



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση της μοναξιάς που βιώνουν οι ηλικιωμένοι

Κύρκου Άννα

Επιμελήτρια Α' Γενικής Ιατρικής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής... Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια-Ψυχολόγος... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μάλλη Φωτεινή, Αναπλ. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



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



Investigating loneliness experienced by the elderly

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μοναξιά είναι ένα αρνητικό συναίσθημα που υποδηλώνει την έλλειψη της αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης επαφής και συμβάλει στην εκδήλωση άγχους και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Αν και δεν εκδηλώνεται μόνο στους ηλικιωμένους, παρόλα αυτά είναι η ομάδα στην οποία εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα. Οι τρόποι με τον οποίο βιώνουν οι ηλικιωμένοι τη μοναξιά ποικίλουν ανάλογα με το άτομο. Η σχέση μεταξύ της μοναξιάς και των επιπέδων υγείας ενός ατόμου είναι πολύπλοκη. Οι κίνδυνοι που εγκυμονούν για την υγεία η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση είναι ιδιαίτερα σοβαροί για τους ηλικιωμένους.

Στόχος: Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο τη διερεύνηση των κοινωνικών σχέσεων, της ψυχοπαθολογίας και της μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Δείγμα και μεθοδολογία: Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 100 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι εκείνη της ποσοτικής έρευνας και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη μοναξιά που νιώθουν οι ηλικιωμένοι και στην ψυχοπαθολογία τους. Επιπλέον, προέκυψε πως η κοινωνική μοναξιά σχετίζεται με την αυτοσυμπόνια. Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία, ο τόπος καταγωγής και το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζουν τις υποκλίμακες της μοναξιάς, όπως επίσης οι διακοπές, η ύπαρξη κήπου και η επιθυμία για περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι.

Συμπεράσματα: Η μοναξιά έχει άμεση σχέση με την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων και προκειμένου να αντιμετωπιστεί χρειάζεται να ληφθούν υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καθενός.

Λέξεις-κλειδιά: μοναξιά, ψυχοπαθολογία, ψυχική υγεία, αυτοσυμπόνια

ABSTRACT

Introduction: Loneliness is a negative emotion that suggests the lack of necessary or desirable human contact and contributes to anxiety and, in some cases, even to the appearance of depression symptoms. Although it does not only manifest in the elderly, it is still the group with the highest frequency. The ways in which elderly people experience loneliness vary according to the individual. The relationship between loneliness and the health levels of a person is complex. Health risks to loneliness and social isolation are particularly serious for the elderly.

Aim: This research aims to explore social relationships, psychopathology and loneliness experienced by elderly people.

Methodology and sample: The survey sample consists of 100 people over the age of 65. The methodology followed is that of quantitative research and the research tool used is the questionnaire.

Results: The results showed that there is a correlation between loneliness that the elderly feel and their psychopathology. In addition, it has emerged that social loneliness is related to self-compassion. With regard to demographics, the place of origin and the educational level affect loneliness, as well as the holidays, the existence of a garden and the desire for more home visits.

Conclusions: Loneliness is directly related to the mental health of the elderly and in order to be treated, the characteristics of each one need to be taken into account.

Keywords: loneliness, psychopathology, mental health, self-compassion

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η τρίτη ηλικία	11
1.1 Η γήρανση του πληθυσμού	11
1.2 Θεωρίες γήρανσης	13
1.3 Τρίτη ηλικία και ποιότητα ζωής	14
1.4 Το αίσθημα της αυτοσυμπόνιας στους ηλικιωμένους	15
1.5 Ηλικιωμένοι και ανθεκτικότητα	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Κοινωνικότητα και μοναξιά	20
2.1 Η μοναξιά στους ηλικιωμένους	20
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν το αίσθημα της μοναξιάς	21
2.3 Επίδραση μοναξιάς στην υγεία	23
2.3.1 Μοναξιά και κατάθλιψη	24
2.3.2 Μοναξιά και θνησιμότητα	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Μεθοδολογία	28
3.1 Σκοπός έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	28
3.2 Πληθυσμός και μεθοδολογία	28
3.3 Ερευνητικά εργαλεία	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Αποτελέσματα	32
4.1 Περιγραφική ανάλυση	32
	5

4.2 Επαγωγική ανάλυση	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Συζήτηση – συμπεράσματα	54
5.1 Συζήτηση	54
5.2 Συμπεράσματα	56
5.3 Περιορισμοί έρευνας	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	57
Ελληνική βιβλιογραφία	57
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	57

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων	32
Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων	34
Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων	35
Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων	36
Πίνακας 5 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων	37
Πίνακας 6 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCL-90	38
Πίνακας 7 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36	39
Πίνακας 8 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD	39
Πίνακας 9 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου HFS	40
Πίνακας 10 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας αυτοσυμπόνιας	40
Πίνακας 11 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ESLS	41
Πίνακας 12 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCL-90 και του ερωτηματολογίου ESLS	42
Πίνακας 13 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 και του ερωτηματολογίου ESLS	44
Πίνακας 14 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCS και του ερωτηματολογίου ESLS	45
Πίνακας 15 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA των υποκλιμάκων του ESLS με βάση τον τόπο καταγωγής	45

Πίνακας 16 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA των υποκλιμάκων του ESLS με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο	47
Πίνακας 17 Αποτελέσματα ελέγχου t-test των υποκλιμάκων του ESLS με βάση την ερώτηση «Παίρνετε σύνταξη;»	49
Πίνακας 18 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA των υποκλιμάκων του ESLS με βάση τον γονέα στον οποίο έχουν αδυναμία οι ερωτηθέντες	49
Πίνακας 19 Αποτελέσματα ελέγχου t-test των υποκλιμάκων του ESLS με βάση το αν οι ερωτηθέντες κάνουν διακοπές	51
Πίνακας 20 Αποτελέσματα ελέγχου t-test των υποκλιμάκων του ESLS με βάση το αν οι ερωτηθέντες έχουν κήπο	51
Πίνακας 21 Αποτελέσματα ελέγχου t-test των υποκλιμάκων του ESLS με βάση το αν οι ερωτηθέντες επιθυμούν περισσότερες επισκέψεις	52
Πίνακας 22 Αποτελέσματα ελέγχου t-test των υποκλιμάκων του SCL-90 με βάση το φύλο	53

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1 Σχηματική απεικόνιση μέσων τιμών για την κοινωνική μοναξιά με βάση τον τόπο καταγωγής	46
Διάγραμμα 2 Σχηματική απεικόνιση μέσων τιμών για την κοινωνική μοναξιά με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο	48
Διάγραμμα 3 Σχηματική απεικόνιση μέσων τιμών για τη συναισθηματική μοναξιά με βάση την αδυναμία στους γονείς	50

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μοναξιά θεωρείται ένα δυσάρεστο συναίσθημα και πρόκειται για ένα παγκόσμιο φαινόμενο, μοναδικό για τον κάθε άνθρωπο. Η μοναξιά δεν εμφανίζεται ξαφνικά στη ζωή κάποιου αλλά είναι ένα συναίσθημα που αν δεν αντιμετωπιστεί διογκώνεται με την πάροδο του χρόνου. Επικρατεί γενικότερα πως η μοναξιά επηρεάζει μόνο τα άτομα που μένουν μόνα τους, όμως αυτό είναι λάθος διότι σχετίζεται άμεσα με την ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ως συναίσθημα δεν βιώνεται ούτε αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο από όλα τα άτομα όλων των ηλικιών.

Τα αίτια εμφάνισής της ποικίλουν. Κάποια από αυτά είναι η δομή της σύγχρονης οικογένειας που πλέον είναι πυρηνική και αποτελείται μόνο από το ζευγάρι και τα παιδιά, η συνταξιοδότηση, η δυσκολία στην ακολουθία των ταχέων κοινωνικών αλλαγών, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, τα προβλήματα υγείας που περιορίζουν τον αριθμό των εξόδων, η διαμονή μακριά από την οικογένεια, τα συγγενικά πρόσωπα και τους φίλους κλπ.

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να διερευνήσει τις κοινωνικές σχέσεις, την ψυχοπαθολογία και τη μοναξιά που βιώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται στοιχεία σχετικά με την τρίτη ηλικία και συγκεκριμένα για τη γήρανση του πληθυσμού και τις θεωρίες γύρω από αυτή, για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων καθώς και τα αισθήματα αυτοσυμπόνιας και ανθεκτικότητας που τους χαρακτηρίζουν. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής αναφορά στην κοινωνικότητα και τη μοναξιά στους ηλικιωμένους. Ειδικότερα, αναλύεται το αίσθημα της μοναξιάς στους ηλικιωμένους και τους παράγοντες που την επηρεάζουν όπως επίσης και την επίδραση που έχει τόσο στη σωματική υγεία όσο και στην ψυχική. Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία της παρούσας εργασίας, αναλύεται ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα και τα ερευνητικά εργαλεία. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο η εργασία καταλήγει σε συμπεράσματα και αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η τρίτη ηλικία

1.1 Η γήρανση του πληθυσμού

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο το οποίο παρατηρείται σε παγκόσμια κλίμακα και οφείλεται στην αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των ατόμων λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και στην ταυτόχρονη μείωση των γεννήσεων. Πιο συγκεκριμένα, η γήρανση του πληθυσμού ή δημογραφική γήρανση ορίζεται ως η διαφορά που παρατηρείται στις αναλογίες των ηλικιών με αύξηση των ατόμων άνω των 65 και μείωση των ατόμων με ηλικία 0-14 όπως επίσης και των ατόμων 14-64 ετών που αποτελούν τον παραγωγικό πληθυσμό. Η δημογραφική γήρανση πολλές φορές λανθασμένα ταυτίζεται με τη βιολογική γήρανση. Εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού παρατηρείται αλλαγή στην εμφάνιση των νόσων και επηρεάζεται το σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 1998 η γήρανση του πληθυσμού ήταν μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο για τον 21^ο αιώνα (Μπαμπάτσικου, 2009). Το 1999 ήταν η χρονιά η οποία αφιερώθηκε από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών στα ηλικιωμένα άτομα (Kalache, 1999). Η δημογραφική γήρανση αποτελεί μια ασυμμετρία της ηλικίας του πληθυσμού με αρνητική χροιά.

