



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



**Η σχέση της μοναξιάς των ηλικιωμένων με τα επίπεδα της
ευδόκιμης γήρανσης, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας**

Τρίμη Ευθαλία

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



**The relationship between loneliness of the elderly and the levels of
successful aging in Primary Health Care**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	11
1.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων	11
1.2 Ορισμός της ευδόκιμης γήρανσης.....	11
1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και παροχή υπηρεσιών στους ηλικιωμένους.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	16
2.1 Τα χαρακτηριστικά των ατόμων Τρίτης Ηλικίας.....	16
2.2 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων	17
2.3 Το αίσθημα της μοναξιάς στους ηλικιωμένους.....	20
Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα.....	23
3.1 Σκοπός εργασίας.....	23
3.2 Δείγμα και μέθοδος	23
3.3 Περιγραφική ανάλυση.....	26
ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. 28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	51
4.1 Συζήτηση.....	51
4.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Πλήθος και Συχνότητα	26
Πίνακας 2 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test για το Φύλο	28
Πίνακας 3 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test για το Φύλο	30
Πίνακας 3 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test για το Φύλο	31
Πίνακας 4 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test για την Οικογενειακή Κατάσταση	32
Πίνακας 5 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test για την Οικογενειακή Κατάσταση	34
Πίνακας 6 Σύγκριση	36
Πίνακας 7 Σύγκριση	36
Πίνακας 8 Σύγκριση	37
Πίνακας 9 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test	38
Πίνακας 9 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test	39
Πίνακας 10 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test	41
Πίνακας 11 Πλήθος, Μέση Τιμή, Τυπική Απόκλιση και Αποτελέσματα T-Test	43
Πίνακας 11 Σύγκριση	45
Πίνακας 12 Σύγκριση	47
Πίνακας 13 Σύγκριση	48
Πίνακας 14 Σύγκριση	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι η μοναξιά μπορεί να επιδράσει αρνητικά και στη σωματική και στη ψυχική υγεία του ατόμου, αφού έχει συσχετιστεί με προδιάθεση για κατάθλιψη, με την μειωμένη κινητικότητα, με την αυξημένη πίεση αίματος, με κακής ποιότητας ύπνο και λειτουργική παρακμή στους ηλικιωμένους. Αντίθετα, φαίνεται ότι αντιμετωπίζοντας το αίσθημα μοναξιάς στους ηλικιωμένους, μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους σημαντικά. Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι η ανάδειξη του ρόλου της μοναξιάς στους υπερήλικες και γενικότερα η συμβολή της στην ποιότητα ζωής τους και στην ευδόκιμη γήρανση.

Η ανάλυση της έννοιας «ποιότητα ζωής» στους ηλικιωμένους και ο ορισμός της «ευδόκιμης γήρανσης» περιλαμβάνονται στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας. Επίσης, γίνεται αναφορά στην παροχή υπηρεσιών στους ηλικιωμένους στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των ατόμων Τρίτης Ηλικίας, τα προβλήματα που έρχονται αντιμετώπι και το αίσθημα μοναξιάς που βιώνουν.

ABSTRACT

Studies have shown that loneliness can adversely affect the physical and mental health of the individual, since it is associated with a predisposition to depression, reduced mobility, increased blood pressure, poor sleep and functional decline. On the contrary, it seems that by reducing the feeling of loneliness in the elderly, their quality of life can be significantly improved. The aim of this study is to highlight the role of loneliness in the elderly and its contribution to their quality of life and successful aging.

The analysis of the term "quality of life" in the elderly and the definition of "successful aging" are included in the first chapter of this thesis. In addition, services provided by Primary Health Care are analyzed. The second chapter describes the characteristics of the elderly, the problems they face and the loneliness they experience.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την πρόοδο που έχει σημειωθεί στον τομέα των φαρμάκων και της ιατρικής έχει αυξηθεί και ο μέσος όρος ζωής του πληθυσμού. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η αύξηση αυτή επηρέασε κυρίως τις οικογένειες των ηλικιωμένων, οι οποίες κλήθηκαν να αναλάβουν όλο το βάρος της φροντίδας καθώς τα συστήματα υγείας δεν είχαν τις κατάλληλες υποδομές έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο αυτό. [1] Η φροντίδα επομένως, σε πολλές χώρες όπως και στην Ελλάδα γίνεται από την οικογένεια του ατόμου. Η κατηγορία των ατόμων αυτών προβληματίζει ιδιαίτερα την κοινωνία, αφού οι ηλικιωμένοι δεν είναι συνήθως σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Οι ανάγκες εκτός των άλλων προκύπτουν και από τα διάφορα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας.

Τα ηλικιωμένα άτομα πέρα από τις χρόνιες ασθένειες που εμφανίζουν λόγω των γηρατειών και ότι συνεπάγονται αυτές, όπως η πιθανότητα μιας πτώσης, εμφανίζουν και ψυχικές διαταραχές. Οι διαταραχές αυτές στις περισσότερες περιπτώσεις είναι η κατάθλιψη και το άγχος και επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο οποιοδήποτε σωματικό πρόβλημα, προκαλώντας μείωση της ποιότητας ζωής και αύξηση της θνησιμότητας. [2] Τα προβλήματα αυτά οφείλονται σημαντικά στην αναποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας που μπορούν να προκαλέσουν οικονομική πίεση στους ηλικιωμένους αλλά και στη μοναξιά που βιώνουν. [3]

Τον τελευταίο καιρό εξαιτίας των ραγδαίων αλλαγών που έχουν συμβεί στον οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό τομέα της χώρας έχει παρατηρηθεί μια μείωση στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Προκειμένου λοιπόν να αναβαθμιστεί η ποιότητα ζωής, δημιουργείται πιο έντονα από ποτέ η ανάγκη για φροντίδα και προστασία των ατόμων τρίτης ηλικίας. Μέσω της προστασίας και της φροντίδας, δίνεται στα ηλικιωμένα άτομα η

δυνατότητα να παραμένουν σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας μπορώντας να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες, να αυτοεξυπηρετούνται και να έχουν κοινωνική ζωή. [4]

Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι έχουν δηλώσει πως έχουν λίγες επισκέψεις από φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα, δεν έχουν συχνή τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, αρκετές είναι οι περιπτώσεις που έχουν χάσει τον/την σύντροφό τους και η μόνη επαφή τους είναι με τα παιδιά τους που έχουν αναλάβει να τους βοηθούν στην καθημερινή τους ζωή. Παρόλα αυτά, θετικό είναι το στοιχείο πως ένα μεγάλο ποσοστό αυτών έχει στη ζωή του ένα άτομο εμπιστοσύνης που μπορούν να του μιλήσουν για ότι τους απασχολεί ή να τους βοηθήσει σε περίπτωση ασθένειας. [1]

Καθήκον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι να βοηθήσει τους ηλικιωμένους μέσω συνεδριών να αυξήσουν την ικανοποίηση που νιώθουν σχετικά με την καθημερινή τους ζωή και ρουτίνα και να αποκτήσουν ένα καλό επίπεδο ψυχικής ευημερίας. Σημαντική είναι η παροχή οδηγιών για συγκεκριμένη διατροφή, για την προσωπική υγιεινή, σχετικά με την άσκηση και τη σωματική ενδυνάμωση. Οι συμβουλές αυτές εκτός από τους ηλικιωμένους θα πρέπει να δίνονται και στα άτομα που τους φροντίζουν. [5]

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να αναδείξει τους παράγοντες που σχετίζονται με την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων στους υπερήλικες και το ρόλο της μοναξιάς 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 υπερηλικών όσο και τα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσής τους. Στις επόμενες ενότητες θα αναλυθούν έννοιες όπως εκείνη της ποιότητας ζωής και πιο συγκεκριμένα για τους ηλικιωμένους αλλά και της ευδόκιμης γήρανσης. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι υπηρεσίες που θα έπρεπε να προσφέρονται στους ηλικιωμένους

από τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τα χαρακτηριστικά των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες του εξωτερικού καθώς και τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων

Η ποιότητα ζωής ως έννοια ξεκίνησε και αναπτύχθηκε στο χώρο των κοινωνικών επιστημών και επεκτάθηκε αργότερα και σε άλλους τομείς όπως εκείνος της ιατρικής αλλά και της υγείας γενικότερα. Ο όρος αυτός δεν είναι κάτι καινούριο, οι άνθρωποι έχουν ασχοληθεί από την αρχαιότητα με αυτόν. Ένας από αυτούς ήταν και ο φιλόσοφος Αριστοτέλης, ο οποίος αναφερόταν στην ποιότητα ζωής με τον όρο «ευδαιμονία» και την όριζε ως « ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής» (Οικονόμου και συν., 2001).

Στην έννοια της ποιότητας ζωής συμπεριλαμβάνονται και άλλες έννοιες όπως εκείνη της σωματικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων αλλά και της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου. Λόγω των πολλών και συνεχόμενων δημογραφικών αλλαγών που συμβαίνουν σε παγκόσμια κλίμακα έχει διαπιστωθεί πως το πλήθος των ηλικιωμένων ανθρώπων έχει αυξηθεί. Η αύξηση αυτή έχει ως συνέπεια τις αλλαγές τόσο σε επίπεδο υγείας όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο με αποτέλεσμα να απειλείται η ευημερία του κόσμου. Πολλές φορές το στάδιο μετάβασης από την εργασία στη συνταξιοδότηση μπορεί να έχει ως συνέπεια την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών καθώς και κοινωνική απομόνωση. Όλα τα παραπάνω μπορεί να αποτελέσουν την αφορμή για την εκδήλωση άγχους στα άτομα της τρίτης ηλικίας που οδηγεί στη μείωση της ποιότητας ζωής ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται και το κόστος υγειονομικής περίθαλψης (Rey & Extremera, 2016).

