Οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.017, 0.049, 0.014 και 0.007.

*Πίνακας 15 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση «Έχετε αδελφό;»*

Έχετε αδελφό;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Ζωτικότητα	Ναι	63	49.60	11.476	-2.206	90	.030
	Όχι	29	55.17	10.731			

Με βάση την ερώτηση «Έχετε αδελφό;», παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα Ζωτικότητα, καθώς η p-τιμή ισούται με 0.03. Στην υποκλίμακα αυτή, η μέση τιμή των θετικών απαντήσεων (49.6) είναι μικρότερη από την μέση τιμή των αρνητικών απαντήσεων (55.2).

Πίνακας 16 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα F-test για την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;»

		N	Mean	SD	F	Sig.
Σωματικός ρόλος	Ναι	80	81.88	32.796	3.535	.033
	Όχι	4	50.00	35.355		
	Όχι με όλα	8	56.25	43.814		
	Total	92	78.26	34.811		
Γενική υγεία	Ναι	80	63.39	16.477	5.221	.007
	Όχι	4	58.33	10.758		
	Όχι με όλα	8	44.27	13.164		
	Total	92	61.50	16.808		
Συναισθηματικός ρόλος	Ναι	80	78.75	36.455	4.498	.014
	Όχι	4	50.00	43.033		
	Όχι με όλα	8	41.67	42.725		
	Total	92	74.28	38.628		
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Ναι	80	300.60	77.309	3.838	.025
	Όχι	4	249.58	63.529		
	Όχι με όλα	8	226.46	97.305		
	Total	92	291.94	81.066		
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	Ναι	80	276.12	63.544	3.951	.023
	Όχι	4	223.00	85.576		
	Όχι με όλα	8	217.85	71.465		
	Total	92	268.75	67.136		

Όσον αφορά την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;», τα αποτελέσματα του ελέγχου F-test έδειξαν ότι παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Σωματικός ρόλος, Γενική υγεία, Συναισθηματικός ρόλος, Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας και Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.033, 0.007, 0.014, 0.025 και 0.023.

Πίνακας 17 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα *t-test* για την ερώτηση «Έχετε παιδιά;»

Έχετε παιδιά;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σωματική λειτουργικότητα	Ναι	64	69.14	26.300	-4.424	96	.000
	Όχι	34	90.29	12.489			
Σωματικός ρόλος	Ναι	64	72.27	38.089	-2.663	96	.009
	Όχι	34	91.18	22.090			
Ψυχική υγεία	Ναι	64	69.19	17.912	2.508	96	.014
	Όχι	34	59.06	21.006			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Ναι	64	274.21	88.654	-3.079	96	.003
	Όχι	34	324.66	48.378			

Σύμφωνα με την ερώτηση «Έχετε παιδιά;», παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακες Σωματική λειτουργικότητα με  $p$ -τιμή  $< 0.05$ , στον Σωματικό ρόλο με  $p$ -τιμή 0.009, στην Ψυχική υγεία με  $p$ -τιμή 0.014 και στην Συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας με  $p$ -τιμή 0.003.



*Πίνακας 18 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για το φύλο*

Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Άγχος	Άνδρας	27	7.41	5.719	-2.047	96	.043
	Γυναίκα	71	10.14	5.974			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Άνδρας	27	1.629918	.3597406	-2.164	96	.033
	Γυναίκα	71	1.852917	.4865937			

Στην ερώτηση με βάση το Φύλο, τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα Άγχος και στον Δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.043 και 0.033.

Πίνακας 19 Συσχέτισης για το εκπαιδευτικό επίπεδο

		Επιθετικότητα	Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	-,231 <sup>*</sup>	-,370 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)	.031	.000
	N	87	87

Όσον αφορά το Εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα Επιθετικότητα και στον Δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.012 και 0.006.

Πίνακας 20 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για την ερώτηση « Έχετε αδέρφια;»

Έχετε αδέρφια;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Διαπροσωπική ευαισθησία	Ναι	94	6.71	4.026	-2.197	97	.030
	Όχι	5	10.80	4.658			
Άγχος	Ναι	94	9.07	5.846	-2.361	97	.020
	Όχι	5	15.40	5.639			

Με βάση την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;», παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Διαπροσωπική ευαισθησία και Άγχος, με αντίστοιχες p-τιμές 0.03 και 0.02

Πίνακας 21 Συσχέτισης για την ερώτηση «Όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός σας αισθάνεστε ενοχές;»

		Όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός σας αισθάνεστε ενοχές;
Σωματοποίηση	Correlation Coefficient	,385**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	99
Ιδεοψυχαναγκασμός	Correlation Coefficient	,320**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	99
Διαπροσωπική ευαισθησία	Correlation Coefficient	,307**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	99
Κατάθλιψη	Correlation Coefficient	,278**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	99
Άγχος	Correlation Coefficient	,336**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	99
Φοβικό άγχος	Correlation Coefficient	,322**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	99
Παρανοειδής ιδεασμός	Correlation Coefficient	,251 <sup>†</sup>
	Sig. (2-tailed)	.012
	N	99
Ψυχωτισμός	Correlation Coefficient	,233 <sup>†</sup>
	Sig. (2-tailed)	.020
	N	99
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Correlation Coefficient	,351**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	99
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	Correlation Coefficient	,213 <sup>†</sup>
	Sig. (2-tailed)	.034
	N	99
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	Correlation Coefficient	,351**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	99
Σκέψεις θανάτου	Correlation Coefficient	,203 <sup>†</sup>
	Sig. (2-tailed)	.044
	N	99

Με βάση το αποτέλεσμα του παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην σωματοποίηση και στις απαντήσεις που δώσανε στην ερώτηση «Όταν πεθάνει κάποιος γνωστός μου αισθάνεστε ενοχές» (0.385). Αντίστοιχα παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση μεταξύ του score του ιδεοψυχαναγκασμού και των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση όταν πεθάνει κάποιος γνωστός μου αισθάνεστε ενοχές (0.320).

Όμοια παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση μεταξύ της διαπροσωπικής ευαισθησίας και τις ερωτήσεις όταν πεθάνει κάποιος γνωστός μου αισθάνεστε ενοχές (0.307).

Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση παρουσιάστηκε μεταξύ της κατάθλιψης και της ερώτησης όταν πεθάνει κάποιος γνωστός μου αισθάνεστε ενοχές στατιστικώς σημαντική συσχέτιση παρουσιάζεται (0.278).

Επίσης μεταξύ του άγχους και των απαντήσεων που δώσανε με το φοβικό άγχος (0.322) επιπλέον παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παρανοϊκού ιδεοψυχαναγκασμοί και των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση Όταν θα κάποιος γνωστός μου αισθάνεσαι ενοχές (0.251).

Τέλος παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του ψυχωτισμού,(0.233), του γενικού δείκτη συμπτωμάτων, του δείκτη ενοχλήσεις των θετικών συμπτωμάτων (0.213) και των σκέψεων θανάτου (0.203) με την ερώτηση Όταν κάποιος γνωστός μου αισθάνεσαι ενοχές

Πίνακας 21 Συσχέτισης για την ερώτηση «Όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός σας αισθάνεστε φόβο;»

		Σωματοποίηση
Όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός σας αισθάνεστε φόβο;	Correlation Coefficient	,203*
	Sig. (2-tailed)	.044
	N	99

Με βάση το αποτέλεσμα του σχετικού ελέγχου, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση μεταξύ της σωματοποίησης και τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση Όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός μου αισθάνεστε φόβο (0,203, sig<0.05)

Πίνακας 22 Συσχέτισης για την ερώτηση «Όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός σας έχετε αϋπνίες;»

		Σωματοποίηση	Ιδεοψυχαναγκασμός	Διαπροσωπική ευαισθησία	Κατάθλιψη	Άγχος	Φοβικό άγχος	Παρανοειδής ιδεασμός	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων
Όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός σας έχετε αϋπνίες;	Correlation Coefficient	,226*	,202*	,212*	,228*	,233	,252	,199*	,249*	,262**
	Sig. (2-tailed)	.025	.045	.035	.023	.020	.012	.048	.013	.009
	N	99	99	99	99	99	99	99	99	99

Με βάση το αποτέλεσμα του σχετικού ελέγχου παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση μεταξύ των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση «όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός μου, έχω αϋπνίες», έχει θετική συσχέτιση με την σωματοποίηση(0,226) τον ιδεοψυχαναγκασμό (0,202), την διαπροσωπική ευαισθησία (0,212), την κατάθλιψη (0,228), το άγχος

(0,233), το φοβικό άγχος (0,252) τον παρανοειδή ιδεασμό(0,199), τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων(0,249) και το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Συζήτηση