Από έρευνα που διεξήγαγε ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, διαπιστώθηκε πως η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα πρόβλημα με παγκόσμιες διαστάσεις και πως σχεδόν όλες οι χώρες, εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις, παρουσιάζουν δείγματα του φαινομένου αυτού που δεν έχουν παρατηρηθεί ποτέ ξανά στο παρελθόν. Σύμφωνα με προβλέψεις του ΟΗΕ, ο πληθυσμός των ατόμων τα οποία είναι άνω των 65 αναμένεται να αυξηθεί μέχρι το 2050 και μάλιστα φαίνεται πως θα διπλασιαστεί. Αντιθέτως, για τα άτομα ηλικίας 0-14 ετών προβλέπεται πως θα υπάρξει μείωση έως το 2030 που θα συνεχιστεί και ως το 2050 και αναμένεται να υποδιπλασιαστούν. (United Nations, 2017)

Η αύξηση των ατόμων μεγάλης ηλικίας συνδέεται με τη βελτίωση των συνθηκών ζωής, γεγονός που επιβεβαιώνεται παρατηρώντας δεδομένα των ανεπτυγμένων χωρών. Ειδικότερα, παρατηρείται πως σε χώρες που έχουν αναπτυχθεί πολύ νωρίτερα από τις άλλες, έχει εμφανιστεί

νωρίτερα και το φαινόμενο της γήρανσης και οι περισσότερες βρίσκονται στην Ευρώπη. Μια από τις χώρες που βρίσκονται εκτός Ευρώπης και ο πληθυσμός της είναι γερασμένος είναι η Ιαπωνία. (Haider, 2017)

Ο όρος τρίτη ηλικία περιγράφει τα άτομα προχωρημένης ηλικίας. Το 1964 ορίστηκαν από τον ΠΟΥ τα άτομα από 60 έως 74 ως ηλικιωμένοι, από 75 έως 89 σαν γέροντες και όσοι ήταν μεγαλύτεροι από 90 ως μεγάλοι γέροντες. Αντίθετα ο ΟΗΕ όρισε το 1980 ως τρίτη ηλικία τα άτομα άνω των 60 χρόνων. Η γήρανση είναι ένα φυσιολογικό γεγονός το οποίο δεν έχει σχέση με παθολογικά στοιχεία (Stokes 1961). Ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως ηλικιωμένου, δεν είναι σαφής καθώς λαμβάνει υπόψη μόνο τη χρονολογική ηλικία η οποία πολλές φορές δεν συμβαδίζει και με τη βιολογική ηλικία καθώς υπάρχουν πολλά παραδείγματα ατόμων τα οποία σε πολύ προχωρημένη ηλικία έχουν έντονη δραστηριότητα. Έτσι, χρησιμοποιείται η βιολογική ηλικία μόνο για διοικητικούς σκοπούς. (Κρεμαστινού, 2007)

Στη σημερινή εποχή όπου τα πάντα αλλάζουν με απίστευτους ρυθμούς, οι ηλικιωμένοι έχουν καθημερινά να αντιμετωπίσουν αλλαγές που αφορούν την τεχνολογία, το τρόπο ζωής, τις αξίες κλπ. Αποκομμένοι από τους δικούς τους ανθρώπους και απομονωμένοι από την κοινωνία η οποία κρατά μια αρνητική στάση απέναντί τους προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα που βιώνουν μόλις σταματούν την εργασία τους προσπαθώντας να διαχειριστούν συναισθήματα αγωνίας και άγχους για το αύριο, λύπης και θυμού για την κατάσταση και τη συμπεριφορά της κοινωνίας (Kastenbaum, 1980). Σε αυτές τις συνθήκες, οι ηλικιωμένοι καλούνται να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις τους, αρχικά με το σύντροφό τους με τον οποίο ξαναβρίσκονται τόσο πολλές ώρες μαζί τώρα, ύστερα από τόσα χρόνια, με τα παιδιά τους και την οικογένειά τους, με την κοινωνία και να προσδιορίσουν ξανά τους στόχους τους για τη ζωή, καθώς η ζωή πρέπει πάντα να έχει ένα στόχο. (Βιολάκη, 2000)

Στον ελληνικό πληθυσμό παρατηρείται αύξηση των ατόμων με ηλικία από 65 ετών και άνω. Η αλλαγή στην αναλογία του πληθυσμού της Ελλάδας ξεκίνησε από τη δεκαετία του 60 και έπειτα. Παρατηρείται, λοιπόν, από τότε μείωση στον αριθμό των γεννήσεων και αύξηση της θνησιμότητας λόγω της μεγάλης ηλικίας του πληθυσμού. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής και των ατόμων με ηλικία άνω των 65 οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως την ταυτόχρονη μείωση των γεννήσεων, τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και των υγειονομικών υποδομών

και την άνοδο της ποιότητας ζωής. Το γεγονός αυτό έχει αρνητικό αντίκτυπο σε πολλούς τομείς όπως τον δημογραφικό, τον κοινωνικό και κυρίως τον οικονομικό. (Μπαμπάτσικου, 2009)

1.2 Θεωρίες γήρανσης

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες σχετικά με τη γήρανση χωρίς να είναι σαφές το πως αυτή εξελίσσεται σε κάθε άτομο. Στα στοιχεία που φαίνεται να επηρεάζουν την ταχύτητα της, είναι η διατροφή που ακολουθεί το κάθε άτομο, ο τόπος κατοικίας του, το επάγγελμά του καθώς και οι συνθήκες που επικρατούν στο χώρο εργασίας, η ακτινοβολία την οποία δέχεται, η αθλητική του δραστηριότητα κλπ. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι η γήρανση επηρεάζεται από κληρονομικούς παράγοντες και πως υπάρχει συσχέτιση στο χρόνο ζωής των γονιών και παιδιών.

Η θεωρία προγραμματισμού της γήρανσης στηρίζεται στην ιδέα ότι κάθε οργανισμός, είναι ικανός να ζήσει ένα συγκεκριμένο αριθμό χρόνων, με αποτέλεσμα να είναι πιο ευάλωτος καθώς περνούν τα χρόνια και να χρειάζεται εξωτερική βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπίσει τις απειλές, όπως για παράδειγμα η υγιεινή διατροφή, η μείωση της έντασης των σωματικών δραστηριοτήτων, η λήψη φαρμάκων κλπ.

Η θεωρία λάθους της γήρανσης υποστηρίζει ότι εξωτερικοί παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά το σώμα. Αυτές οι θεωρίες στηρίζονται στην άποψη πως διάφορες χημικές ενώσεις που προκαλούν προβλήματα στο σώμα συσσωρεύονται και σταδιακά επιφέρουν τη γήρανση. Σε αυτή την περίπτωση, οι λύσεις που προτείνονται για την επιβράδυνση της γήρανσης, είναι η λήψη αντιοξειδωτικών, η προσθήκη στη διατροφή πολλών βιταμινών καθώς και ότι άλλο μπορεί να αποσυμφορήσει τον οργανισμό από αυτές τις χημικές ενώσεις. (Novoseltsev et al., 2003)

Η θεωρία της φθοράς, παραλληλίζει το σώμα με μια μηχανή, που καθώς λειτουργεί συνεχόμενα, φθείρεται. Σε αυτή την περίπτωση, έχουμε το θάνατο πολλών κυττάρων με την πάροδο των χρόνων με αποτέλεσμα τη μειωμένη αντίδραση του ανθρώπινου σώματος στις διάφορες καταστάσεις που έχει να αντιμετωπίσει. (Tabloski, 2006)

Η θεωρία της δραστηριότητας είναι αυτή που υποστηρίζει πως όσο πιο δραστήριοι είναι οι ηλικιωμένοι, τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση παίρνουν από τη ζωή τους καθώς η έλλειψη δραστηριοτήτων, τους οδηγεί στο να μην είναι ευχαριστημένοι και να μη βρίσκουν νόημα σε αυτή. Για να αποφύγουν αυτή την κατάσταση τα ηλικιωμένα άτομα, πρέπει να αντικαταστήσουν

τα παλιά τους ενδιαφέροντα, με νέα που μπορούν να υποστηρίξουν ώστε να γεμίσουν δημιουργικά το χρόνο τους.

Η θεωρία της συνοχής στηρίζεται στην άποψη ότι τα άτομα πρέπει να αντικαθιστούν τα ενδιαφέροντά τους με νέα και να προσαρμόζονται συνεχώς στις νέες συνθήκες χωρίς όμως να αλλάζουν πλήρως τον τρόπο ζωής τους καθώς δεν ενδείκνυται μεγάλες αλλαγές παρά μόνον μείωση των ρυθμών στους οποίους κινούνταν μέχρι σήμερα. (Tabloski, 2006)

Η θεωρία ανταλλαγής υποστηρίζει ότι τα ηλικιωμένα άτομα αποφεύγουν τη συνεχή επαφή με νεότερους ανθρώπους, καθώς έχουν μικρότερη διαθεσιμότητα σε πόρους και δε μπορούν να προσφέρουν συνεχώς σε αυτήν την ανταλλαγή. Τέλος, η θεωρία του εκσυγχρονισμού στηρίζει πως όσο πιο εξελιγμένη είναι η κοινωνία, τόσο λιγότερα περιθώρια κοινωνικοποίησης αφήνει στους ηλικιωμένους. (Roy & Russel, 2006)

1.3 Τρίτη ηλικία και ποιότητα ζωής

Από την αρχαιότητα έως σήμερα η ποιότητα ζωής απασχολεί συνεχώς τους ανθρώπους. Αρχικά αυτή συνδέθηκε με την απόκτηση υλικών αγαθών όμως στην πορεία προστέθηκαν νέοι δείκτες όπως η μόρφωση, η εργασία κλπ. (Prutkin και Feinstein 2002).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η ποιότητα ζωής είναι «η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στα πλαίσια του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στα οποία ζει, σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». (World Health Organization, 1999) Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρεία και επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από όλες τις καταστάσεις υγείας όπως τη σωματική και την ψυχολογική καθώς και τις κοινωνικές σχέσεις και προσωπικές απόψεις του ατόμου. (World Health Organization, 1999)

Σύμφωνα με τους George και Bearon (1980) η ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες. Η πρώτη αφορά την κατάσταση της υγείας τους και πόσο τους επιτρέπει να είναι λειτουργικοί, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στην οικονομική τους κατάσταση αλλά και στην κοινωνική θέση στην οποία έρχονται όταν σταματήσουν να εργάζονται. Η τρίτη περιλαμβάνει την ικανοποίηση που λαμβάνουν από τη ζωή

τους ενώ η τελευταία αφορά την αυτοεκτίμηση που αισθάνονται μετά τις αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή τους.