1.2 Ορισμός της ευδόκιμης γήρανσης

Κατά τη διαδικασία της γήρανσης ο άνθρωπος χάνει ένα μέρος των φυσικών, γνωστικών, ψυχικών και κοινωνικών του λειτουργιών με αποτέλεσμα να υπάρχει επιβάρυνση

στον τομέα της υγείας μιας χώρας. Μια από τις αρνητικές απόψεις που κυκλοφορούν είναι πως η γήρανση αποτελεί πρόβλημα για τη δημόσια υγεία παρόλο που αρκετοί ηλικιωμένοι έχουν φυσιολογικά γηρατειά και μπορούν να εκτελέσουν τις φυσιολογικές λειτουργίες. [6] Μια επιτυχημένη γήρανση έχει ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία, τα οποία σύμφωνα με το μοντέλο του McArthur είναι:

- ο χαμηλός κίνδυνος νόσου και αναπηρίας
- η διατήρηση υψηλής ψυχικής και σωματικής λειτουργίας
- οι σχέσεις με τους άλλους και
- η συνεχιζόμενη παραγωγική δραστηριότητα.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση να διαχωρίζεται η έννοια της ενεργούς γήρανσης από εκείνη της επιτυχούς γήρανσης, αφού είναι λάθος να θεωρούνται ταυτόσημες. Ενώ πολλές φορές τα γηρατειά συνδέονται ως μια περίοδος αδράνειας και εξάρτησης, η πραγματικότητα είναι διαφορετική γιατί μπορεί οι ηλικιωμένοι να θεωρούνται ως κοινωνικοί και οικονομικοί πόροι. (Foster & Walker, 2014)

1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και παροχή υπηρεσιών στους ηλικιωμένους

Τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία καταβάλλονται από διάφορες και ποικίλες σωματικές δυσλειτουργίες και ελαττωμένη κινητική λειτουργικότητα [1]. Φαίνεται ότι η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων επηρεάζεται από την ηλικία, το είδος της οικογενειακής του κατάστασης, το πως συμπεριφέρεται η ίδια η οικογένεια στους ηλικιωμένους, το πως βλέπουν οι ίδιοι την ζωή και τον τρόπο ζωής τους, το μορφωτικό τους επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση, με το πως τρέφονται οι ίδιοι αλλά και η ψυχολογική τους ευημερία. Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα να κυριαρχεί η άποψη ότι για να προαχθεί η υγεία των ηλικιωμένων θα πρέπει να υπάρχουν καλύτερες οικονομικές

συνθήκες - προγράμματα που θα βελτιώσουν την οικονομική κατάσταση των ατόμων αυτών. [7]

Τα προγράμματα που αφορούν την καλύτερευση της ποιότητας της ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να υπάρχει γνώση για την πολυδιάστατη κατάσταση της υγείας αυτών των ατόμων αλλά και τις κοινωνικές ανισότητες έτσι ώστε οι παρεμβάσεις που θα σχεδιαστούν να μπορούν να ανιχνεύουν τα άτομα εκείνα που έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και είναι περισσότερο ευάλωτα. [8]

Η περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων στους οίκους ευγηρίας πολλές φορές έχει σχέση με την μειωμένη εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας αλλά και την αδυναμία υποστήριξης στους φροντιστές υγείας. Φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας που δεν είναι εκπαιδευμένοι σε θέματα που αφορούν στην περίθαλψη ηλικιωμένων και αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους καταφεύγουν σε βίαιες πράξεις εναντίον των ηλικιωμένων ατόμων. [9] Οι παρεμβάσεις μόνο από το ιατρικό προσωπικό αδυνατούν να διαφοροποιήσουν τους κοινωνικούς παράγοντες που ενισχύουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Άρα, καλό θα ήταν να υπάρχει μια ολιστική προσέγγιση των ηλικιωμένων ατόμων, η οποία θα έχει ως στόχο την δημιουργία της θεραπείας και περίθαλψης των ατόμων με ενδεχομένως κάποιες ψυχολογικές διαταραχές και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Μια τέτοιου είδους προσέγγιση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει όλους τους φορείς των οποίων οι αποφάσεις έχουν αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. [10]

Παρόλα αυτά όμως υπάρχει μια δυσκολία στον εντοπισμό των ψυχικών προβλημάτων μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων επειδή αρκετοί από τους ηλικιωμένους δεν δέχονται ότι έχουν ψυχολογικά συμπτώματα. Επιπλέον οι γιατροί έπειτα από την συνεχή τους επαφή με άτομα που πάσχουν από ψυχολογικές διαταραχές είναι δύσκολο να εντοπίσουν τα πρόδρομα ψυχολογικά συμπτώματα. Γι' αυτό το λόγο ο εντοπισμός των ψυχολογικών διαταραχών στην

τρίτη ηλικία είναι εξαιρετικά δύσκολος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η κοινοτική υποστήριξη είναι οι κατάλληλοι πάροχοι αυτής της φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία που αντιμετωπίζει ο υπερήλικος πληθυσμός όσον αφορά στις μετακινήσεις του. [11]

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλό θα ήταν να ενημερώνουν τα ηλικιωμένα άτομα με αποτέλεσμα να τους ενθαρρύνει να δημιουργήσουν ικανοποιητική καθημερινότητα και να τα βοηθήσει να βελτιώσουν την ψυχική τους ηρεμία. Οι τροφές οι οποίες θα λαμβάνονται από τους ηλικιωμένους και οι οδηγίες για την προσωπική τους υγιεινή είναι καλά θέματα στις ενημερώσεις που θα γίνουν. Επίσης η κοινότητα στην οποία κατοικούν τα άτομα αυτά καλό θα ήταν να έχουν κάποιες αθλητικές εγκαταστάσεις κατάλληλες για τους ηλικιωμένους, το οποίο θα έχει ως στόχο την ενδυνάμωση του σώματος των ηλικιωμένων ατόμων. Επίσης θα πρέπει να παρέχονται συμβολές και εκπαίδευση τόσο στους ίδιους τους ηλικιωμένους όσο και στα άτομα που τα φροντίζουν. [5]

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε αποδείχθηκε ότι οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν σε αυτές τις ενημερώσεις που αφορούσαν την ψυχική τους υγεία ανέφεραν βελτίωση στην ψυχολογική τους ευημερία τόσο για τους ηλικιωμένους που διέμεναν στο σπίτι τους όσο και για αυτούς που διέμεναν σε οίκους ευγηρίας, αν και οι ηλικιωμένοι που διέμεναν σε οίκους ευγηρίας παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας. Επιπροσθέτως φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας που ήταν εξειδικευμένοι σε θέματα που αφορούν στους ηλικιωμένους ήταν πιο αποτελεσματικοί στην εργασία τους σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν σχετική εκπαίδευση αναφορικά με τα προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους. [12]

Οι ηλικιωμένοι οι οποίοι έχουν στήριξη τόσο από φροντιστές αλλά όσο και από την ίδια τους την οικογένεια έχει αποδειχθεί ότι έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα ανταπόκρισης στις

καθημερινές τους δραστηριότητες. Ωστόσο για να γίνει αυτό θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται πολλοί επαγγελματίες υγείας από διάφορους τομείς έτσι ώστε να παρέχεται μια ολιστική φροντίδα σε αυτόν τον πληθυσμό. Τα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα αποτελούν μια πολύ ευάλωτη ομάδα και χρήζουν ειδικής στήριξης. [13]

Οι οικογένειες των ατόμων αυτών όσο και η κοινότητα θα πρέπει να αναγνωρίσουν τα προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους τα οποία είναι πολλά και ποικίλα. Πολλά από τα άτομα αυτά βιώνουν έντονα την μοναξιά, κάποιοι έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο με αποτέλεσμα να νιώθουν περιθωριοποιημένοι με αποτέλεσμα να απομακρύνονται από τα κοινά και να αποφεύγουν να έρχονται σε επαφή με συνομήλικούς τους και να κλείνονται στον εαυτό τους. Επίσης πολλές είναι οι ασθένειες που καταβάλλουν τους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα την σωματική τους αδυναμία και κατ' επέκταση την ψυχική διαταραχή τους.(Davis et al., 1998). Η αναγνώριση των διαταραχών ψυχικής υγείας στα ηλικιωμένα άτομα είναι κρίσιμης σημασίας και θα πρέπει να αναγνωρίζεται από το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας. [14]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Τα χαρακτηριστικά των ατόμων Τρίτης Ηλικίας

Τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία έχουν βιώσει πολλές και ποικίλες καταστάσεις. Από τον 20^ο αιώνα και μετά βρέθηκαν αντιμέτωποι με καταστροφικά γεγονότα όπως οι πόλεμοι και οι δυσχερείς συνθήκες διαβίωσης. Οι συνεχόμενες αλλαγές στην καθημερινότητα, η κρίση των πολιτιστικών αξιών, το οικογενειακό χάσμα καθώς και η μείωση των κοινωνικών στοιχείων έχουν επιφέρει δυσλειτουργία στο σύστημα. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν εξειδικευμένες γνώσεις όσο αφορά κάποια συγκεκριμένα θέματα, οι οποίες γνώσεις συνοδεύονται από την αντίστοιχη εμπειρία. [15]

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν εξειδικευμένες γνώσεις όσο αφορά κάποια συγκεκριμένα θέματα, οι οποίες γνώσεις συνοδεύονται από την αντίστοιχη εμπειρία.

Στις αναπτυγμένες χώρες οι υπερήλικες φαίνεται να αυξάνονται συνεχώς. Για κάθε 100.000

άτομα που ζούνε στην αντίστοιχη αναπτυγμένη χώρα αντιστοιχούν περίπου 10-20 υπερήλικες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής αντιστοιχούν περίπου 22 υπερήλικες σε 100.00 άτομα. [16] Σε αντίθεση με την Ιαπωνία που η αύξηση των υπερηλικών υπολογίζεται πολύ μεγαλύτερη. [17]

Οι υπερήλικες αυξάνονται αρκετά ετησίως παρ' όλα η επιβίωση μέχρι τα 100 έτη ζωής είναι εξαιρετικά δύσκολη. [18] Οι ηλικιωμένοι είναι μια ομάδα, όπου με βάση τα προβλήματα της θα πρέπει να χωρίζετε ηλικιακά. Οι ηλικιωμένοι οι οποίοι είναι μεταξύ 65 και 75 διαφέρουν από τους μεσαίους ηλικιωμένους ηλικίας 75 και 84. Τα άτομα άνω των 85 ετών καταβάλλονται από παθήσεις οι οποίες διαφέρουν σε σχέση με τα άτομα που κοντεύουν τα 95 έτη ζωής. [19]

Το γήρας είναι η αλλαγή η οποία συμβαίνει σταδιακά όσο περνούν τα χρόνια με ή χωρίς την ύπαρξη μη αναμενόμενων προβλημάτων , τα οποία προβλήματα δημιουργούνται στη ζωή ενός ατόμου. [20] Ο όρος γήρας περιγράφει τις βιολογικές μεταβολές που