Ο φόβος του θανάτου αποτελεί ένα θέμα, το οποίο μπορεί να πάρει άσχημες εκβάσεις για τη διαχείριση της καθημερινότητας του ατόμου και σε γενικότερο πλαίσιο, να οδηγήσει σε χαμηλά επίπεδα ζωής. Όταν αυτός ο φόβος κυριεύει το άτομο έχει αντίκτυπο στη ζωή του ίδιου καθώς και στη ζωή των μελών της οικογένειάς του και φίλων του. Η προσαρμογή στις υποχρεώσεις της καθημερινότητας μπορεί να φαντάζει δύσκολη και ένα ανυπέρβλητο εμπόδιο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στατιστικά αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων επιδρά στη γενική κλίμακα φυσικής και ψυχικής υγείας. Οι άγαμοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση τιμή σε σχέση με τους έγγαμους, διαζευγμένους και χήρους στην συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, ενώ οι διαζευγμένοι στη γενική κλίμακα ψυχικής υγείας. Όλες οι υποκλίμακες της επισκόπησης υγείας επηρεάζονται ανάλογα αν το άτομο παίρνει σύνταξη ή όχι, αλλά και αν εργάζεται για τα χρήματα, καθώς παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά. Με τα άτομα που δεν παίρνουν σύνταξη και εργάζονται για τα χρήματα να παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση τιμή. Επίσης, διαπιστώθηκε πως τα άτομα με αδέρφια παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά με τα άτομα που δεν έχουν ως προς τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, τα άτομα που έχουν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους έχει αντίκτυπο τόσο στη συνοπτική κλίμακα φυσικής και ψυχικής υγείας, καθώς και στη γενική υγεία σε αντίθεση με τα άτομα που δεν έχουν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους ή τουλάχιστον με ένα από τα αδέρφια τους. Σχετικά με το αν έχουν παιδιά παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά όσοι έχουν στην κλίμακα της ψυχικής υγείας, ενώ όσοι δεν έχουν στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας. Ακόμη, τα άτομα με αδυναμία στον/η παππού/γιαγιά παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο μέλος της οικογένειας. Η υποκλίμακα ψυχικής υγείας επηρεάζεται από το άτομο με το οποίο μένουν οι ερωτηθέντες και ειδικότερα

όσοι μένουν με φίλο/η ή αδερφό/ή να παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση τιμή. Τέλος, παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων και το δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων.

Εξετάζοντας πιο συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι ορισμένοι παράγοντες επιδρούν στην κλίμακα της ψυχοπαθολογίας. Ειδικότερα, η υποκλίμακα του άγχους παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με το φύλο των ερωτηθέντων, αλλά και αν έχουν αδέρφια ή όχι. Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άνδρες, διαμορφώνοντας έτσι την αντίληψη πως είναι πιο αγχώδεις συγκριτικά με τους άνδρες. Το ίδιο μπορούμε να υποθέσουμε και για τα άτομα που έχουν αδέρφια, βέβαια, με μικρή διαφορά στη μέση τιμή από αυτούς που δεν έχουν. Όσο αφορά την ερώτηση σχετικά με το αν αισθάνονται ενοχές οι ερωτηθέντες όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός τους παρουσιάζεται συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένου και τις σκέψεις θανάτου. Τέλος, διαπιστώνεται συσχέτιση ανάμεσα στις κλίμακες ψυχοπαθολογίας και στις διαταραχές ύπνου, όπως οι αϋπνίες όταν πεθαίνει κάποιος γνωστός των ερωτηθέντων. Συμπερασματικά, ο όρος της ψυχοπαθολογίας φάνηκε να επηρεάζεται από παράγοντες που είχαν να κάνουν κυρίως με τη στάση τους απέναντι στην ιδέα του θανάτου και λιγότερο με τα προσωπικά τους δημογραφικά στοιχεία.

## 4.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις

Η παρούσα έρευνα εμφανίζει ορισμένους περιορισμούς που σε επόμενη έρευνα θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Ένας από τους σημαντικότερους είναι πως τα αποτελέσματα και στη συνέχεια τα συμπεράσματα βασίστηκαν μόνο στην ποσοτική ανάλυση, αφού τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων και όχι μέσω συνεντεύξεων που μπορούν να δώσουν περισσότερες λεπτομέρειες. Επιπλέον, τα δεδομένα είναι έγκυρα μόνο εάν ο το άτομο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο απάντησε ειλικρινά στις ερωτήσεις ενώ ταυτόχρονα τις είχε κατανοήσει. Η έλλειψη περιγραφών στο



ερωτηματολόγιο καθώς και ενός ατόμου που θα μπορούσε να επεξηγεί της απαντήσεις κατά τη συμπλήρωση μπορεί να οδήγησε σε λανθασμένες απαντήσεις λόγω μη κατανόησης των ερωτήσεων.

Η αναγκαιότητα διεξαγωγής της μελέτης είναι μεγάλη. Δεν υπάρχουν στην Ελλάδα αρκετές μελέτες εστιασμένες στην ψυχοπαθολογία των ατόμων με έντονο το αίσθημα του φόβου του θανάτου και καμία μελέτη που να μελετά τη σχέση του με τα επίπεδα ζωής και ευημερίας. Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης μελέτης θα οδηγήσουν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τα επίπεδα ψυχοσωματικών συμπτωμάτων των ατόμων. Πιστεύουμε ότι με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τόσο οι ερευνητές όσο και οι επαγγελματίες υγείας θα κατανοήσουν τη σημασία της ψυχικής και σωματικής ευημερίας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

[9] Bachner, Y.G., O' Rourke, N. and Carmel, S. (2011). Fear of death, mortality communication, and psychological distress among secular and religiously observant family caregivers of terminal cancer patients. *Death Studies*. 2011 Feb;35(2):163-87

[4] Cozzolino, PJ, Blackie, LE, Meyers, LS. (2014). Self-related consequences of death fear and death denial. *Death Studies* 2014 Jul-Dec;38(6-10):418-22. doi: 10.1080/07481187.2013.780110. Epub 2013 Nov 13.