Μια διαφορετική οπτική δίνει ο Lawton (1991) ο οποίος κάνει μια κατηγοριοποίηση λαμβάνοντας υπόψη πιο γενικές έννοιες. Έχουμε λοιπόν πάλι 4 κατηγορίες με την πρώτη να εξετάζει το πόσο λειτουργικά παραμένουν τα άτομα στους τομείς που δραστηριοποιούνται, τη δεύτερη να εξετάζει την αντίληψη που έχει το ίδιο το άτομο για τις επιδόσεις του στις διάφορες δραστηριότητες, την τρίτη που ασχολείται με τα υλικά αγαθά που κατέχει καθώς επίσης και με την οικονομική του κατάσταση και η τέταρτη η οποία εξετάζει την ψυχολογική υγεία του ατόμου.

Άλλη μια θεωρία υποστηρίζει ότι η υγεία είναι ένα μόνο κομμάτι της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και πως άλλοι παράγοντες την επηρεάζουν σημαντικά, όπως ο θάνατος συγγενικών ή φιλικών προσώπων, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι οικονομική δυσχέρεια, τα ψυχολογικά προβλήματα,, το άγχος κλπ. (Gonzales-Salvador, 2000) Αντίθετα όμως πολλές έρευνες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται την υγεία ως το πιο σημαντικό αγαθό για την ύπαρξή τους. (Prutkin και Feinstein 2002)

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι αντικειμενικοί και κοινωνικοί δείκτες, καθώς επίσης και υποκειμενικοί δείκτες που αφορούν την σωματική και ψυχική κατάσταση του καθενός. Έτσι η υγεία είναι από τα πιο σημαντικά κριτήρια, είτε πρόκειται για την σωματική είτε για την ψυχική. Σημαντική επίσης είναι και η ευτυχία που αισθάνονται, και η οποία εξαρτάται από τη λειτουργική και την συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκονται, την διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών και τη συνέχιση των κοινωνικών επαφών.

1.4 Το αίσθημα της αυτοσυμπόνιας στους ηλικιωμένους

Η πρόοδος που έχει σημειωθεί στην ιατρική περίθαλψη, η βελτίωση της υγιεινής και η εκβιομηχάνιση έχουν ως αποτέλεσμα τον διπλασιασμό του προσδόκιμου ζωής σε σύγκριση με τον περασμένο αιώνα. Ως εκ τούτου, οι περισσότεροι άνθρωποι στις δυτικές κοινωνίες ζουν τώρα αρκετά για να βιώσουν διάφορες φυσικές, γνωστικές και κοινωνικές αλλαγές που

συνοδεύουν τη γήρανση, μερικές από τις οποίες μπορεί να υπονομεύσουν την ευημερία τους και την ικανοποίηση από τη ζωή τους στη μετέπειτα ζωή τους (Mirowsky & Ross, 1992).

Η αυτοσυμπόνια μπορεί να συμβάλει με σημαντικό βαθμό στην κατανόηση της ευημερίας των ηλικιωμένων, επειδή οι διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιδρούν στις αλλαγές της υγείας, της ψυχικής ικανότητας και των συνθηκών ζωής που σχετίζονται με την ηλικία μπορεί να αντανakλούν τον τρόπο με τον οποίο συμπονετικά αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους όταν προκύπτουν προβλήματα. Η υιοθέτηση μιας λογικής που περιλαμβάνει την αυτοσυμπόνια συνήθως επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ηλικιωμένοι νιώθουν για τη γήρανση και τον εαυτό τους, καθώς και τις αντιδράσεις τους στις αναπόφευκτες προκλήσεις, αποτυχίες και απώλειες. Επιπλέον, σε αντίθεση με πολλούς προγνωστικούς παράγοντες της ευημερίας, η αυτοσυμπόνια μπορεί να διδαχθεί σε ανθρώπους που ασκούν ιδιαίτερη κριτική στον εαυτό τους (Gilbert & Procter, 2006).

Η αυτοσυμπόνια ως συναίσθημα συμπεριλαμβάνει το να είναι κάποιος διακριτικός και ευγενής προς τον εαυτό του ενόψει μιας δυσκολίας ή μιας αντιλαμβανόμενης ανεπάρκειας και συνεπάγεται την αναγνώριση ότι η ταλαιπωρία, η αποτυχία και η έλλειψη δυνατοτήτων αποτελούν μέρος της ανθρώπινης υπόστασης και ότι όλοι οι άνθρωποι συμπεριλαμβανομένου του εαυτού μας, δικαιούνται συμπόνια (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Ο Neff (2003) πρότεινε πως η αυτοσυμπόνια περιλαμβάνει τρεις βασικές συνιστώσες: την καλοσύνη προς τον εαυτό έναντι της αυτοκριτικής, την αίσθηση του κοινού ανθρωπισμού έναντι της απομόνωσης και την ευσυνειδησία έναντι της υπερεκτίμησης.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της αυτοσυμπόνιας είναι ότι τα άτομα δεν κρίνουν αυστηρά και ούτε επικρίνουν τον εαυτό τους όταν παρατηρούν κάτι που δεν τους αρέσει και η αυτοκριτική είναι γνωστό ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης του άγχους και της κατάθλιψης (Neff, 2009). Η αυτοσυμπόνια εξακολουθεί να είναι ένας ισχυρός αρνητικός προγνωστικός δείκτης του άγχους και της κατάθλιψης ακόμη και μετά τον περιορισμό της αυτοκριτικής (Neff, 2003), υποδεικνύοντας ότι η αυτοσυμπόνια παρέχει τα ζητούμενα αποτελέσματα buffering (Neff, 2009).

Από μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε νεότερους ενήλικες διαπιστώθηκε πως η αυτοσυμπόνια συσχετίζεται ιδιαίτερα με την ψυχική υγεία και την προσαρμογή, συμπεριλαμβανομένων των χαμηλότερων περιστατικών κατάθλιψης, του μειωμένου άγχους και της μεγαλύτερης ικανοποίησης από τη ζωή (Neff, 2003). Η αυτοσυμπόνια επίσης συσχετίζεται θετικά με την ευτυχία, την αισιοδοξία, τη θετική επιρροή, τη σοφία, την προσωπική πρωτοβουλία, την περιέργεια και την ευχάριστη θέση, ενώ υπάρχει αρνητική συσχέτιση με τον νευρωτισμό (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η αυτοσυμπόνια σχετίζεται με την προσαρμοστικότητα, ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση των αποτυχιών, των απωλειών και του στρες. Είναι σημαντικό ότι οι σχέσεις μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ψυχολογικής ευεξίας είναι ανεξάρτητες από αυτές της αυτοεκτίμησης. Πράγματι, σύμφωνα με την έρευνα των Leary et al. (2007) διαπιστώθηκε ότι η αυτοσυμπόνια μπορεί να προβλέψει με μοναδικό τρόπο την ευημερία πιο έντονα από την αυτοεκτίμηση.

Οι μελέτες που έχουν διερευνήσει την αυτοσυμπόνια έχουν επίσης δείξει ότι η ύπαρξη αυτοσυμπόνιας μετριάζει τις αντιδράσεις σε αρνητικές ή δύσκολες καταστάσεις, βοηθώντας τους ανθρώπους να αντιδρούν με μεγαλύτερη συμπόνια προς τον εαυτό τους, τους άλλους ανθρώπους και τις καταστάσεις. Παρόλο που οι αντιδράσεις που διαμορφώνονται από την ύπαρξη του αισθήματος της αυτοσυμπόνιας θα μπορούσαν επίσης να ερμηνευτούν ως αδιαφορία, επιείκεια ή άρνηση αποδοχής ευθύνης, ισχύει το αντίθετο, καθώς οι άνθρωποι που διακατέχονται από αυτοσυμπόνια είναι πιο πιθανό να αναλάβουν την ευθύνη για τα λάθη και τις αποτυχίες τους και να αναλάβουν πρωτοβουλία για να προχωρήσουν σε προσωπικές αλλαγές (Leary et al., 2007, Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

Στην έρευνά του ο Akin (2010) εξέτασε τη σχέση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και του συναισθήματος της μοναξιάς και η έρευνά του στηρίχθηκε σε δείγμα 398 ατόμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της αυτοσυμπόνιας και της μοναξιάς. Επιπλέον, η ενθάρρυνση για αυτοσυμπόνια θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα επωφελής για τη μείωση της μοναξιάς και χρήσιμη για το άτομο, βοηθώντας το να καταπολεμήσει τις καταστρεπτικές αυτοκριτικές τάσεις, να αναγνωρίσει τη διασύνδεσή του με τους άλλους και να αντιμετωπίσει τα συναισθήματά τους με μεγαλύτερη διαύγεια και ευσυνειδησία (Akin, 2010).

1.5 Ηλικιωμένοι και ανθεκτικότητα

Η ανθεκτικότητα είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται σε παγκόσμιο επίπεδο για να περιγράψει μια διαδικασία κατά την οποία οι άνθρωποι ξεπερνούν τις αντιξοότητες και επιστρέφουν στους φυσιολογικούς τους ρυθμούς, ενώ ιδανικά βγαίνουν δυνατώτεροι και με μεγαλύτερη εμπειρία από το βίωμα αυτό. Διευκολύνει την ικανότητα των ατόμων να ξεπεράσουν τις προκλήσεις σε διάφορα σημεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Πρόκειται για μια επίκτητη ικανότητα η οποία αναπτύσσεται και μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου μέσα από συνεχείς εμπειρίες. Εφόσον δεν πρόκειται για κάτι στατικό, η ανθεκτικότητα μπορεί να καλλιεργηθεί μέσω παρεμβάσεων ώστε να βοηθηθεί το άτομο, και στη συγκεκριμένη περίπτωση οι ηλικιωμένοι, να την ενισχύσουν και να βελτιώσουν τα αποτελέσματα μετά από κάποια ιδιαίτερα γεγονότα που αποτελούν πρόκληση. Η ανθεκτικότητα αφορά πολλές πτυχές της ανθρώπινης ζωής και για το λόγο αυτό υπάρχουν διάφοροι τύποι όπως η ανθεκτικότητα στη γενική υγεία, η ψυχολογική και συναισθηματική ανθεκτικότητα και η φυσική ανθεκτικότητα. Συνεπώς, οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να μετρηθεί και να αξιολογηθεί είναι ποικίλοι (Resnick, 2014).