πραγματοποιούνται στο άτομο μέχρι τον θάνατο του . Παρόλα αυτά πολλοί θεωρούν ότι το γήρας είναι μια κατάσταση κατά την οποία υπάρχει μία συνεχόμενη δυσλειτουργία του οργανισμού και ανάλογα με το πόσο σοβαρή είναι η δυσλειτουργία αυτή χωρίζεται σε δύο τομείς, την πιο σημαντική δυσλειτουργία και την λιγότερο σημαντική δυσλειτουργία. Η πιο σημαντική δυσλειτουργία αφορά τις βιολογικές ανάγκες του ανθρώπου, ενώ η λιγότερη σημαντική δυσλειτουργία αφορά κυρίως τους εξωγενή παράγοντες όπως κάποια νοσήματα

και ενδεχομένως κάποιες καθημερινές ανάγκες όπως η διατροφή. [21]

Η υποχώρηση της συνετής λειτουργίας είναι ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των ατόμων που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία. [22]

Οι σωματικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες που ενισχύουν την παράταση του προσδόκιμου ζωής μπορεί να μην είναι ξεκάθαροι όμως εκλαμβάνεται ότι οι γυναίκες απολαμβάνουν το προτέρημα της αύξησης του προσδόκιμου ζωής. Συμπληρωτικά αποδεικνύεται πως τα προσωπικά χαρακτηριστικά και οι αυξανόμενες πρόοδοι που γίνονται στις αναπτυγμένες περιοχές βοηθούν στην επέκταση των ατόμων στην Τρίτη ηλικία καθώς και στην μακροβιότητα αυτών. [23]

2.2 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Η τρίτη ηλικία είναι συνδεδεμένη με την ελαττωμένη σωματική ικανότητα, την μείωση της γνωστικής ικανότητας και την εγκατάλειψη του ρόλου του ατόμου στις κοινωνικές καταστάσεις (Chou & Chi, 2001). Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης

ηλικίας διαφοροποιούνται σε 4 μεγάλες κατηγορίες οι οποίες έχουν σχέση με τα βιολογικά προβλήματα που εμφανίζονται στην ηλικία αυτή, κοινωνικοοικονομικά, τα οποία είναι απόρροια των ψυχικών καταστάσεων (Meeks-Sjostrom, 2004). Συγκεκριμένα στα άτομα της τρίτης ηλικίας υπάρχει έντονα το οικονομικό πρόβλημα καθώς η συνταξιοδότηση καθυστερεί παρά την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η οποία τροφοδοτεί την εξάρτηση των ηλικιωμένων κυρίως από τους συγγενείς τους, καθώς στην συγκεκριμένη περίοδο δεν υπάρχει άμεσα διαθέσιμο εισόδημα. [21] Ένα από τα βασικότερα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι η οικονομική ανασφάλεια, η εντοπίζεται εντονότερα στα άτομα τα οποία κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους αδυνατούσαν να συλλέξουν χρήματα, γεγονός το οποίο συμβάλει στην διαταραχή της ψυχικής τους υγείας. [23] Οι γυναίκες που διανύουν την τρίτη ηλικία έχουν πιο χαμηλό εισόδημα από τους ηλικιωμένους άνδρες, εξαιτίας της εξάρτησης τους από τους συζύγους τους αλλά και την αδυναμία τους για την εργασία (Copeland, et al, 1999).

Οι πλέον επικρατέστερες παθήσεις που φαίνεται ότι υπάρχουν μεταξύ υπερηλίκων είναι αυτές του κυκλοφορικού συστήματος με πιο σημαντική την υπέρταση αλλά και την συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Επίσης φαίνεται ότι η οστεοπόρωση επικρατεί σε πολύ υψηλά επίπεδα μεταξύ των υπερηλίκων. [23] Η απώλεια μυϊκής μάζας και οστικής πυκνότητας, αυξάνει τον κίνδυνο καταγμάτων.

Η γήρανση συνήθως επιφέρει προβλήματα υγείας καθώς υπάρχει μια σταδιακή έκπτωση της σωματικής δύναμης, απώλεια της ακοής και της όρασης καθώς και μειωμένη αντίσταση σε λοιμώξεις. [21] Εκτός από αυτά υπάρχουν πολλές και δύσκολες ιατρικές καταστάσεις που επικρατούν μεταξύ αυτών των ηλικιωμένων ατόμων όπως η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου, οι διάφορες καρδιοπάθειες, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η αρθρίτιδα και ο καρκίνος, αν και έχει φανεί ότι καθώς περνούν τα χρόνια αυτές οι ιατρικές καταστάσεις ενδέχεται να περάσουν στην ύφεση. [24] Επίσης, εκτός από τα σωματικά προβλήματα

υπάρχουν και οι ψυχικές νόσοι όπως η κατάθλιψη, το στρες, ο φόβος του θανάτου αλλά και η άνοια. [21]

Ένα άλλο θέμα που αφορά τους ηλικιωμένους σε αυτή την φάση της ζωής τους είναι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Οι σοβαρές παθήσεις που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι οι παθήσεις που αφορούν το αίμα και κυκλοφορικό σύστημα με την πιο συχνή πάθηση να είναι η υπέρταση. Επιπλέον, η οστεοπόρωση είναι ένα από τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα σε πολύ σημαντικό. [23]

Στο γήρας παρουσιάζονται προβλήματα υγείας αφού υπάρχει μια συνεχόμενη μείωση της σωματικής δύναμης, απώλεια της ακοής και της όρασης καθώς και μειωμένη αντίσταση σε λοιμώξεις. [21] Εκτός από τα προαναφερθέντα προβλήματα υπάρχουν διάφορες και ποικίλες ιατρικές καταστάσεις που δυσχεραίνουν την ζωή των ηλικιωμένων ατόμων όπως η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου, οι διάφορες καρδιοπάθειες, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η αρθρίτιδα και ο καρκίνος. [24] Επίσης, εκτός από τα σωματικά προβλήματα υπάρχουν και οι ψυχικές νόσοι όπως η κατάθλιψη, το στρες, ο φόβος του θανάτου αλλά και η άνοια. [21]

Συνήθως τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία αντιμετωπίζουν μια απόκλιση από τον κοινωνικό τους περίγυρο σε σχέση με την επαφή που είχαν τα προηγούμενα έτη γι' αυτό και οι ηλικιωμένοι δημιουργούν το δικό τους καινούριο κοινωνικό δίκτυο κάτι το οποίο πολλές φορές τους δυσκολεύει καθώς νιώθουν άγνωστοι μέσα σε αυτό το καινούριο κοινωνικό δίκτυο. [25]

2.3 Το αίσθημα της μοναξιάς στους ηλικιωμένους

Η μοναξιά έτσι όπως την ορίζει ο Forbes (1996) [26], είναι «ένα ανεπιθύμητο συναίσθημα έλλειψης ή απώλειας της συντροφικότητας». Η μοναξιά μπορεί να είναι είτε εξωτερική είτε εσωτερική. Όταν κάνουμε λόγο για εξωτερική μοναξιά εννοούμε εκείνη που πηγάζει από τις συνθήκες της ζωής και ορισμένες φορές επέρχεται χωρίς τη θέληση του ατόμου, όπως για παράδειγμα λόγω της απώλειας του συντρόφου ή άλλου αγαπημένου προσώπου. Η εσωτερική μοναξιά έχει να κάνει κυρίως με τον τύπο προσωπικότητας του ατόμου και μπορεί να είναι επιλογή του ίδιου. [26]

Η έρευνα σε άρθρα σχετικά με τη μοναξιά, τον τρόπο μέτρησής της και τα αποτελέσματα που μπορεί να έχει στην υγεία διαπίστωσε ότι η μοναξιά είναι στενά συνδεδεμένη με την κατάθλιψη και μπορεί να αποτελεί και μεμονωμένο παράγοντα κινδύνου για κατάθλιψη. Επίσης αποδεικνύεται ότι η μοναξιά μπορεί να επιδράσει αρνητικά και στη σωματική υγεία καθώς συνδέεται με αυξημένη πίεση αίματος, κακό ύπνο και επιβάρυνση κατά την πάροδο του χρόνου στους ηλικιωμένους. Αντιμετωπίζοντας τη μοναξιά, η έρευνα υποδεικνύει ότι είναι δυνατόν να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. [27]

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήγαγαν οι Hall και Havens (2001), η μοναχικότητα είναι η απουσία των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και το εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση αυτών είναι η κοινωνική απομόνωση. Πολλές φορές παρόλα αυτά, η μοναχικότητα μπορεί να αποτελεί προσωπική επιλογή και όσοι έχουν επιλέξει να ζουν μόνοι να μην αισθάνονται μοναξιά. Οι παράγοντες για τους οποίους ένας ηλικιωμένος επιλέγει να αποσυρθεί από τις κοινωνικές υποχρεώσεις είναι πολλοί και μπορεί να γίνουν αφορμή για την εμφάνιση του αισθήματος της μοναχικότητας. (Νίκας και συν., 2009)

Οι Perissinotto et al. το 2012 διερεύνησαν τις επιπτώσεις της μοναξιάς σε 1604 ηλικιωμένους και τα αποτελέσματά τους ανέδειξαν ότι η μοναξιά μπορεί να αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης λειτουργικής παρακμής και θανάτου.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 από τους Singh and Misra ερευνήθηκε η σχέση της κατάθλιψης με τη μοναξιά και την κοινωνικότητα σε ηλικιωμένους, με τη χρήση σταθμισμένων κλιμάκων για κάθε μια από τις ερευνώμενες συνιστώσες. Τα αποτελέσματα διαπίστωσαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της μοναξιάς –και στα δύο φύλα– και οριακή σχέση στον τομέα της κοινωνικότητας –ειδικά για τις γυναίκες.

Το 2015 οι Arslantas et al. πραγματοποίησαν έρευνα στη Δυτική Τουρκία για τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την μοναξιά των ηλικιωμένων ανθρώπων και τη σχέση της με την ποιότητα ζωής τους και διαπιστώθηκε ότι οι χρόνιες ασθένειες, η φυσική κατάπτωση, η πρόσληψη φαρμάκων, η έλλειψη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων καθώς και η ζωή χωρίς σύντροφο αυξάνουν τη μοναξιά. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η μελέτη των Meyer & Schuyler, του 2011 [28], αποδίδοντας στη μοναξιά συσχέτιση με την κατάθλιψη, μείωση κινητικότητας, κακή κατάσταση υγείας και γνωστική παρακμή.