[3] Dayton, B., Campbell, R., Hwa Ha, J. Enhancing Forgiveness: A Group Intervention for the Elderly. *J Gerontol Soc Work*, 52(1), 2–16

[19] DiTommaso, E., & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A reexamination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22(3), 417-427. doi: 10.1016/S0191-8869(96)00204-8

[20] Enright, R.D., Knutson, J., Holter, A., Knutson, C, & Twomey P. (2006). Forgiveness education with children in areas of violence and poverty. In M. Bullock (Ed.) *Forgiveness: A sampling of research results*. Washington, D.C.: American Psychological Association (pp. 11-13).

[26] Eysenck, H. J. (1990). Genetic & environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245–261.

[10] Fonseca C, Rebelo T, Andrade C, Lopes P, Franco T, et al. (2012). Needs of End-of-Life Patient's Caregivers, in Terms of Nursing Care: Systematic Review of the Literature. *J Palliative Care Med*, 2:123. doi:10.4172/2165-7386.1000123

[13] Frankl, V. E. (1985). *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press. Retrieved from <https://ernstchan.com/b/src/1435009987453.pdf>

[5] Furer, P., Walker, J.R. (2008). Springer Publishing Company. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Volume 22, Number 2, 2008, pp. 167-182(16) DOI: <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.167>

[7] Gama, G., Barbosa, F. and Vieira, M.(2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs.* 2012 Jun;18(6):267-73. DOI:10.12968/ijpn.2012.18.6.267

[15] Gierveld, J.& Tilburg, Th. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data, *Research on Aging*, 28(5), 582—598

[21] Graham, V., Enright, R., Klatt, J. (2012). An Educational Forgiveness Intervention for Young Adult Children of Divorce. *Journal of Divorce & Remarriage*, 53:618–638

Henrie, J. and Patrick, J.H. (2014). Religiousness, religious doubt, and Death anxiety. *Int'l. J. Aging and human development*, vol. 78(3) 203-227, 2014

Holter, A., Magnuson, C., Knutson, C., Knutson, J., Enright, R. (2008). The Forgiving Child: The Impact of Forgiveness Education on Excessive Anger for Elementary-Aged Children in Milwaukee's Central City. *Journal of Research in Education*.63-78

[1] Iverach, I., Menzies, R.G., Menzies, R.E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review* 34 (2014) 580–593

[11] Jane-Llopis E., Katschnig H., McDaid D., and Wahlbeck K. (2007). Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Lisbon.

[23] Judge, T.A., & Locke, E. A. (1993). Effect of dysfunctional thought processes on subjective well-being and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 78, 475-490.

[22] Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E., & Thoreson, C.J. (2003). The core self-evaluations scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303-332.

[2] Lehto, R. H. and Stein, K.F (2009). Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept Research and Theory for Nursing Practice. *An International Journal, Vol. 23, No. 1, 2009*

[12] Leung, L., & Lee, P. S. N. (2005). Multiple determinants of life quality: The roles of internet activities, use of new media, social support, and leisure activities. *Telematics and Informatics, 22(3)*, 161-180. doi: 10.1016/j.tele.2004.04.003

[8] Niemiec, Ryan M. and Schulenberg, Stefan E.(2011). Understanding Death Attitudes: The Integration of Movies, Positive Psychology, and Meaning Management. *Death Studies, 35: 5*, 387 — 407

[6] Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F, Hood, K., Morphet, J. and Shimoinaba, K. (2013). How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *Open Nursing Journal, 2013, 7*, 14-21

[16] Perlman, D., & Peplau, L. A. (1982). Loneliness Research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 13-46). New York: John Wiley and Sons.

[25] Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press

Sinoff, G. (2017). Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child's Inability to Assess Their Own Parent's Death Anxiety State. *Front Med (Lausanne)*. 2017; 4: 11.PMCID: PMC5326787

[14] Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality, 76(2)*, 199- 228. doi: 10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x

[24] Tennen, H., & Herzberger, S. (1987). Depression, self-esteem, and the absence of self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 72-80.

Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist*, 5, 2-10

[18] Rook, K. S. (1984). Promoting social bonding: strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist*, 39(12), 1389-1407. doi: 10.1037/0003-066X-39.12.1389

[17] Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry: A systemic presentation of the later thinking of one of the great leaders in modern psychiatry*. New York, USA: W.W. Norton & Company Ltd