Η ανάπτυξη της ανθεκτικότητας θεωρείται ως μια δυναμική διαδικασία και ως ένα θετικό χαρακτηριστικό που συμβάλλει στην επιτυχή γήρανση. Δίνει τη δυνατότητα στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να αντιληφθούν προσωπικές προκλήσεις, που μπορεί να είναι σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές ή άλλες μορφές προκλήσεων, ως ευκαιρίες και να αναπτυχθούν μέσα από αυτές. Στα μοντέλα ανθεκτικότητας που έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς φαίνεται πως τα άτομα μπορούν να επανενταχθούν ομαλά και να ωριμάσουν μέσα από μια δύσκολη εμπειρία, να παραμείνουν τα ίδια ή να επιδείξουν κάποια συμπεριφορά δυσλειτουργικής επανένταξης, όπως η κατάθλιψη.

Η ανθεκτικότητα σε ένα άτομο μπορεί να αναγνωριστεί μέσα από πολλά χαρακτηριστικά. Ορισμένα από αυτά συμπεριλαμβάνουν την ικανότητα να ανταπεξέρχονται και να συνεχίζουν τη ζωή τους και τις σημαντικές δραστηριότητες. Γεγονός είναι πως τα άτομα που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας τείνουν να έχουν και υψηλότερο το αίσθημα της αυτοεκτίμησης. Τα άτομα με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση τείνουν να χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ανθεκτικότητα και είναι πιο πρόθυμα να επιχειρήσουν νέες προσπάθειες ή να αναλάβουν νέες ευθύνες όσον αφορά την εργασία και άλλες δραστηριότητες της ζωής (Macinnes, 2006).

Μια βασική συνιστώσα της ανθεκτικότητας είναι η αποφασιστικότητα και η αίσθηση της προθυμίας να επιμείνει κανείς στις προκλήσεις. Τα ανθεκτικά άτομα τείνουν να είναι πιο πρόθυμα να συγχωρήσουν τους άλλους, να οριοθετήσουν μια αίσθηση του σκοπού στη ζωή, ως αίσθηση της συνοχής και της αυτοπεποίθησης. Οι ίδιοι συνεχίζουν να εργάζονται για την επίτευξη των στόχων τους, προσδιορίζοντας το νόημα ή τον σκοπό στη ζωή τους και συμμετέχοντας σε δραστηριότητες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του αισθήματος πως κάτι έχει σκοπό και νόημα. Ανεξάρτητα από την κατάσταση, τα άτομα με ανθεκτικότητα πιστεύουν πως υπάρχει ελπίδα, ότι τα πράγματα θα βελτιωθούν, ο πόνος θα περάσει και θα υπάρξει λύση στα προβλήματά τους διότι είναι αποφασισμένοι για ένα θετικό αποτέλεσμα (Nygren et al., 2005).

Το πλήθος των ερευνών που έχουν μελετήσει την ψυχολογική ανθεκτικότητα στους ηλικιωμένους είναι περιορισμένες. Σε μια σχετική έρευνα από τους Shen & Zeng (2010) διαπιστώθηκε πως η ύπαρξη ανθεκτικότητας συμβάλλει στη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας κατά 6% στα άτομα που είχαν μεγαλύτερη αυτονομία και ήταν λιγότερο ανήσυχα και δεν αισθανόταν μοναξιά ή κοινωνική απομόνωση. Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι μια προσωπικότητα με ανεπτυγμένη την ανθεκτικότητα μπορεί να αντισταθμίσει τις αρνητικές επιπτώσεις της κακής υγείας (Windle, Woods & Markland, 2010). Σε άλλες έρευνες έχει διαπιστωθεί πως η ανθεκτικότητα μπορεί να προβλέψει την ψυχική υγεία στους ηλικιωμένους. Οι Lamond et al. (2008) έπειτα από την εξέταση των παραγόντων που μπορούν να προβλέψουν την ανθεκτικότητα, διαπίστωσαν πως προγνωστικούς παράγοντες αποτελούν η συναισθηματική υγεία και ευεξία, η αυτοπεποίθηση της επιτυχημένης γήρανσης, η κοινωνική επαφή με την οικογένεια και τους φίλους, η αισιοδοξία και η έλλειψη γνωστικών αποτυχιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Κοινωνικότητα και μοναξιά

2.1 Η μοναξιά στους ηλικιωμένους

Η μοναξιά είναι ένα αρνητικό συναίσθημα το οποίο υποδηλώνει την έλλειψη της αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης επαφής σε ένα άτομο και έχει ως αποτέλεσμα την παραίτηση και τη δυσαρέσκεια. Ο αντίκτυπος που μπορεί να έχει η μοναξιά είναι η εκδήλωση άγχους και σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης. Αν και το συναίσθημα αυτό δεν εκδηλώνεται μόνο στους ηλικιωμένους, παρόλα αυτά είναι η ομάδα στην οποία εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα. Όταν κάνει την εμφάνισή της σε νεότερες ηλικίες είναι πιο πιθανό να μην έχει διάρκεια, ενώ στους ηλικιωμένους είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Από έρευνες προκύπτει ότι το 24% των ηλικιωμένων στην Ευρώπη δηλώνει πως το σημαντικότερο πρόβλημα που έχει να αντιμετωπίσει είναι η μοναξιά. Επίσης, φάνηκε πως οι ηλικιωμένοι που έχουν χάσει το σύζυγο τους και ιδιαίτερα οι γυναίκες, είναι πιο πιθανό να νιώσουν μοναξιά όμως το πρόβλημα επηρεάζει γενικά και τα δύο φύλα, με συνέπεια πολλές φορές την εμφάνιση ψυχιατρικών νοσημάτων κάτι που καθιστά αυτόματα τη μοναξιά σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα.

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες να καθοριστεί η μοναξιά. Στην πρώτη, η μοναξιά αναφέρεται ως μία ψυχολογική κατάσταση η οποία κάνει τον άνθρωπο να αισθάνεται παρεξηγημένος, ότι τον έχει απορρίψει το περιβάλλον του ή πως δεν έχει τις απαιτούμενες κοινωνικές σχέσεις ώστε να πραγματοποιήσει τις δραστηριότητες που τον ικανοποιούν (Rook K.S, 1984). Στην άλλη, υποστηρίζεται ότι η μοναξιά είναι συνέπεια της έλλειψης ανθρώπινης επαφής ή της αδυναμίας του ατόμου να συνάψει και να κρατήσει κάποια επαφή. Τέλος, όλες οι μελέτες καταλήγουν σε τρία κοινά σημεία, ότι η μοναξιά είναι συνέπεια της αδυναμίας δημιουργίας κοινωνικών επαφών, έχει μεγάλη σχέση με την κοινωνική απομόνωση και προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα. (Πριάμη & Πλατή, 2000)

Ένα μεγάλο πλήθος μελετών έχει εξετάσει ορισμένες κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση και οι πραγματικές συνθήκες διαβίωσης, προκειμένου να διαπιστωθεί αν η διαφορά στις μεταβλητές

αυτές, που πιθανόν να ορίζουν διαφορετικές συνθήκες ζωής και προβλήματα, σχετίζεται με τη μοναξιά. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών κατέδειξαν ότι η μοναξιά είναι συχνότερη μεταξύ των ομάδων χαμηλού εισοδήματος και των ατόμων με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και μεταξύ των «ακραίων» ηλικιακών ομάδων, δηλαδή των εφήβων και των ηλικιωμένων ατόμων (Cacioppo et al., 2006). Επιπλέον, το συναίσθημα της μοναξιάς γίνεται εντονότερο μεταξύ αυτών που δεν έχουν υποστήριξη από κανέναν ή και περιορισμένες κοινωνικές επαφές με μέλη της οικογένειας, φίλους, γείτονες και γνωστούς, αυτών που ζουν μόνοι τους ή σε οικιστικές μονάδες.

2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν το αίσθημα της μοναξιάς

Η μοναξιά προκαλείται από την απουσία ανθρώπινων σχέσεων και την αδυναμία του ανθρώπου να διατηρήσει τις επαφές του. Έτσι φαίνεται πως η μοναξιά δηλώνει ότι το στρες είναι συνέπεια της κακών ποιοτικά σχέσεων και των ελάχιστων ποσοτικά κοινωνικών επαφών. (Thompson και Heller, 2006)

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το αίσθημα της μοναξιάς μπορεί να είναι το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, η οικονομική του κατάσταση, η υγεία του, η ποιότητα και ποσότητα των φίλων του, η συζυγική του κατάσταση ακόμα και η προσωπικότητά του. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε (Holmen, Eriksson και Winblad, 2003) διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη μοναξιάς συνδέεται με πτώση του διανοητικού επιπέδου του ατόμου.

Το φύλο φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνικοποίηση των ανθρώπων. Κοινωνικά, οι γυναίκες συνδέονται περισσότερο με την απόκτηση παιδιών σε σχέση με τους άντρες όμως επίσης και οι ίδιες ενδιαφέρονται πιο πολύ για αυτό. Έτσι, σε περίπτωση που τελικά δεν αποκτήσουν παιδιά, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αισθανθούν μοναξιά και να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Μάλιστα, αρκετές γυναίκες πιστεύουν ότι παρόλο που δέχονται αρκετά συχνά επισκέψεις από μέλη της οικογένειάς τους, αυτές έχουν ως κίνητρο την υποχρέωση και όχι το πραγματικό ενδιαφέρον για τις ίδιες. Τέλος, οι ηλικιωμένες σύμφωνα με έρευνες δείχνουν να θεωρούν πιο σημαντική την οικογενειακή φροντίδα και υποστήριξη σε σχέση με αυτή που παρέχεται από γνωστούς, φίλους ή γείτονες. (Koropeckyj-Cox, 1998)

Η προσωπικότητα είναι από τους πιο βασικούς παράγοντες που καθορίζουν το πώς θα αντιδράσει ο ηλικιωμένος στην πάροδο του χρόνου. Άνθρωποι με ισχυρή προσωπικότητα, ανοιχτό μυαλό και εύκολη προσαρμογή στις αλλαγές συνθηκών γερνούν πιο αργά. Κάτι που βοηθάει επίσης μπορεί να είναι η επιλογή μιας θρησκευτικής ζωής η οποία εξασφαλίζει ένα εναλλακτικό σημείο στήριξης. Σύμφωνα με μια μελέτη (Long και Martin, 2000) προέκυψε το συμπέρασμα πως η μοναξιά των ηλικιωμένων μειώνεται μέσω της στοργής από και για τα παιδιά. Φάνηκε επίσης πως οι αγχώδεις χαρακτήρες είναι πιο εύκολο να βιώσουν μοναξιά σε αντίθεση με τους εξωστρεφείς χαρακτήρες.