Ο Tiwari (2013) [29] διαχωρίζει την παθολογική μοναξιά από τη μοναξιά του ανθρώπου που ζει μόνος αναφερόμενος σε έρευνες που έχουν λάβει χώρα στην Ινδία, μια χώρα με μεγάλο πληθυσμό. Θεωρεί την παθολογική μοναξιά μια κατάσταση που οφείλουμε να χειριστούμε σαν ασθένεια αναφερόμενος σε μελέτες που την κατατάσσουν στα μεγαλύτερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας (ατόμων άνω των 60 ετών) και αναζητά μέτρα πρόληψης σε παρόμοιες μελέτες, προτείνοντας την ταξινόμηση της μοναξιάς στις ψυχιατρικές διαταραχές.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2007 στην Αυστραλία για το «κοινωνικό», όπως το θέτουν οι ίδιοι οι ερευνητές, ζήτημα της μοναξιάς, προσπαθεί να γίνει μια προσέγγιση της μοναξιάς από την πλευρά των ηλικιωμένων και πως αυτοί την βιώνουν και την αντιλαμβάνονται και πως οι πάροχοι υπηρεσιών μπορούν να τους υποστηρίξουν. Οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι, θεωρούν σημαντική τη διατήρηση της κοινωνικής επαφής και την αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα, συμμετέχουν σε ομάδες μέριμνας ηλικιωμένων και μέσα από τη μελέτη και τη συλλογή των απόψεών τους αναδεικνύεται η ανάγκη να κατανοηθεί η εμπειρία της μοναξιάς και να μη συνοδεύεται από κοινωνική απομόνωση. [30]

Οι Hawkey et al. [31] το 2010 μελέτησαν τη συσχέτιση της μοναξιάς με την αυξημένη πίεση του αίματος και διαπιστώθηκε ότι η επίδραση της μοναξιάς δεν συσχετίζεται με το φύλο, τη φυλή ή τους παράγοντες καρδιαγγειακών κινδύνων καθώς και τις επιπτώσεις των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αντίστοιχα, οι Wilson et al. [32] το 2007 μελέτησαν τη συσχέτιση της μοναξιάς με τη νόσο Alzheimer [33] σε μια τετραετή παρακολούθηση 823 ηλικιωμένων στην περιοχή του Σικάγο, όπου 76 από αυτούς ανέπτυξαν κλινικά Alzheimer, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης AD ήταν μεγαλύτερος από διπλάσιος στα μοναχικά άτομα σε σχέση με αυτούς που δεν είναι μόνοι.

Προτάσεις για τη μείωση της μοναξιάς είναι η διαμόρφωση καλύτερων όρων καθημερινής ζωής, η συσχέτιση με ομάδες σε δομές υποστήριξης ηλικιωμένων, η κυκλοφορία με χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες με έμφαση στην ομαδικότητα, συμμετοχή στα κοινωνικά δίκτυα. [34]

Κεφάλαιο 3

3.1 Σκοπός εργασίας

Η σχέση ανάμεσα σε επίπεδα μοναξιάς των ηλικιωμένων ατόμων με τα επίπεδα ευδόκιμης γήρανης δεν έχει ερευνηθεί. Ο βαθμός, δηλαδή, συμβολής της συναισθηματικής μοναξιάς, της κοινωνικής μοναξιάς και του συνολικού βαθμού μέτρησης του επιπέδου μοναξιάς στον προσδιορισμό της ποιότητας της ζωής τους. Η σχετική απουσία, λοιπόν, ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό και διεθνή χώρο, τα οποία να αφορούν τη μοναξιά στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και ο τρόπος διασύνδεσής τους έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης. Ως εκ τούτου ο σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων. Συγκεκριμένα, τα βασικά ερωτήματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης ορίστηκαν ως εξής:

- Να διαπιστωθούν τα επίπεδα της μοναξιάς των ηλικιωμένων ατόμων.
- Να διαπιστωθούν οι σχέσεις ανάμεσα στη μοναξιά και την ψυχοπαθολογία, καθώς τη συμβολή τους στην ποιότητα ζωής.

3.2 Δείγμα και μέθοδος

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από τον Ιανουάριο έως και τον Ιούνιο του 2018. Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε να αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα από την ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 96 άτομα, εκ των οποίων οι 31 είναι άνδρες (32.3%) και οι 65 είναι γυναίκες (67.7%). Οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώθηκαν πλήρως για το

σκοπό της μελέτης και για την ανωνυμία της έρευνας, πριν από τη συμμετοχή τους. Οι συμμετέχοντες δημιούργησαν έναν ατομικό αριθμό με τον οποίο συμμετείχαν στην έρευνα. Οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών είναι μηδαμινές, καθώς όλη η διαδικασία διεκπεραιώθηκε από τα ίδια άτομα.

Προκειμένου να συλλεχθούν τα δεδομένα και να εξαχθούν αποτελέσματα μετά από στατιστική ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω σταθμισμένα ερωτηματολόγια:

- **Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων:** αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων (ηλικία, καταγωγή, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση).
- **Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς (SCL):** αξιολογεί το αίσθημα της έλλειψης ενός ευρύτερου κοινωνικού δικτύου (κοινωνική μοναξιά). Η κλίμακα μοναξιάς De Jong Gierveld των 6 στοιχείων είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης για τη συνολική, συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά και είναι κατάλληλο για μεγάλες έρευνες (Gierveld & Tilburg, 2006).
- **Κλίμακα αξιολόγησης της Συγχώρησης (HFS):** Η κλίμακα αξιολόγησης της Συγχώρησης αποτελεί ένα μέτρο αυτό- αναφοράς της επιθυμίας για συγχώρεση, με υποκλίμακες τη συγχώρεση του εαυτού, των άλλων και των καταστάσεων. [35]
- **Κλίμακα αξιολόγησης της Αυτό - συμπόνιας (SCS):** δημιουργήθηκε από την Kristian Neff (2003), η οποία θεώρησε πως η αυτό-συμπόνια είναι εξίσου σημαντική με τη συμπόνια προς τους άλλους και σχετίζεται με την ψυχική υγεία αλλά και την αυτοεκτίμηση. Το SCS έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Mantzios [36], et al., (2013), όπου έπειτα από μια σειρά μελετών αποδείχθηκε ότι η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί αποτελεσματικό μέσο για τη μέτρηση της αυτό- συμπόνιας στο

ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο, με καλό ψυχομετρικό εύρος και αποτελεί έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα. [36]

- **Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας SF- 36:** έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι 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).
- **Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90):** αποτελείται από 90 ερωτήματα και αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας (Derogatis, 1977). 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 ήταν ικανοποιητική.

3.3 Περιγραφική ανάλυση

Πίνακας 1 Πλήθος και συχνότητα

[DN1]

		N	%
Φύλο	Άνδρας	31	32.3%
	Γυναίκα	65	67.7%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	11	11.6%
	Έγγαμος	58	61.1%
	Διαζευγμένος	2	2.1%
	Χήρος	24	25.3%
Τόπος καταγωγής	Χωριό/κωμόπολη	53	61.6%
	πόλη < 150.000 κατοίκους	22	25.6%
	πόλη > 150.000 κατοίκους	11	12.8%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	7	7.4%
	Απόφοιτος Δημοτικού	29	30.5%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	12	12.6%
	Απόφοιτος Λυκείου	23	24.2%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	24	25.3%
	Μεταπτυχιακά	0	0.0%
Παίρνετε σύνταξη;	Ναι	64	68.8%
	Όχι	29	31.2%
Η σύνταξη είναι καλή;	Ναι	21	33.3%
	Όχι	42	66.7%
Ποια ήταν η εργασία σας	Άνεργος	0	0.0%
	Οικιακά	0	0.0%
	Αυτοαπασχολούμενος	0	0.0%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	0	0.0%
	Δημόσιος υπάλληλος	0	0.0%
Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	24	28.2%
	Όχι	61	71.8%
Έχετε αδέρφια;	Ναι	90	93.8%
	Όχι	6	6.3%

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι με βάση το φύλο, 31 άτομα με ποσοστό 32.3% είναι άνδρες και 65 άτομα με ποσοστό 67.7% είναι γυναίκες. Με βάση την οικογενειακή κατάσταση, 11 άτομα με ποσοστό 11.6% είναι άγαμοι, 58 άτομα με ποσοστό 61.1% είναι έγγαμοι, 2 άτομα με ποσοστό 2.1 % είναι διαζευγμένοι και 24 άτομα με ποσοστό 25.3% είναι χήροι. Όσον αφορά τον τόπο καταγωγής, 53 άτομα με ποσοστό 61.6% κατάγονται από χωριο/κωμόπολη, 22 άτομα με ποσοστό 25.6% κατάγονται από πόλη < 150.000 κατοίκους και 11 άτομα με ποσοστό 12.8% κατάγονται από πόλη > 150.000 κατοίκους. Έπειτα, με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο, 7 άτομα με ποσοστό 7.4% είναι αναλφάβητοι, 29 άτομα με ποσοστό 30.5% είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 12 άτομα με ποσοστό 12.6% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, 23 άτομα με ποσοστό 24.2% είναι απόφοιτοι Λυκείου και 24 άτομα με ποσοστό 25.3% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Όσον αφορά τη σύνταξη, 64 άτομα με ποσοστό 68.8% παίρνουν σύνταξη, ενώ 29 άτομα με ποσοστό 31.2% δεν παίρνουν. Στη συνέχεια, στην ερώτηση «Η σύνταξη είναι καλή;» 21 άτομα με ποσοστό 33.3% απάντησαν θετικά, ενώ 42 άτομα με ποσοστό 66.7% αρνητικά. Στην ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;» 24 άτομα με ποσοστό 28.2% απάντησαν θετικά και 61 άτομα με ποσοστό 71.8% αρνητικά και τέλος, στην ερώτηση «Έχετε αδέρφια;» 90 άτομα με ποσοστό 93.8% απάντησαν θετικά και 6 άτομα με ποσοστό 6.3% απάντησαν αρνητικά.

3.4 Επαγωγική ανάλυση

Πίνακας 2 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για το φύλο

Φύλο		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Σωματοποίηση (SCL)	Άνδρας	31	7.8	6.8	-3.809	74	0.000
	Γυναίκα	64	14.1	8.8			
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL)	Άνδρας	31	6.9	6.0	-3.859	93	0.000
	Γυναίκα	64	12.4	6.7			
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL)	Άνδρας	31	6.1	5.0	-2.496	93	0.014
	Γυναίκα	64	8.8	4.9			
Κατάθλιψη (SCL)	Άνδρας	31	8.7	7.1	-4.461	93	0.000
	Γυναίκα	64	16.1	7.8			
Άγχος (SCL)	Άνδρας	31	4.1	6.0	-2.672	93	0.009
	Γυναίκα	64	7.8	6.5			
Παρανοειδής ιδεασμός (SCL)	Άνδρας	31	4.5	3.9	-3.020	93	0.003
	Γυναίκα	64	7.5	4.7			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL)	Άνδρας	31	0.6	0.5	-3.681	93	0.000
	Γυναίκα	64	1.0	0.5			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Άνδρας	31	1.7	0.4	-2.574	93	0.012
	Γυναίκα	64	1.9	0.4			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Άνδρας	31	32.0	21.0	-3.181	93	0.002
	Γυναίκα	64	45.9	19.5			
Αϋπνία (SCL)	Άνδρας	31	0.5	0.9	-2.963	93	0.004
	Γυναίκα	64	1.3	1.4			

Τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν, ότι με βάση το φύλο, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες στους παράγοντες Σωματοποίηση (SCL) με p-τιμή < 0.05, Ψυχαναγκαστικότητα (SCL) με p-τιμή < 0.05, Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL) με p-τιμή 0.014, Κατάθλιψη (SCL) με p-τιμή < 0.05, Άγχος (SCL) με p-τιμή 0.009, Παρανοειδής ιδεασμός (SCL) με p-τιμή 0.003, Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL) με p-τιμή < 0.05, Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL) με

p-τιμή 0.012, Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL) με p-τιμή 0.002 και Αϋπνία (SCL) με p-τιμή 0.004. Μάλιστα, σε κάθε περίπτωση οι γυναίκες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους άνδρες, καθώς η μέση τιμή των γυναικών είναι πάντα μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών.

Πίνακας 3 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για το φύλο

Φύλο		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Συναισθηματική μοναξιά	Άνδρας	31	1.6	1.5	-4.446	82	0.000
	Γυναίκα	64	3.4	2.2			
Συνολικό σκορ μοναξιάς	Άνδρας	31	3.6	2.2	-3.796	80	0.000
	Γυναίκα	64	5.8	3.1			
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές (CD)	Άνδρας	29	57.3	23.5	-2.844	91	0.005
	Γυναίκα	64	71.5	21.6			

Τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν, ότι με βάση το φύλο, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες στους παράγοντες Συναισθηματική μοναξιά με p-τιμή < 0.05, Συνολικό σκορ μοναξιάς με p-τιμή < 0.05 και Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές (CD) με p-τιμή 0.005. Μάλιστα, σε κάθε περίπτωση οι γυναίκες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους άνδρες, καθώς η μέση τιμή των γυναικών είναι πάντα μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών.

Πίνακας 3 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test για το φύλο

Φύλο		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Σωματική λειτουργικότητα (SF36)	Άνδρας	31	70.0	27.5	2.821	94	0.006
	Γυναίκα	65	52.5	28.9			
Σωματικός πόνος (SF36)	Άνδρας	31	78.1	22.6	2.783	94	0.007
	Γυναίκα	65	62.2	27.7			
Συναισθηματικός ρόλος (SF36)	Άνδρας	31	79.6	37.2	2.731	70	0.008
	Γυναίκα	65	55.9	44.5			
Ζωτικότητα (SF36)	Άνδρας	31	62.4	16.8	2.951	94	0.004
	Γυναίκα	65	52.1	15.7			
Ψυχική υγεία (SF36)	Άνδρας	31	66.2	10.4	2.485	94	0.015
	Γυναίκα	65	59.3	13.6			
Κοινωνικός ρόλος (SF36)	Άνδρας	31	79.4	19.5	2.565	94	0.012
	Γυναίκα	65	66.3	25.0			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Άνδρας	31	278.0	84.9	2.643	94	0.010
	Γυναίκα	65	226.2	92.2			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)	Άνδρας	31	287.6	63.1	3.380	94	0.001
	Γυναίκα	65	233.6	77.4			

Τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν, ότι με βάση το φύλο, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες στους παράγοντες Σωματική λειτουργικότητα (SF36) με p-τιμή 0.006, Σωματικός πόνος (SF36) με p-τιμή 0.007, Συναισθηματικός ρόλος (SF36) με p-τιμή 0.008, Ζωτικότητα (SF36) με p-τιμή 0.004, Ψυχική υγεία (SF36) με p-τιμή, Κοινωνικός ρόλος (SF36) με p-τιμή 0.012, Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36) με p-τιμή 0.01 και Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36) με p-τιμή 0.001. Μάλιστα, σε κάθε περίπτωση οι άνδρες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τις γυναίκες, καθώς η μέση τιμή των ανδρών είναι πάντα μεγαλύτερη από αυτή των γυναικών.

Πίνακας 4 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα *t-test* για την οικογενειακή κατάσταση

		N	Mean	SD	F	sig.
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL)	Άγαμος	10	12.6	7.3	2.788	0.045
	Έγγαμος	58	9.0	6.1		
	Διαζευγμένος	2	9.0	1.4		
	Χήρος	24	13.4	8.2		
	Total	94	10.5	7.0		
Κατάθλιψη (SCL)	Άγαμος	10	10.7	6.0	3.223	0.026
	Έγγαμος	58	12.2	7.6		
	Διαζευγμένος	2	11.0	2.8		
	Χήρος	24	17.8	9.6		
	Total	94	13.5	8.3		
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL)	Άγαμος	10	0.8	0.4	2.813	0.044
	Έγγαμος	58	0.8	0.4		
	Διαζευγμένος	2	0.5	0.1		
	Χήρος	24	1.1	0.7		
	Total	94	0.9	0.5		
Ανησυχία (SCL)	Άγαμος	10	1.2	0.9	3.298	0.024
	Έγγαμος	58	0.9	1.1		
	Διαζευγμένος	2	0.5	0.7		
	Χήρος	24	1.8	1.5		
	Total	94	1.1	1.2		
Ανορεξία (SCL)	Άγαμος	10	0.1	0.3	2.987	0.035
	Έγγαμος	58	0.2	0.7		
	Διαζευγμένος	2	0.0	0.0		
	Χήρος	24	0.7	1.0		
	Total	94	0.3	0.7		
Ενοχή (SCL)	Άγαμος	10	0.6	0.7	4.680	0.004
	Έγγαμος	58	0.6	0.8		
	Διαζευγμένος	2	0.0	0.0		
	Χήρος	24	1.4	1.2		
	Total	94	0.8	1.0		

Με βάση την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Ψυχαναγκαστικότητα (SCL), καθώς η *p*-τιμή είναι 0.045 και συγκεκριμένα οι χήροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από

τους έγγαμους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 13.4 και 9. Στατιστικώς σημαντική διαφορά υπάρχει και ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Κατάθλιψη (SCL), καθώς η p-τιμή είναι 0.026 και συγκεκριμένα οι χήροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους έγγαμους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 17.8 και 12.2. Έπειτα, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL), καθώς η p-τιμή είναι 0.044 και συγκεκριμένα οι χήροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους έγγαμους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 1.1 και 0.8. Στη συνέχεια, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Ανησυχία (SCL), καθώς η p-τιμή είναι 0.024 και συγκεκριμένα οι χήροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους έγγαμους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 1.8 και 0.9. Ομοίως, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Ανορεξία (SCL), καθώς η p-τιμή είναι 0.035 και συγκεκριμένα οι χήροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους έγγαμους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 0.7 και 0.2. Τέλος, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Ενοχή (SCL), καθώς η p-τιμή είναι 0.004 και συγκεκριμένα οι χήροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους έγγαμους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 1.4 και 0.6.

Πίνακας 5 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα *t-test* για την οικογενειακή κατάσταση

		N	Mean	SD	F	sig.
Συναισθηματική μοναξιά	Άγαμος	10	2.6	1.5	2.780	0.046
	Έγγαμος	58	2.4	2.3		
	Διαζευγμένος	2	2.5	2.1		
	Χήρος	24	3.8	1.9		
	Total	94	2.8	2.2		
Ζωτικότητα (SF36)	Άγαμος	11	58.6	10.3	5.237	0.002
	Έγγαμος	58	59.8	16.8		
	Διαζευγμένος	2	45.0	7.1		
	Χήρος	24	45.4	14.9		
	Total	95	55.7	16.7		
Κοινωνικός ρόλος (SF36)	Άγαμος	11	72.7	16.6	4.347	0.007
	Έγγαμος	58	76.3	23.7		
	Διαζευγμένος	2	62.5	0.0		
	Χήρος	24	56.8	22.4		
	Total	95	70.7	23.8		
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)	Άγαμος	11	261.8	62.9	4.412	0.006
	Έγγαμος	58	269.3	72.0		
	Διαζευγμένος	2	211.5	49.5		
	Χήρος	24	206.4	82.3		
	Total	95	251.3	77.5		

Συνεχίζοντας, με βάση την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Συναισθηματική μοναξιά καθώς η *p*-τιμή είναι 0.046 και συγκεκριμένα οι χήροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους έγγαμους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 3.8 και 2.4. Στατιστικώς σημαντική διαφορά υπάρχει και ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Ζωτικότητα (SF36), καθώς η *p*-τιμή είναι 0.002 και συγκεκριμένα οι έγγαμοι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους χήρους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 59.8 και 45.4. Έπειτα, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Κοινωνικός ρόλος (SF36), καθώς η *p*-τιμή είναι 0.007 και συγκεκριμένα οι έγγαμοι

διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους χήρους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 76.3 και 56.8. Τέλος, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36), καθώς η p-τιμή είναι 0.006 και συγκεκριμένα οι έγγαμοι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τους χήρους, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 269.3 και 206.4.

Πίνακας 6 Συσχέτισης

		Σωματοποίηση (SCL)	Κατάθλιψη (SCL)	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL)	Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Ανορεξία (SCL)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	-,300**	-,281**	-,214*	-,269**	-,347**
	Sig. (2-tailed)	.003	.006	.039	.009	.001
	N	94	94	94	94	94

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και τους παράγοντες Σωματοποίηση (SCL), Κατάθλιψη (SCL), Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL), Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL) και Ανορεξία (SCL), με τις αντίστοιχες p-τιμές να είναι 0.003, 0.006, 0.039, 0.009 και 0.001.