Η ποιότητα ζωής είναι επίσης κάτι το οποίο πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη. Οι συνθήκες διαβίωσης και η υγεία καθορίζουν την ποιότητα ζωής. Επίσης το αίσθημα της ικανοποίησης παίζει σημαντικό ρόλο με αποτέλεσμα αν ο ηλικιωμένος δεν αισθάνεται ικανοποιημένος τότε ίσως καταλήξει σε θλίψη, απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον και τελικά μοναξιά. (Holmen, Ericson & Winblad, 1999).

Η απόκτηση παιδιών δείχνει ακόμα να επηρεάζει σημαντικά τους ηλικιωμένους, καθώς η ύπαρξη παιδιών και εγγονιών δίνει τη δυνατότητα υποστήριξης σε δύσκολες ψυχολογικά καταστάσεις όπως το τέλος της εργασίας τους, ένα πρόβλημα υγείας ή η απώλεια ενός κοντινού προσώπου. (Dugan & Kivett , 1994). Μερικά πλεονεκτήματα της τεκνοποίησης είναι η εμπειρία να έχεις παιδιά, η υποστήριξη που λαμβάνεις από αυτά όταν είσαι σε μεγάλη ηλικία και το αίσθημα ότι θα συνεχίσεις να υπάρχουν μέσα από αυτά ακόμα και μετά το θάνατο. Έτσι οι ηλικιωμένοι με πολλά παιδιά και επαφή με αυτά δηλώνουν πως βιώνουν λιγότερη μοναξιά, όμως υπάρχουν και απόψεις πως η συχνή επικοινωνία με την οικογένεια δεν συνεπάγεται αυτόματα και καλύτερη συναισθηματική κατάσταση. Επομένως η μη ύπαρξη παιδιών είναι ένας παράγοντας που αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης μοναξιάς στην Τρίτη ηλικία. Αντίστοιχα προβλήματα προκαλούνται όμως και στην περίπτωση που τα ίδια τα παιδιά είναι ηλικιωμένα με αποτέλεσμα να έχουν τα ίδια προβλήματα υγείας άρα και μειωμένο χρόνο να ασχοληθούν με τους γονείς ή ακόμα και να έχουν πεθάνει. Σε αυτή την περίπτωση, η απώλεια είναι ένα από τα πιο τραυματικά γεγονότα που μπορεί να βιώσει κάποιος και προκαλεί αναμφίβολα μοναξιά και κατάθλιψη. (Phillip I, Rice, 2005).

Σημαντική είναι επίσης η γενικότερη κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων καθώς η ύπαρξη υγείας επιτρέπει τη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, προσφέρει καλή κινητικότητα

επομένως μειώνει την απομόνωση, αυξάνει την ψυχολογική ευημερία και δίνει ευκαιρίες για ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων.

Τέλος, η οξύτητα των αισθητήριων οργάνων είναι πολύ σημαντική καθώς όσο περνούν τα χρόνια παρατηρείται πτώση της ακουστικής και οπτικής ικανότητας. Έτσι τα άτομα κλείνονται στον εαυτό τους και αποφεύγουν να μιλούν σε άλλους καθώς για τη συνεννόηση απαιτούνται πολλές επαναλήψεις των όσων λέει ο συνομιλητής, κάτι που τους κάνει να αισθάνονται άβολα ή ακόμη φοβούνται πως ίσως δημιουργηθεί κάποια παρεξήγηση λόγω της κακής συνεννόησης. Επίσης, τα προβλήματα όρασης μειώνουν την κινητικότητα και επομένως την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων και τους απομονώνει από διάφορες πληροφορίες ακόμα και από τη γνώση. (Kathlen S. Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B. Watson, 2012)

2.3 Επίδραση μοναξιάς στην υγεία

Η σχέση μεταξύ της μοναξιάς και των επιπέδων υγείας ενός ατόμου είναι πολύπλοκη. Η αδυναμία διατήρησης ενός συνηθισμένου τρόπου ζωής λόγω κακής σωματικής υγείας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς. Είναι επίσης πιθανό ότι η μοναξιά οδηγεί σε αδυναμία διατήρησης ενός συνήθη τρόπου ζωής (Alpass & Neville, 2003).

Οι κίνδυνοι που εγκυμονούν για την υγεία η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση είναι ιδιαίτερα σοβαροί για τους ηλικιωμένους. Η μοναξιά, μέσα από έρευνες, έχει διαπιστωθεί πως αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις μεγάλες αλλαγές της πορείας ζωής που έρχονται αντιμέτωποι οι ηλικιωμένοι ενήλικες, συμπεριλαμβανομένης της συνταξιοδότησης, τη μείωση της κινητικότητας, την αύξηση των ασθενειών και των αναπηριών, καθώς και την απώλεια του συντρόφου και άλλων μελών του κοινωνικού τους κύκλου (Coyle & Dugan, 2012). Ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας για την ψυχική υγεία αναφέρει έναν βασικό ορισμό της μοναξιάς ως μια δυσάρεστη υποκειμενική κατάσταση ανίχνευσης μιας διαφοράς μεταξύ του επιθυμητού ποσού συντροφικότητας ή συναισθηματικής υποστήριξης και εκείνου που είναι διαθέσιμο από το περιβάλλον του ατόμου (Adams, Sanders & Auth, 2004).

Αναφορικά με τις επιπτώσεις της μοναξιάς στην ψυχική υγεία, έχουν αναφερθεί συχνά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της μοναξιάς και των υψηλότερων επιπέδων κατάθλιψης ή των

χαμηλότερων επιπέδων ικανοποίησης από τη ζωή (Golden et al., 2009). Έχει επίσης βρεθεί πως υπάρχει μια διαχρονική σχέση ανάμεσα στη μοναξιά και στην εκδήλωση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι Cacioppo, Hawkey, and Thisted (2010) στην έρευνα διάρκειας 5 ετών την οποία διεξήγαγαν, διαπίστωσαν ότι η μοναξιά προβλέπει την κατάθλιψη ακόμη και όταν η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, ο νευρωτισμός, τα αγχωτικά συμβάντα ζωής και η κοινωνική υποστήριξη είναι ελεγχόμενοι παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, δήλωσαν πως όταν δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στη μοναξιά τότε αυξάνονται οι πιθανότητες ένας άνθρωπος να παραμείνει υγιής και λειτουργικός καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Επιπλέον, η μοναξιά βρέθηκε πως προβλέπει την αύξηση της κατάθλιψης και της συστολικής αρτηριακής πίεσης καθώς και τη μείωση της σωματικής δραστηριότητας.

Στην έρευνα τους οι Coyle & Dugan (2012) εξέτασαν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, η μοναξιά δεν εμφάνιζε ισχυρή συσχέτιση με την κοινωνική απομόνωση, παρόλα αυτά συσχετίστηκε με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσει κάποιος ηλικιωμένος ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας. Επίσης, διαπιστώθηκε πως όταν υπάρχει αποτυχία στη διάκριση μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και των συναισθημάτων της μοναξιάς, μπορεί να υπάρξουν δυσκολίες στον εντοπισμό των επιπτώσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

2.3.1 Μοναξιά και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη και η μοναξιά είναι δύο καταστάσεις που συνδέονται στενά και συχνά συνυπάρχουν στους ηλικιωμένους. Η μοναξιά είναι ένας σταθερός και ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη. Ωστόσο, παρά την αλληλοεπικάλυψη, η μοναξιά και η κατάθλιψη θεωρούνται ξεχωριστές οντότητες. Από κλινική άποψη, είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι που είναι μόνοι συχνά εμφανίζονται με συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά τα άτομα με κατάθλιψη δεν αναφέρουν πάντα ότι αισθάνονται μόνοι τους. Ορισμένες αναλυτικές μελέτες κατά παράγοντα παρέχουν επίσης υποστηρικτικά στοιχεία στην ιδέα ότι η κατάθλιψη και η μοναξιά είναι διαφορετικές έννοιες (Luanaigh & Lawlor, 2008). Συχνά αναφέρεται πως η κατάθλιψη είναι απόρροια της πτώσης της υγείας και της λειτουργικής εξασθένησης στον ηλικιωμένο ενήλικα, ωστόσο ορισμένα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση μπορεί να

είναι πιο σημαντικές επιδράσεις στην εμπειρία της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Alpass & Neville, 2003).

Σε αντίθεση με τη μοναξιά, η κατάθλιψη αναγνωρίζεται εδώ και πολλά χρόνια ως ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων ενηλίκων. Ο Blazer (2002) υποστηρίζει πως η μοναξιά με την κατάθλιψη συνδέονται τόσο ενστικτωδώς όσο και εμπειρικά. Οι έρευνες που μελετούν τα ποσοστά σοβαρής κατάθλιψης σε ενήλικες άνω των 65 ετών έδειξαν πως ο επιπολασμός ανέρχεται στο 15% γενικά ενώ στα ιδρύματα περίθαλψης αγγίζει το 20%. Στην έρευνα των Dorfman et al. (1995) βρέθηκε πως σε ένα δείγμα 943 ηλικιωμένων με καλή ποιότητα ζωής που υποβλήθηκαν σε εξέταση για θέματα ψυχικής υγείας, το 10% βρέθηκε πως έπασχε κλινικά από κατάθλιψη ενώ υπήρχε και ένα 20% με ήπια κατάθλιψη. Ο Adams (2001) στην έρευνά του εντόπισε ένα 13% του δείγματος που αποτελούνταν από εξωτερικούς ηλικιωμένους ασθενείς που σύμφωνα με την κλίμακα για τη γηριατρική κατάθλιψη ανήκαν στην περιοχή κινδύνου για κατάθλιψη. Οι αρνητικές επιπτώσεις της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ενήλικες είναι καλά εδραιωμένες, συμπεριλαμβανομένων της αυξημένης λειτουργικής αναπηρίας, του αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας, της υποτροπιάζουσας ψυχιατρικής ασθένειας και της συννοσηρότητας, της αυξημένης γνωστικής δυσλειτουργίας και της αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας από άλλες ιατρικές καταστάσεις (Adams, Sanders & Auth, 2004).