Πίνακας 7 Συσχέτισης

		Συναισθηματική μοναξιά	Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια (CD)	Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο (CD)	Θετική αποδοχή (CD)	Έλεγχος (CD)	Συνολική βαθμολογία (CD)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	-,248*	,282**	,261*	,357**	,264*	,289**
	Sig. (2-tailed)	.016	.006	.011	.000	.010	.005
	N	94	94	94	94	94	94

Ομοίως, παρατηρούμε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και τον παράγοντα Συναισθηματική μοναξιά, με p-τιμή ίση με 0.016. Αντιθέτως, υπάρχει θετική

συσχέτιση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και τους παράγοντες Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια (CD) με p-τιμή 0.006, Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο (CD) με p-τιμή 0.011, Θετική αποδοχή (CD) με p-τιμή < 0.05, Έλεγχος (CD) με p-τιμή 0.01 και Συνολική βαθμολογία (CD) με p-τιμή 0.005.

Πίνακας 8 Συσχέτισης

		Σωματική λειτουργικότητα (SF36)	Σωματικός ρόλος (SF36)	Σωματικός πόνος (SF36)	Γενική υγεία (SF36)	Συναισθηματικός ρόλος (SF36)	Ζωτικότητα (SF36)	Κοινωνικός ρόλος (SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	,310**	,295**	,336**	,217*	,410**	,254*	,299**	,365**	,405**
	Sig. (2-tailed)	.002	.004	.001	.035	.000	.013	.003	.000	.000
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95

Συνεχίζοντας, παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και τους παράγοντες Σωματική λειτουργικότητα (SF36) με p-τιμή 0.002, Σωματικός ρόλος (SF36) με p-τιμή 0.004, Σωματικός πόνος (SF36) με p-τιμή 0.001, Γενική υγεία (SF36) με p-τιμή 0.035, Συναισθηματικός ρόλος (SF36) με p-τιμή < 0.05, Ζωτικότητα (SF36) με p-τιμή 0.013, Κοινωνικός ρόλος (SF36) με p-τιμή 0.003, Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36) με p-τιμή < 0.05 και Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36) με p-τιμή < 0.05.

Πίνακας 9 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Έχετε αδέρφια;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Επιθετικότητα (SCL)	Ναι	90	4.1	4.0	-2.423	93	0.017
	Όχι	5	8.8	7.4			
Ψυχική υγεία (SF36)	Ναι	90	62.5	12.2	2.087	94	0.040
	Όχι	6	51.3	19.2			

Με βάση τα αποτελέσματα ελέγχου του παραπάνω t-test όσον αφορά την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;», υπάρχει στατιστικώς σημαντική διάφορα ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Επιθετικότητα (SCL), καθώς η p-τιμή είναι 0.017 και μάλιστα τα άτομα που δεν έχουν αδέρφια διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερο από τα άτομα που έχουν, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 8.8 και 4.1. Ομοίως, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διάφορα ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα του παράγοντα Ψυχική υγεία (SF36), καθώς η p-τιμή είναι 0.04 με τα άτομα που έχουν αδέρφια να διαφέρουν στατιστικά περισσότερο από τα μοναχοπαίδια, καθώς οι αντίστοιχες μέσες τιμές είναι 62.5 και 51.3.

Πίνακας 9 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Κάνετε διακοπές;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας (SCS)	Ναι	40	3.2	0.4	2.002	93	.048
	Όχι	55	3.1	0.4			
Σωματοποίηση (SCL)	Ναι	40	9.4	8.2	-2.688	93	.009
	Όχι	55	14.1	8.6			
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL)	Ναι	40	6.4	4.0	-2.697	93	.008
	Όχι	55	9.1	5.4			
Φοβικό άγχος (SCL)	Ναι	40	2.5	3.5	-2.113	93	.037
	Όχι	55	4.3	4.5			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL)	Ναι	40	0.7	0.5	-2.111	93	.037
	Όχι	55	1.0	0.5			
Σκέψεις θανάτου (SCL)	Ναι	40	0.4	0.7	-2.620	88	.010
	Όχι	55	0.9	1.3			

Όσον αφορά την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;», τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα επίπεδα των παραγόντων Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας (SCS), Σωματοποίηση (SCL), Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL), Φοβικό άγχος (SCL), Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL) και Σκέψεις θανάτου (SCL). Οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.048, 0.009, 0.008, 0.037, 0.037 και 0.01. Μάλιστα, σε κάθε παράγοντα τα άτομα που δεν κάνουν διακοπές διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερο

από αυτά που κάνουν, εκτός από τον παράγοντα «Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCS)», όπου συμβαίνει το αντίστροφο.

Πίνακας 10 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

[DN2]

Κάνετε διακοπές;	N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Συναισθηματική μοναξιά	Ναι	40	2.1	-3.186	93	.002
	Όχι	55	3.4			
Συνολικό σκορ μοναξιάς	Ναι	40	4.1	-2.667	93	.009
	Όχι	55	5.7			
Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια (CD)	Ναι	40	71.2	2.600	93	.011
	Όχι	55	59.9			
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο (CD)	Ναι	40	66.5	2.718	93	.008
	Όχι	55	55.1			
Θετική αποδοχή (CD)	Ναι	40	71.6	3.131	93	.002
	Όχι	55	59.7			
Συνολική βαθμολογία (CD)	Ναι	40	68.8	2.133	93	.036
	Όχι	55	61.5			

Συνεχίζοντας, όσον αφορά την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;», τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα επίπεδα των παραγόντων Συναισθηματική μοναξιά, Συνολικό σκορ μοναξιάς, Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια (CD), Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο (CD), Θετική αποδοχή (CD) και Συνολική βαθμολογία (CD). Οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0.002, 0.009, 0.011, 0.008, 0.002 και 0.036. Μάλιστα στους 2 πρώτους παράγοντες, τα άτομα που δεν κάνουν διακοπές διαφέρουν

στατιστικώς σημαντικά περισσότερο από αυτούς που κάνουν, ενώ στους 4 επόμενους παράγοντες συμβαίνει το αντίστροφο.

Πίνακας 11 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και αποτελέσματα t-test

Κάνετε διακοπές;		N	Mean	SD	t-test	df	sig.
Σωματική λειτουργικότητα (SF36)	Ναι	41	71.3	26.1	3.801	94	.000
	Όχι	55	49.8	28.4			
Σωματικός πόνος (SF36)	Ναι	41	73.6	27.0	2.040	94	.044
	Όχι	55	62.4	26.5			
Γενική υγεία (SF36)	Ναι	41	58.9	17.8	2.424	94	.017
	Όχι	55	50.8	14.9			
Συναισθηματικός ρόλος (SF36)	Ναι	41	79.7	37.2	3.132	94	.002
	Όχι	55	52.7	44.8			
Ζωτικότητα (SF36)	Ναι	41	60.1	14.0	2.341	94	.021
	Όχι	55	52.3	17.7			
Κοινωνικός ρόλος (SF36)	Ναι	41	78.7	19.4	3.024	94	.003
	Όχι	55	64.8	25.6			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Ναι	41	274.6	87.1	2.967	94	.004
	Όχι	55	220.3	89.9			
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)	Ναι	41	281.7	61.8	3.407	94	.001
	Όχι	55	230.4	80.3			

Ομοίως, όσον αφορά την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;», τα παραπάνω αποτελέσματα ελέγχου t-test έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα επίπεδα των

παραγόντων Σωματική λειτουργικότητα (SF36), Σωματικός πόνος (SF36), Γενική υγεία (SF36), Συναισθηματικός ρόλος (SF36), Ζωτικότητα (SF36), Κοινωνικός ρόλος (SF36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36) και Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36). Οι αντίστοιχες p-τιμές είναι < 0.05 , 0.044, 0.017, 0.002, 0.021, 0.003, 0.004 και 0.001. Μάλιστα σε κάθε περίπτωση, τα άτομα που κάνουν διακοπές διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερο από αυτά που δεν κάνουν, καθώς οι μέσες τιμές των ατόμων που απάντησαν θετικά είναι μεγαλύτερες από αυτές των ατόμων που απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 11 Συσχέτισης

		Συνολική Βαθμολογία HFS	Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας (SCS)	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Συναισθηματική μοναξιά	Συνολικό σκορ μοναξιάς	Συνολική βαθμολογία (CD)	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)
Προσέχει τη διατροφή του;	Correlation Coefficient						,235 [*]		
	Sig. (2-tailed)						.023		
	N						94		
Προσέχει την άσκησή του;	Correlation Coefficient	,265 [*]	,297 ^{**}	-,264 [*]		-,220 [*]	,373 ^{**}	,303 ^{**}	,303 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.012	.004	.010		.033	.000	.003	.003
	N	90	94	94		94	94	94	94
Προσέχει την υγεία του;	Correlation Coefficient			-,255 [*]	-,209 [*]	-,260 [*]	,275 ^{**}		
	Sig. (2-tailed)			.013	.043	.011	.007		
	N			94	94	94	94		
Προσέχει τον ύπνο του;	Correlation Coefficient	,255 [*]		-,305 ^{**}	-,298 ^{**}	-,301 ^{**}	,241 [*]		
	Sig. (2-tailed)	.016		.003	.004	.004	.021		
	N	88		92	92	92	92		
Προσέχει την εμφάνισή του;	Correlation Coefficient		,268 ^{**}	-,282 ^{**}			,264 [*]		
	Sig. (2-tailed)		.010	.006			.011		
	N		93	93			93		

Με βάση τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει τη διατροφή του;» και τον παράγοντα Συνολική βαθμολογία (CD), με αντίστοιχη p-τιμή 0.023. Ομοίως, παρατηρείται θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει την άσκησή του;» και τους παράγοντες Συνολική Βαθμολογία HFS με p-τιμή 0.012, Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνιας (SCS) με p-τιμή 0.004, Συνολική βαθμολογία (CD) με p-τιμή < 0.05, Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36) με p-τιμή 0.003 και Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36) με p-τιμή 0.003. Αντιθέτως, υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει την εμφάνισή του;» και τους παράγοντες Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων

(SCL) με p -τιμή 0.01 και Συνολικό σκορ μοναξιάς με p -τιμή 0.033. Συνεχίζοντας, υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει την υγεία του;» και τους παράγοντες Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL) με p -τιμή 0.013, Συναισθηματική μοναξιά με p -τιμή 0.043 και Συνολικό σκορ μοναξιάς με p -τιμή 0.011. Από την άλλη, υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει την υγεία του;» και τον παράγοντα Συνολική βαθμολογία (CD) με p -τιμή 0.007. Έπειτα, παρατηρείται θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει τον ύπνο του;» και τους παράγοντες Συνολική Βαθμολογία HFS με p -τιμή 0.016 και Συνολική βαθμολογία (CD) με p -τιμή 0.021. Αντιθέτως, παρατηρείται αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει τον ύπνο του;» και τους παράγοντες Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL) με p -τιμή 0.003, Συναισθηματική μοναξιά με p -τιμή 0.004 και Συνολικό σκορ μοναξιάς με p -τιμή 0.004. Τέλος, υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει την εμφάνισή του;» και τους παράγοντες Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCS) με p -τιμή 0.01 και Συνολική βαθμολογία (CD) με p -τιμή 0.011, ενώ υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση αυτή και τον παράγοντα Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL) με p -τιμή 0.006.

Πίνακας 12 Συσχέτισης

		Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCL)	Συνολικό σκορ μοναξιάς	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)
Προσέχει στον ήλιο;	Correlation Coefficient	,294**			
	Sig. (2-tailed)	.004			
	N	94			
Αποφεύγει το αλκοόλ;	Correlation Coefficient		,216*	-,262*	-,213*
	Sig. (2-tailed)		.038	.011	.040
	N		93	93	93
Αποφεύγει να ξενυχτάει;	Correlation Coefficient			-,225*	
	Sig. (2-tailed)			.029	
	N			94	
Αποφεύγει τα μικρόβια;	Correlation Coefficient	-,207*		-,210*	
	Sig. (2-tailed)	.047		.044	
	N	93		93	

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Προσέχει στον ήλιο;» και τον παράγοντα Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCL), καθώς και ανάμεσα στην ερώτηση «Αποφεύγει το αλκοόλ;» και τον παράγοντα Συνολικό σκορ μοναξιάς. Αντιθέτως, βλέπουμε ότι υπάρχει συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Αποφεύγει το αλκοόλ;» και τους παράγοντες Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36), στην ερώτηση «Αποφεύγει να ξενυχτάει;» και τον παράγοντα Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36), καθώς και στην ερώτηση «Αποφεύγει τα μικρόβια;» και τους παράγοντες Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCL), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36).

Πίνακας 13 Συσχέτισης

		Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Συνολικό σκορ μοναξιάς	Συνολική βαθμολογία (CD)	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)
Αποφεύγει τους καυγάδες;	Correlation Coefficient		-,212 [*]	,211 [*]		
	Sig. (2-tailed)		.042	.043		
	N		93	93		
Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	Correlation Coefficient				-,296 ^{**}	-,233 [*]
	Sig. (2-tailed)				.004	.026
	N				91	91
Αποφεύγει τη γκρίνια;	Correlation Coefficient		-,247 [*]	,237 [*]		,293 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		.017	.022		.004
	N		93	93		93
Αποφεύγει τους γιατρούς;	Correlation Coefficient	-,217 [*]		,335 ^{**}		,204 [*]
	Sig. (2-tailed)	.035		.001		.049
	N	94		94		94

Με βάση τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι υπάρχει συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Αποφεύγει τους καυγάδες;» και τον παράγοντα Συνολικό σκορ μοναξιάς, στην ερώτηση «Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;» και τους παράγοντες Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36) , στην ερώτηση «Αποφεύγει τη γκρίνια;» και τον παράγοντα Συνολικό σκορ μοναξιάς, καθώς και στην ερώτηση «Αποφεύγει τους γιατρούς;» και τον παράγοντα Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL). Αντιθέτως, υπάρχει συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Αποφεύγει τους καυγάδες;» και τον παράγοντα Συνολική βαθμολογία (CD), στην ερώτηση «Αποφεύγει τη γκρίνια;» και τους παράγοντες Συνολική βαθμολογία (CD), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36), καθώς και στην ερώτηση «Αποφεύγει τους γιατρούς;» και τους παράγοντες Συνολική βαθμολογία (CD), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36).

Πίνακας 14 Συσχέτισης

		Συνολική Βαθμολογία HFS	Συνολικό σκορ αυτοσυμπνόνας (SCL)	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Συνολικό σκορ μοναξιάς	Συνολική βαθμολογία (CD)	Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)
Έχετε προβλήματα με το έντερο;	Correlation Coefficient						,221 [*]	
	Sig. (2-tailed)						.031	
	N						95	
Έχετε προβλήματα με το στομάχι;	Correlation Coefficient			-,274 ^{**}	-,216 [*]	,288 ^{**}		,287 ^{**}
	Sig. (2-tailed)			.008	.037	.005		.005
	N			94	94	94		94
Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);	Correlation Coefficient						,257 [*]	,204 [*]
	Sig. (2-tailed)						.013	.049
	N						94	94
Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;	Correlation Coefficient			-,330 ^{**}	-,358 ^{**}	,218 [*]	,245 [*]	,272 ^{**}
	Sig. (2-tailed)			.001	.000	.033	.017	.008
	N			95	95	95	95	95
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;	Correlation Coefficient	,281 ^{**}	,279 ^{**}	-,216 [*]	-,263 [*]	,212 [*]	,253 [*]	
	Sig. (2-tailed)	.008	.007	.038	.011	.041	.014	
	N	89	93	93	93	93	93	
Γενικά θα λέγατε ότι έχετε φοβίες;	Correlation Coefficient	,275 ^{**}	,336 ^{**}	-,390 ^{**}			,273 ^{**}	,321 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.008	.001	.000			.007	.002
	N	91	95	95			95	95
Επίσης, θα λέγατε ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;	Correlation Coefficient			-,261 [*]		,272 ^{**}		,231 [*]
	Sig. (2-tailed)			.011		.008		.025

	N			94		94		94
Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη;	Correlation Coefficient						,245 [*]	
	Sig. (2-tailed)						.019	
	N						92	

Με βάση τον παραπάνω πίνακα, υπάρχει συσχέτιση με θετική κατεύθυνση ανάμεσα στην ερώτηση «Έχετε προβλήματα με το έντερο;» και τον παράγοντα Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36), στην ερώτηση «Έχετε προβλήματα με το στομάχι;» και τους παράγοντες Συνολική βαθμολογία (CD), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36), στην ερώτηση «Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);» και τους παράγοντες Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36), στην ερώτηση «Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;» και τους παράγοντες Συνολική βαθμολογία (CD), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36), στην ερώτηση «Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;» και τους παράγοντες Συνολική Βαθμολογία HFS, Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCL), Συνολική βαθμολογία (CD), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36), στην ερώτηση «Γενικά θα λέγατε ότι έχετε φοβίες;» και τους παράγοντες Συνολική Βαθμολογία HFS, Συνολικό σκορ αυτοσυμπόνοιας (SCL), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36), στην ερώτηση «Επίσης, θα λέγατε ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;» και τους παράγοντες Συνολική βαθμολογία (CD), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36), καθώς και στην ερώτηση «Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη;» και τον παράγοντα Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Τα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσης συνδέονται συχνά με τα επίπεδα μοναξιάς που βιώνει το άτομο. Υπόθεση της παρούσας εργασίας είναι να διευκρινίσει τα επίπεδα επιρροής της σε άλλους τομείς, όπως είναι η ψυχοπαθολογία και η ποιότητα ζωής. Σχετικά με τα επίπεδα μοναξιάς των ερωτηθέντων συμπεράναμε πως συναισθηματική μοναξιά παρουσιάζουν οι χήροι καθώς έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή από τις υπόλοιπες κατηγορίες που ορίζουν την οικογενειακή κατάσταση. Ωστόσο, παρατηρείται συσχέτιση με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ακόμη, συμπεραίνουμε ότι όλοι οι παράγοντες της αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς επηρεάζονται από το φύλο με τις γυναίκες να επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους άνδρες. Ακόμη, οι παράγοντες της μοναξιάς, συναισθηματική μοναξιά και συνολικό σκορ μοναξιάς επηρεάζονται από το αν πηγαίνουν διακοπές οι ερωτηθέντες και ειδικότερα όσοι πηγαίνουν σε αντίθεση με αυτούς που δεν κάνουν διακοπές, καθώς παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση τιμή. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το αν προσέχουν την άσκησή τους, την υγεία τους και τον ύπνο τους, αν αποφεύγουν τους καυγάδες και τη γκρίνια, αν έχουν προβλήματα με το στομάχι, αν έχουν περάσει κρίσεις πανικού ή περιόδους με καχυκαρδίες οι ερωτηθέντες, συμπεραίνουμε πως υπάρχει συσχέτιση και μάλιστα αρνητική με το συνολικό σκορ μοναξιάς.

Μεγάλο τμήμα της παρούσας εργασίας αποτελεί η ανάδειξη παραγόντων που σχετίζονται με την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων στους ηλικιωμένους και κατά πόσο μπορεί να γίνει μία σύνδεση με το ρόλο της μοναξιάς στην ποιότητα ζωής τους. Συχνά γίνεται η σύνδεση της μοναξιάς με την αύξηση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Αυτό το ερώτημα επιχειρήθηκε να

απαντηθεί μέσω αυτής της εργασίας. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας ανάλογα με το φύλο των ερωτηθέντων με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση τιμή, δηλαδή να εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα ψυχοπαθολογικών ενδείξεων. Ακόμη, οι έγγαμοι παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας από τους άγαμους, διαζευγμένους και χήρους. Ο παράγοντας που φαίνεται να παρουσιάζει συσχέτιση με το γενικό δείκτη συμπτωμάτων είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο. Στη συνέχεια, παρατηρήθηκε συσχέτιση στην υποκλίμακα σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και μάλιστα αρνητική με τις ερωτήσεις σχετικά με το αν προσέχουν την άσκησή τους, την υγεία τους, τον ύπνο τους και την εμφάνισή τους καθώς και το αν αποφεύγουν τους γιατρούς, έχουν προβλήματα με το στομάχι, έχουν περάσει κρίσεις πανικού, περιόδους με ταχυκαρδίες και αν τους διακατέχουν φοβίες.

Συνεπώς, από τις υποθέσεις που εξετάστηκαν γίνεται αντιληπτό ότι παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση και το φύλο των ερωτηθέντων εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα επίπεδα μοναξιάς που τους διακατέχει. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε πως το γεγονός αν πηγαίνουν διακοπές ή όχι παίζει τον κυρίαρχο ρόλο στα επίπεδα μοναξιάς τους. Δηλαδή, τα άτομα που πηγαίνουν διακοπές φαίνεται να κατακλύζονται από το αίσθημα της προσωπικής επάρκειας, της εμπιστοσύνης προς το προσωπικό ένστικτο και να παρουσιάζουν μια στάση θετικής αποδοχής.