Στην έρευνα των Alpass & Neville (2003) διερευνήθηκαν οι σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στη μοναξιά, την υγεία και την κατάθλιψη σε 217 άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών. Οι συμμετέχοντες προχώρησαν στη συμπλήρωση εργαλείων αυτοαναφοράς για τη μοναξιά, την κοινωνική υποστήριξη, την κατάθλιψη και τη σωματική υγεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως εκτός των άλλων, η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της μοναξιάς ήταν η πιο σημαντική, με τα άτομα που ένιωθαν πιο έντονα το συναίσθημα της μοναξιάς να είναι εκείνα που είχαν σημειώσει τη μεγαλύτερη βαθμολογία στην Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης. Επιπλέον, διαπίστωσαν πως οι απώλειες που βιώνουν και σχετίζονται με την ηλικία, όπως η απώλεια επαγγελματικής ταυτότητας, η φυσική κινητικότητα και η αναπόφευκτη απώλεια της οικογένειας και των φίλων, μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα ενός ατόμου να διατηρεί τις κοινωνικές σχέσεις και την αυτονομία του, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

2.3.2 Μοναξιά και θνησιμότητα

Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση συνδέονται με την αυξημένη θνησιμότητα, αλλά δεν είναι βέβαιο εάν τα αποτελέσματα αυτά είναι ανεξάρτητα ή αν η μοναξιά αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική δίοδο μέσω της οποίας επιδεινώνεται η υγεία. Οι κοινωνικές σχέσεις είναι ζωτικής σημασίας για την ανθρώπινη ευημερία και εμπλέκονται στη διατήρηση της καλής υγείας. Η κοινωνική απομόνωση είναι μια αντικειμενική και μετρήσιμη αντανάκλαση της μειωμένης συχνότητας των επαφών με τον κοινωνικό περίγυρο και της ανεπάρκειας της κοινωνικής επαφής. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερο πρόβλημα στους ηλικιωμένους, όταν η μείωση των οικονομικών πόρων, η εξασθένηση της κινητικότητας και ο θάνατος των συνομήλικων προάγουν τον περιορισμό των κοινωνικών επαφών. Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων, λοιμώξεων, θνησιμότητας και έκπτωση της μνήμης . Η κοινωνική απομόνωση έχει επίσης συσχετιστεί με αυξημένη αρτηριακή πίεση, αύξηση της C-reactive πρωτεΐνης και γλυκοπρωτεΐνης fibrinogen και με αυξημένες φλεγμονώδεις και μεταβολικές αντιδράσεις στο άγχος (Steptoe et al., 2013).

Η σχέση μεταξύ μοναξιάς και θνησιμότητας φαίνεται να μειώνεται με την επιδείνωση της υποκειμενικής υγείας υποδηλώνοντας τη σημαντικότητα των ασθενειών στην τρίτη ηλικία. Η υποκειμενική υγεία έχει προταθεί να αποτελεί ένα ευαίσθητο και περιληπτικό εργαλείο μέτρησης της γενικής κατάστασης της υγείας και έναν σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της θνησιμότητας. Η υποκειμενική υγεία έχει μια βιολογική βάση που δείχνει βαθμηδόν συσχέτιση, για παράδειγμα με εργαστηριακές τιμές, και καλύπτει ένα ευρύ φάσμα συνθηκών υγείας. Αν και η συσχέτιση μεταξύ της μοναξιάς και της θνησιμότητας φαινόταν να μειώνεται με την επιδείνωση της υγείας, παρέμεινε σημαντική μετά τον έλεγχο της υποκειμενικής υγείας υποδηλώνοντας ότι η αύξηση της θνησιμότητας δεν εξηγείται μόνο από ασθένειες. (Pitkala et al., 2004).

Στην έρευνα των Tilvis et al. (2011), το ποσοστό θνησιμότητας των μοναχικών ατόμων που υπολογίστηκε με βάση την ηλικία, το φύλο και την υποκειμενική υγεία αυξανόταν συνεχώς με την πάροδο του χρόνου υποδεικνύοντας πως το έντονο αίσθημα της μοναξιάς δεν είναι απλώς συνέπεια των έντονων αλλαγών στις συνθήκες υγείας και διαβίωσης αλλά μπορεί να επιδεινώσει τους μηχανισμούς που οδηγούν στην επιδείνωση της μακροπρόθεσμης πρόγνωσης επιβίωσης.

Εκτός από την ηλικία και το φύλο, η υποκειμενική ανάγκη για καθημερινή βοήθεια φαίνεται να είναι τόσο ο πιο σχετικός παράγοντας με τη μοναξιά όσο και ο πιο ισχυρός παράγοντας σύγκρισης στις αναλύσεις επιβίωσης.

Οι Luo et al. (2012) εξέτασαν επίσης τη σχέση ανάμεσα στη μοναξιά, την υγεία και τη θνησιμότητα σε ένα δείγμα 2101 ενηλίκων ηλικίας άνω των 50 ετών. Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν έδειξαν πως το αίσθημα της μοναξιάς έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία και τη θνησιμότητα. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, τις κοινωνικές σχέσεις και τις συμπεριφορές της υγείας, οι ηλικιωμένοι ενήλικες με τα υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς είχαν 1,96 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν μέσα σε έξι χρόνια σε σύγκριση με εκείνους που είχαν χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Μεθοδολογία

3.1 Σκοπός έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Η μοναξιά των ηλικιωμένων πολλές φορές συνδέεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και επηρεάζει τα επίπεδα ποιότητας ζωής τους. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η διερεύνηση των κοινωνικών σχέσεων, της ψυχοπαθολογίας και της μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που θα εξεταστούν στην παρούσα μελέτη είναι τα εξής:

- Επηρεάζουν οι δημογραφικοί παράγοντες και ο τρόπος ζωής το αίσθημα της μοναξιάς;
- Κατά πόσο η μοναξιά των ηλικιωμένων συνδέεται με συμπτώματα ψυχοπαθολογίας και επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ της μοναξιάς που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι και των επιπέδων υγείας τους;
- Τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και συγχωρητικότητας επηρεάζουν το συναίσθημα της μοναξιάς των ηλικιωμένων;

3.2 Πληθυσμός και μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του ΤΕΙ Θεσσαλίας, από τον Ιανουάριο του 2018 έως τον Ιούνιο του 2018. Γενικός σκοπός της ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της οικογενειακής κρίσης και της ανθεκτικότητας με την επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 100 άτομα ηλικίας άνω των 65, εκ των οποίων τα 45 είναι άνδρες.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής ανάλυσης και συγκεκριμένα της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων. Αρχικά, μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση και έπειτα τα δεδομένα καταχωρήθηκαν σε μια βάση. Η ανάλυση που ακολούθησε ήταν αρχικά περιγραφική για την εύρεση των συχνοτήτων και σχετικών

συχνοτήτων των δεδομένων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε και επαγωγική ανάλυση με τη διεξαγωγή ελέγχου συσχετίσεων, t-test και ελέγχων ANOVA. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS v. 24.

3.3 Ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε προς συμπλήρωση απαρτίζεται από επιμέρους σταθμισμένες κλίμακες που χρησιμοποιούνται ευρέως στη βιβλιογραφία. Η πρώτη από αυτές ήταν μια κλίμακα Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων που αφορούσε τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση κλπ. Οι υπόλοιπες κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για το ερωτηματολόγιο ήταν η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90, η Κλίμακα Επισκόπησης της Υγείας SF-36, η Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC), η Κλίμακα αξιολόγησης της Συγχώρησης (HFS), η Κλίμακα αξιολόγησης της αυτοσυμπόνιας (SCS) και η Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς (Emotional and Social Loneliness Scale-ESLS). Ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή των κλιμάκων αυτών:

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90 αναπτύχθηκε το 1977 από τον Derogatis και στοχεύει στην αποτύπωση της παρούσας ψυχοπαθολογίας του ατόμου. Απαρτίζεται από 90 ερωτήσεις που απαντώνται σύμφωνα με μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert που ξεκινά από το 0 (καθόλου) και καταλήγει στο 4 (υπερβολικά), από τις οποίες προκύπτουν 9 υποκλίμακες. Οι υποκλίμακες αυτές είναι η σωματοποίηση, ο ιδεοψυχαναγκασμός, η διαπροσωπική ευαισθησία, η κατάθλιψη, η επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός και οι διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Από τις υποκλίμακες αυτές υπολογίζονται και τρεις επιπλέον δείκτες που είναι ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων. Η παρούσα κλίμακα παρουσιάζει καλή προσαρμογή στον ελληνικό πληθυσμό (Ντώνιας και συν, 1991).

Κλίμακα Επισκόπησης της Υγείας SF-36

Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 11 αντικείμενα, ορισμένα από τα οποία απαρτίζονται και από υποερωτήματα και στοχεύει στη μέτρηση 8 διαστάσεων που αφορούν τη σχετιζόμενη με την

υγεία ποιότητα ζωής. Οι διαστάσεις που εξετάζονται μέσω της κλίμακας αυτής είναι η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος, ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία (Ware & Sherbourne, 1992). Από τις υποκλίμακες αυτές προκύπτουν δύο γενικοί δείκτες, η συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας και η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας αυτής θεωρείται πως είναι πολύ καλές και είναι ικανοποιητικές και για τον ελληνικό πληθυσμό.

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)

Η κλίμακα αυτή στόχο έχει να εξετάσει πέντε παράγοντες οι οποίοι είναι α) η προσωπική επάρκεια, τα υψηλά κριτήρια και επιμονή, β) η εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, δηλαδή τη μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση, και ενδυναμωτική επίδραση του στρες, γ) τη θετική αποδοχή της αλλαγής και τις ασφαλείς σχέσεις, δ) τον έλεγχο και ε) τις πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Αποτελείται από 25 ερωτήσεις οι οποίες απαντώνται σύμφωνα με μια 5-βάθμια κλίμακα από το 0 έως το 4 με το 0 να αντιπροσωπεύει το καθόλου αληθές και το 4 το σχεδόν πάντα αληθές. Η κλίμακα αυτή έχει σταθμιστεί και παρουσιάζει ικανοποιητική συνάφεια και αξιοπιστία. Η μετάφραση και στάθμισή της στα ελληνικά έχει γίνει από τους Δημητριάδου & Σταλικά το 2008.

Κλίμακα αξιολόγησης της Συγχώρησης (HFS)

Η ανάπτυξη της κλίμακας αυτής ξεκίνησε το 1998 και το 1999 πήρε την τελική μορφή στην οποία χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Δημοσιεύθηκε το 2003 από τους Thomson & Snyder ενώ το 2005 δημοσιεύθηκε μια σχετική μελέτη που περιείχε την κλίμακα αυτή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών που ακολούθησαν, διαπιστώθηκε πως η κλίμακα αξιολόγησης της Συγχώρησης παρουσιάζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Αποτελείται από 18 ερωτήσεις οι οποίες απαντώνται σε μια επταβάθμια κλίμακα συχνότητας από το 1 έως το 7 (1= σχεδόν πάντα λάθος για μένα, 3= πιο συχνά λάθος για μένα, 5= πιο συχνά αληθινή για μένα, 7= σχεδόν πάντα αληθινή για μένα). Οι ερωτήσεις αυτές ομαδοποιούνται σε επιμέρους υποκλίμακες, τη συγχώρεση του εαυτού, των άλλων και των καταστάσεων.

Κλίμακα αξιολόγησης της αυτοσυμπόνιας (SCS)

Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε το 2003 από την Kristian Neff. Αποτελείται από 26 ερωτήματα που απαντώνται σε μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, με το 1 να αντιπροσωπεύει το σχεδόν

ποτέ και το 5 το σχεδόν πάντα. Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο αυτό προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων, αφού έχει προηγηθεί αντιστροφή ορισμένων από αυτές. Η στάθμιση της κλίμακας στα ελληνικά έχει γίνει από τους Mantzios, Wilson & Giannou (2013) και χαρακτηρίζεται από εγκυρότητα και αξιοπιστία ενώ παράλληλα θεωρείται πως προσαρμόζεται καλά στον ελληνικό πληθυσμό.

Κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς (Emotional and Social Loneliness Scale-ESLS)

Η κλίμακα αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς αναπτύχθηκε το 2006 από τους Gierveld και Tilbur. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα των 11 θέσεων που αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση της μοναξιάς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Αποτελέσματα

4.1 Περιγραφική ανάλυση

		N	%
Φύλο	Ανδρας	45	45.9%
	Γυναίκα	53	54.1%
	Σύνολο	98	100.0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	7	7.1%
	Έγγαμος/η	59	59.6%
	Διαζευγμένος/η	1	1.0%
	Χήρος/α	32	32.3%
	Σύνολο	99	100.0%
Τόπος καταγωγής	Χωριό/Κωμόπολη	55	76.4%
	Πόλη <150.000 κατοίκους	11	15.3%
	Πόλη >150.000 κατοίκους	6	8.3%
	Σύνολο	72	100.0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	29	30.2%
	Απόφοιτος Δημοτικού	38	39.6%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	11	11.5%
	Απόφοιτος Λυκείου	7	7.3%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	10.4%
	Μεταπτυχιακά	1	1.0%
	Σύνολο	96	100.0%
Παίρνετε σύμβαση;	Ναι	84	87.5%
	Όχι	12	12.5%
	Σύνολο	96	100.0%
Η σύμβαση είναι καλή;	Ναι	53	58.9%
	Όχι	37	41.1%
	Σύνολο	90	100.0%

Πίνακας 1 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως το ποσοστό των ανδρών και των γυναικών κυμαίνεται περίπου στα ίδια επίπεδα με τους άνδρες να αποτελούν το 45.9% των ερωτηθέντων και τις γυναίκες το 54.1%. Αναφορικά με την οικογενειακή

κατάσταση, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι με ποσοστό 59.6% ενώ μόλις ένας δήλωσε διαζευγμένος με ποσοστό 1%. Στην ερώτηση για τον τόπο καταγωγής το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε πως κατάγεται από χωριό/κωμόπολη (76.4%) ενώ από πόλεις κατάγεται το 23.6%. Παρατηρώντας τις απαντήσεις που δόθηκαν για το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι ερωτηθέντες στην πλειοψηφία τους είναι αναλφάβητοι ή απόφοιτοι Δημοτικού με ποσοστό 69.8%, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ είναι το 10.4% ενώ κάτοχος μεταπτυχιακού είναι μόλις ένας. Στην ερώτηση «Παίρνετε σύνταξη;» η πλειοψηφία αποκρίθηκε θετικά με ποσοστό 87.5% όμως σχετικά με το αν η σύνταξη αυτή είναι καλή ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 41.1% απάντησε πως δεν είναι.

		N	%
Έχετε αδέρφια;	Ναι	87	87.0%
	Όχι	13	13.0%
Σύνολο		100	100.0%
Πόσα;	1	21	26.3%
	2	11	13.8%
	3	12	15.0%
	4	13	16.3%
	5	8	10.0%
	6	7	8.8%
	7	3	3.8%
	8	3	3.8%
	10	1	1.3%
	11	1	1.3%
Σύνολο		80	100.0%
Έχετε αδελφή;	Ναι	64	71.9%
	Όχι	25	28.1%
Σύνολο		89	100.0%
Έχετε αδελφό;	Ναι	57	64.0%
	Όχι	32	36.0%
Σύνολο		89	100.0%
Σειρά γέννησής σας	1	22	28.2%
	2	24	30.8%
	3	11	14.1%
	4	8	10.3%
	5	3	3.8%
	6	6	7.7%
	7	2	2.6%
	8	2	2.6%
Σύνολο		78	100.0%
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	71	92.2%
	Όχι	2	2.6%
	Όχι με όλα	4	5.2%
Σύνολο		77	100.0%

Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων

Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες ρωτήθηκαν για το αν έχουν αδέρφια με η συντριπτική πλειοψηφία του 87% να απαντά πως έχει. Για το πλήθος αυτών υπήρχαν ποικίλες απαντήσεις με τους περισσότερους να δηλώνουν πως έχουν από 1 έως 4 αδέρφια, ενώ υπήρχαν και απαντήσεις όπου

δηλώθηκε πως υπήρχαν 10 και 11 αδέρφια. Στις ερωτήσεις «Έχετε αδελφή;» και «Έχετε αδελφό;» το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε θετικά με τις αντίστοιχες τιμές να είναι 71.9% και 64%. Αναφορικά με τη σειρά γέννησης, τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 28.2% των ερωτηθέντων έχουν γεννηθεί πρώτοι και το 30.8% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, έχουν γεννηθεί δεύτεροι. Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία της τάξεως του 92.2% έχει καλές σχέσεις με τα αδέρφια όμως υπάρχει και ένα ποσοστό 7.8% που δεν έχει καλές σχέσεις είτε με κάποια από τα αδέρφια είτε με κανένα.

		N	%
Έχετε παιδιά;	Ναι	84	85.7%
	Όχι	14	14.3%
	Σύνολο	98	100.0%
Πόσα;	1	10	13.7%
	2	34	46.6%
	3	20	27.4%
	4	4	5.5%
	5	3	4.1%
	6	1	1.4%
	7	1	1.4%
	Σύνολο	73	100.0%
Πάσχετε από κάτι;	Ναι	62	66.0%
	Όχι	32	34.0%
	Σύνολο	94	100.0%
Έχετε καλές σχέσεις με τους γονείς σας;	Ναι	94	96.9%
	Όχι με τον πατέρα	3	3.1%
	Όχι με τη μητέρα	0	0.0%
	Σύνολο	97	100.0%
Σε ποιον είχατε περισσότερη αδυναμία από τους γονείς σας;	Μητέρα	20	20.0%
	Πατέρα	18	18.0%
	Και στους δύο	57	57.0%
	Σε κανέναν από τους δύο	5	5.0%
	Σύνολο	100	100.0%

Πίνακας 3 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων

Όπως παρουσιάζεται και στον παραπάνω πίνακα, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες έχουν παιδιά με ποσοστό 85.7% και μάλιστα η πλειοψηφία αυτών έχει 2 ή 3 παιδιά με ποσοστό 46.6%

και 27.4% αντίστοιχα. Εκτός των στοιχείων που αφορούν την οικογενειακή τους κατάσταση, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν και αν πάσχουν από κάτι. Προέκυψε πως τα δύο τρίτα του συνόλου απάντησαν θετικά, ενώ το ένα τρίτο δεν πάσχει από κάτι. Στη συνέχεια, στην ερώτηση σχετικά με το αν έχουν καλές σχέσεις με τους γονείς, σχεδόν όλοι απάντησαν πως έχουν με ποσοστό 96.9% παρόλα αυτά υπήρξαν και 3 άτομα που δήλωσαν πως δεν έχουν καλή σχέση με τον πατέρα με ποσοστό 3.1%. Στην τελευταία ερώτηση του πίνακα αυτού, που αφορά το γονέα που οι ερωτηθέντες είχαν περισσότερη αδυναμία, περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες δήλωσαν πως έχουν αδυναμία και στους δύο με ποσοστό 57%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τον πατέρα και τη μητέρα ανέρχονται σε 20% και 18% αντίστοιχα.

		N	%
Με ποιον μένετε;	Μόνος/η	33	33.0%
	Με τον/την σύντροφο	56	56.0%
	Με κάποιον φίλο/η	0	0.0%
	Με την αδελφή	1	1.0%
	Με τον αδελφό	0	0.0%
	Με τα παιδιά μου	10	10.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Έχετε κόρη/ες;	Ναι	65	77.4%
	Όχι	19	22.6%
	Σύνολο	84	100.0%
Αν έχετε κόρη/ες, ζει κοντά σας;	Ναι	34	44.7%
	Όχι	42	55.3%
	Σύνολο	76	100.0%
Έχετε γιο;	Ναι	60	77.9%
	Όχι	17	22.1%
	Σύνολο	77	100.0%
Αν έχετε γιο, ζει κοντά σας;	Ναι	30	40.0%
	Όχι	45	60.0%
	Σύνολο	75	100.0%

Πίνακας 4 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, στην ερώτηση «Με ποιον μένετε;» το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (56%) απάντησε με τον/τη σύντροφο και το 33% μόνος/η. Επίσης, υπήρχαν 10 άτομα τα οποία μένουν με τα παιδιά τους, ενώ 1 άτομο μένει μαζί

με την αδερφή του. Στην ερώτηση για το αν έχουν κόρες, το 77.4% απάντησε θετικά και παρόμοιο ποσοστό (77.9%) εμφανίζεται και στην ερώτηση «Έχετε γιο;». Σχετικά με το αν η κόρη ή ο γιος μένουν κοντά στους ερωτηθέντες και στις δύο περιπτώσεις οι περισσότεροι απάντησαν αρνητικά με ποσοστό 55.3% και 60% αντίστοιχα.