4.2 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις

Η παρούσα έρευνα ανεξάρτητα από τη σημαντικότητά της παρουσιάζει και ορισμένους περιορισμούς που σε επόμενη έρευνα θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Ο σημαντικότερος περιορισμός είναι πως η διεξαγωγή αποτελεσμάτων έγινε μόνο με τη χρήση ερωτηματολογίων

και ποσοτική μέθοδο ενώ με την ποιοτική μέθοδο θα μπορούσαν να αντληθούν περισσότερες λεπτομέρειες και πιο ουσιαστικά στοιχεία.

Η αναγκαιότητα διεξαγωγής της μελέτης ήταν πάρα πολύ μεγάλη. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες εστιασμένες στα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσης, η οποία να μελετά τη σχέση αυτής με τη μοναξιά και όλες τις κλίμακες που τη συνθέτουν, όπως είναι η συναισθηματική, η κοινωνική, καθώς και το συνολικό επίπεδο μοναξιάς. Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης θα οδηγήσουν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με την ευδόκιμη γήρανση.

Πιστεύουμε ότι με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τόσο οι ερευνητές όσο και οι επαγγελματίες υγείας θα κατανοήσουν τη σημασία της ποιότητας ζωής στα ηλικιωμένα άτομα και θα μπορέσει να προσδιοριστεί η πολυπλοκότητα του ρόλου της, καθώς και η σύνδεσή της με την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, λαμβάνοντας υπ' όψη τις ιδιαίτερες σωματικές και ψυχολογικές πτυχές των ηλικιωμένων ατόμων, συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη ποιότητα ζωής τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

[1] Imai, K. (1998). Bed-ridden elderly in Japan: Social progress and care for the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*; 46:157–170.

[2] Paluska A.S., Schwenk T.L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med*; 29(3):167-80.

[3] Callens S., Volbragt I., Nys H. (2007). Legal Thoughts on the Implications of cost-Reducing Guidelines for the Quality of Health Care. *Health Policy*; 80:422-431.

[4] Ramos LR. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*; 19:793-8.

[5] Windle, Hughes, D., Linck, P., Morgan, R., Burholt, V., Edwards, R., Reeves, C., Yeo, ST., Woods, B. & Russell, I. (2008). Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: systematic review of effectiveness and cost-effectiveness, Bangor: Institute of Medical and Social. Available at: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/public-health-interventions-to-promote-mental-well-being-in-people-aged-65-and-over-systematic-review-of-effectiveness-and-cost-effectiveness.pdf>

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.

Rey, L., & Extremera, N. (2016). Forgiveness and health-related quality of life in older people: Adaptive cognitive emotion regulation strategies as mediators. *Journal of health psychology*, 21(12), 2944-2954.

Luanagh, C.O. and Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *Int J. Geriatr. Psychiatry*, 23Q1213-1221. doi:10.1002/gps.2054

[27] Perissinotto, C.M., Stijacic Cenzer, I., Covinsky, K.E. (2012) Loneliness in Older Persons. A Predictor of Functional Decline and Death. *Arch Intern med*. 2012;172(14):1078-1083.

Singh, A. & Misra, N. (2009) Loneliness, depression and sociability in old age. *Ind Psychiatry J*. 2009;18(1):51-55 doi: 10.4103/0972-6748.57861

Arslantas, H., Adana, F., Abacigil Ergin, F., Kayar, D and Acar, G. (2015) Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey. *Iran J.Public Health* 2015;44(1): 43-50 PMID: PMC4450013

[28] Meyer R.P. & Schuyler, M.D. (2011). Old Age and Loneliness. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(2):e1-e2. doi: 10.4088/PCC.11f01172

[15] Patrick J. Brown, (2015) Inflammation, Depression, and Slow Gait: A High Mortality Phenotype in Later Life, Division of Geriatric Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, Columbia University's Mailman School of Public Health, Columbia, New York, NY

[29] Tiwari, S.C. (2013) Loneliness: A disease? *Indian J. Psychiatry*. 2013; 55(4):320-322

[30] Stanley, M., Moyle, W., Ballantyne, A., Jaworski, K., Corlis, M., Oxlade, D., Stoll, A., & Young, B. 2010, "Nowadays you don't even see your neighbours": loneliness in the

everydaylives of older Australians. *Health & Social care In The Community*, 18,4, pp. 407-414.

DOI:10.1111/j.1365-2524.2010.00923.x

[31] Hawkey, LC, Thisted, RA., Msai, CM and Cacioppo JT. (2010). Loneliness Predicts Increased Blood Pressure: Five-Year Cross-Lagged Analyses in Middle-Aged and Older Adults. *Psychol Aging*. 2010 Mar; 25(1): 132–141. doi: 10.1037/a0017805

[32] Wilson, R.S., Krueger, K.R., Arnold, S.E., Schneider, J.A., Kelly, J.F., Barnes L.L. and Bennett, D.A. (2007) Loneliness and risk of Alzheimer [32] disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(2):234-40.

[34] Haiken, M. (2013) How to End the Senior Loneliness Epidemic. The more we learn about the impact of isolation on health, the more crucial it becomes that we take action. *Caring.com*. <http://www.nextavenue.org/how-end-senior-loneliness-epidemic/> (Accessed in 24/11/2017)

Νίκας, Μ, Σωτηροπούλου, Π, Μακρυνίκα, Ε, Παραλίκας, Θ, Παπαθανασίου, Ι, Λαχανά, Ε, Πράπα, Ε, Κουλούρη, Α. & Ρούπα, Ζ. (2009). Η Κοινωνικότητα και το Αίσθημα Μοναχικότητας Σε Ηλικιωμένους Των Δήμων Του Λεκανοπεδίου Αττικής. *Interscientific Health Care*, 1, 34-42.

[26] Forbes A. (1996). Caring for Older People: Loneliness. *British Medical Journals*, Vol.313, p.352-354.

[6] Jeste, D. V., Savla, G. N., [35] Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. V. S., Palmer, BW, Rock, D, Golshan, S, Kraemer, HC. & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196.

[16] USCB U.S. *Census Bureau (2005) National population estimates for 2005*.
Διαθέσιμο στο <http://www.census.gov/papers1>

[17] JMHLW Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (2009) *We are at the door to the super aged society*. Health and Welfare Bureau for the Elderly.

Διαθέσιμο στο <http://mhlw.go.jp/english>

[18] Motta M, Bennati E, Ferlito L, Malaguarnera M, and Motta L.(2005). Successful aging in centenarians: Myth and reality. *Arch Gerontol Geriatr.*; 40: 241-251.

[19] Hogan DB., Ebly EM., Fung TS. (1999a) Disease, Disability and Age in cognitively intact seniors: Results from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 54(92):M27-M82

[22] Kramer, A.F., Bherer, L., Colcombe, S.J., Dong, W., & Greenough, W.T. (2004). Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*; 59A: 940–957.

[23] Poon LW., Clayton GM., Martin P., Johnson MA., Courtenay BC., Sweaney AL., et al (1992) The Georgia Centenarian Study. *Int J Aging Hum Dev* 34:1-17

[21] Susheela M (1997) Life satisfaction and some of the correlates among institutionalized and non-institutionalized elderly. *Nimhans J* 15(30):215-18

[20] Patil B. (2000) Psychosocial Problems of Retired. *Soc Wel* 47(7):13-16

Foster, L., & Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European policy perspective. *The*

Gerontologist, gnu028.

[25] Goldberg DP., Hiller VF (1979) A scaled version of GHQ. *Psychol Med* 9:139-45

Chou K, Chi L (2000). Comparison between elderly persons living alone and those living with other. *Journal of Gerontology Social Work*; 33: 51-56.

Meeks –Sjostrom D (2004) A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholar* 36(3):247-250

Copeland JRM., Beekman ATF., Dewey ME., Hooijer C., Jordan BA., et al. (1999) Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Brit J Psychiatry* 174:312-321

[24] Khaw TK (1999) Inequalities in Health. In: Gordon D., Shaw M., Darling D., Smith GD. Inequalities in health. The Policy Press, Great Britain

[24] 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
Imai, K. (1998). Bed-ridden elderly in Japan: Social progress and care for the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*; 46:157-170.129

[13] Lewis J, (2007). Gender, Ageing and the New Social Settlement: the Importance of Developing a Holistic Approach to Care Policies. *Current Sociology*; 55: 271-286.

[8] Lima M.G., Barros M.B.A. Cesar CLC., Coldbaum M., Carandina L., Ciconelli R.M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a populationbased study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*; 25(10):2159-2167

[12] Pinquart M, Sfransen S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other social interventions with older adults? *Journal of Mental Health and Aging*;7(2):207-43.

[9] Sorescu E.M. (2011). The Abuse of the Elderly. Views of the Social Care Professionals Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*; 3:54-62.

[10] WHO (2001) *World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>

Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., Morgan, R., Woods, B., Burholt, V., Edwards, R., Reeves, C., Yeo, S. (2008). *Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: systematic review of effectiveness and cost-effectiveness*. University of Wales, Bangor. Διαθέσιμο στο : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11999/42401/42401.pdf>

[11] Wetherell J.L., Lenze E.J., Stanley M.A. (2005). Evidence-Based Treatment of Geriatric Anxiety Disorders. *Psychiatr clin N Am*; 28:871-896

[7] Valente M. (1999) Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Hom Health Care Manag Pract* 11:49-59

Davis, J.W., Ross, P.D., Preston, S.D., Nevitt, M.C., & Wasnich, R.D. (1998). Strength, physical activity and body mass index: Relationship to performance based measures and activities of daily living among older Japanese women in Hawaii. *JAGS*, 46, 274-279.

[14] Fisher K., Shumaker L. (2004). Assessment of Depression and Cognitive Impairment Among Elders in Rural Housing Facilities. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*; 10(2):67-72

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.

Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., Roberts, D. E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of personality*, 73(2), 313-360.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

[36] Mantzios M, Wilson C, Giannou K. Psychometric properties of the Greek versions of Self-Compassion Scale and Mindful Attention and Awareness Scale. *Mindfulness*. 2013, 1-10.

Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The Moss 36 Item Short Form Health Survey, *Medical Care*, 30(6), 473-483.