		N	%
Κάνετε διακοπές;	Ναι	36	36.4%
	Όχι	63	63.6%
	Σύνολο	99	100.0%
Περπατάτε;	Ναι	83	86.5%
	Όχι	13	13.5%
	Σύνολο	96	100.0%
Έχετε κήπο;	Ναι	78	80.4%
	Όχι	19	19.6%
	Σύνολο	97	100.0%
Είχατε φίλους;	Ναι	92	92.0%
	Όχι	8	8.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	90	90.0%
	Όχι	10	10.0%
	Σύνολο	100	100.0%
Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	43	43.9%
	Όχι	55	56.1%
	Σύνολο	98	100.0%

Πίνακας 5 Συχνότητα και σχετική συχνότητα των δημογραφικών στοιχείων

Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα στις ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειες του δείγματος. Ξεκινώντας από την πρώτη ερώτηση «Κάνετε διακοπές;» διαπιστώνεται πως τα δύο τρίτα του δείγματος έχουν απαντήσει αρνητικά. Από την άλλη, το περπάτημα φαίνεται να προτιμούν πολλοί από τους ερωτηθέντες καθώς το 86.5% αποκρίθηκε πως περπατάει. Στη συνέχεια, αναφορικά για το αν έχουν κήπο ή όχι, 8 στους 10 ερωτηθέντες δήλωσαν πως έχουν. Αναφορικά με το αν είχαν φίλους στο παρελθόν αλλά και αν έχουν και σήμερα, οι απαντήσεις στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι θετικές και για τις δύο περιπτώσεις με ποσοστό 92% και 90% αντίστοιχα. Τέλος, στην ερώτηση για το αν θα επιθυμούσαν

περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι, το 56.1% φαίνεται πως δεν θα ήθελε καθώς έχει απαντήσει αρνητικά.

	Min	Max	Mean	SD
Σωματοποίηση (SCL-90)	0.00	38.00	14.50	10.50
Ιδεοψυχαναγκασμός (SCL-90)	0.00	32.00	12.62	7.57
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	0.00	28.00	10.29	7.07
Κατάθλιψη (SCL-90)	0.00	36.00	15.08	9.34
Άγχος (SCL-90)	0.00	30.00	10.26	8.39
Επιθετικότητα (SCL-90)	0.00	17.00	5.79	4.57
Φοβικό άγχος (SCL-90)	0.00	17.00	5.97	5.11
Παρανοειδής ιδεασμός (SCL-90)	0.00	19.00	6.95	4.29
Ψυχωτισμός (SCL-90)	0.00	24.00	7.55	6.08
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) (SCL-90)	0	19	8.29	4.78
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	0.00	2.46	1.08	.67
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	1	3	1.82	.68
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	0.00	90.00	50.87	24.08

Πίνακας 6 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCL-90

Για την κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90 υπολογίστηκαν κάποιες επιμέρους υποκλίμακες με βάση τις απαντήσεις που δόθηκαν. Σε όλες τις υποκλίμακες, πλην του «Δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» η ελάχιστη τιμή είναι ίση με 0 ενώ η μέγιστη τιμή διαφέρει ανάλογα με την υποκλίμακα. Στη «Σωματοποίηση» η μέση τιμή είναι ίση με 14.5 ενώ η τυπική απόκλιση 10.5. Τα αντίστοιχα μεγέθη για τον «Ιδεοψυχαναγκασμό» είναι 12.62 και 7.57 αντίστοιχα. Στην «Κατάθλιψη» και το «Άγχος» η μέση τιμή είναι 15.08 και 10.26 ενώ η τυπική απόκλιση 9.34 και 8.39. Ο μέσος όρος για το «Γενικό δείκτη συμπτωμάτων» είναι 1.08 και η αντίστοιχη τυπική απόκλιση 0.67. Τέλος, η μέση τιμή και τυπική απόκλιση για το «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων» είναι ίση με 50.87 και 24.08 αντίστοιχα.

	Min	Max	Mean	SD
Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	1.00	3.00	2.09	.62
Σωματικός ρόλος (SF-36)	1.00	2.00	1.53	.42
Συναισθηματικός ρόλος (SF-36)	1.00	2.00	1.56	.44
Ζωτικότητα (SF-36)	1.00	6.00	3.63	1.03
Ψυχική υγεία (SF-36)	1.00	6.00	3.73	1.05
Κοινωνικός ρόλος (SF-36)	1.50	5.00	2.88	.63
Σωματικός πόνος (SF-36)	1.00	5.50	2.70	1.25
Γενική υγεία (SF-36)	1.33	4.50	3.04	.65
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF-36)	6.33	13.33	9.33	1.26
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-36)	3.17	17.00	11.44	2.45

Πίνακας 7 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36

Με την ίδια διαδικασία προέκυψαν οι 10 υποκλίμακες και για το ερωτηματολόγιο επισκόπησης της υγείας SF-36. Στη «Σωματική λειτουργικότητα» η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι 1 και 3, η μέση τιμή 2.09 και η τυπική απόκλιση 0.62. Στις υποκλίμακες σωματικός και συναισθηματικός ρόλος η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι 1 και 2 και στις δύο περιπτώσεις, με τη μέση τιμή να είναι 1.53 και 1.56 και την τυπική απόκλιση 0.42 και 0.44. Επίσης, στη «Ζωτικότητα» και στην «Ψυχική υγεία» παρατηρείται πως η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι ίσες με τιμές 1 και 6 αντίστοιχα. Για τη «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας» η ελάχιστη τιμή είναι ίση με 6.33, η μέγιστη 13.33 ενώ η μέση τιμή και τυπική απόκλιση 9.33 και 1.26. Τέλος, στη «Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας» η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι 3.17 και 17 αντίστοιχα με μέση τιμή και τυπική απόκλιση ίσες με 11.44 και 2.45.

	Min	Max	Mean	SD
Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια (CD)	0.00	32.00	18.29	7.60
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο (CD)	0.00	28.00	14.96	6.33
Θετική αποδοχή (CD)	0.00	20.00	10.76	4.78
Έλεγχος (CD)	0.00	12.00	6.89	3.13
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές (CD)	0.00	8.00	4.36	2.34
Συνολική βαθμολογία (CD)	0.00	99.00	55.14	21.89

Πίνακας 8 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD

Οι υποκλίμακες για την κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) είναι οι «Προσωπική επάρκεια και Υψηλά κριτήρια (CD)», «Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο (CD)», «Θετική αποδοχή (CD)», «Έλεγχος (CD)», «Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές (CD)» και «Συνολική βαθμολογία (CD)» με την ελάχιστη τιμή σε όλες να είναι ίση με 0. Η μέση τιμή για τις υποκλίμακες με τη σειρά που αναφέρθηκαν είναι 18.29, 14.96, 10.76, 6.89, 4.36 και 55.14 αντίστοιχα.

	Min	Max	Mean	SD
Συγχώρεση του εαυτού (HFS)	14.00	38.00	24.49	4.12
Συγχώρεση των άλλων (HFS)	9.00	39.00	24.91	4.71
Συγχώρεση καταστάσεων (HFS)	13.00	36.00	23.84	4.84
Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας (HFS)	28.00	107.00	72.69	12.35

Πίνακας 9 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου HFS

Σχετικά με τις τιμές στις υποκλίμακες της κλίμακας συγχωρητικότητας, παρατηρείται πως για τη «Συγχώρεση του εαυτού» η ελάχιστη τιμή είναι ίση με 14 και η μέγιστη με 38, η μέση τιμή 24.49 και η τυπική απόκλιση 4.12. Τα αντίστοιχα μεγέθη για την υποκλίμακα «Συγχώρεση των άλλων» είναι 9, 39, 24.91 και 4.71 αντίστοιχα. Αναφορικά με την υποκλίμακα «Συγχώρεση καταστάσεων» η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι 13 και 36 αντίστοιχα ενώ η μέση τιμή και τυπική απόκλιση 23.84 και 4.84. Τέλος, για τη «Συνολική βαθμολογία συγχωρητικότητας» η μέση τιμή είναι ίση με 72.69 και 12.35 αντίστοιχα.

	Min	Max	Mean	SD
Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας (SCS)	2.19	4.12	3.07	0.35

Πίνακας 10 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας αυτοσυμπόνιας

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, η ελάχιστη τιμή για τη Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας είναι 2.19, η μέγιστη τιμή 4.12 και η μέση τιμή και τυπική απόκλιση 3.07 και 0.35 αντίστοιχα.

	Min	Max	Mean	SD
Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	0.00	24.00	10.03	6.28
Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	0.00	20.00	11.18	5.57
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	0.00	42.00	21.21	8.93

Πίνακας 11 Ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ESLS

Όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα με τις τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς, η ελάχιστη και μέγιστη τιμή για την «Κοινωνική μοναξιά» είναι 0 και 24 ενώ η μέση τιμή και τυπική απόκλιση 10.03 και 6.28 αντίστοιχα. Αναφορικά με την υποκλίμακα της «Κοινωνικής μοναξιάς» η ελάχιστη και μέγιστη τιμή είναι 0 και 20 και η μέση τιμή και τυπική απόκλιση 11.18 και 5.57 αντίστοιχα. Τέλος, σε ότι αφορά τη «Συνολική βαθμολογία μοναξιάς» η ελάχιστη, μέγιστη, μέση τιμή και τυπική απόκλιση είναι 0, 42, 21.21 και 8.93 αντίστοιχα.

4.2 Επαγωγική ανάλυση

			Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)
Spearman's rho	Σωματοποίηση (SCL-90)	Correlation Coefficient	.368**	-.172	.209*
		Sig. (2-tailed)	.000	.088	.038
		N	99	99	99
	Ιδεοψυχαναγκασμός (SCL-90)	Correlation Coefficient	.182	-.157	.070
		Sig. (2-tailed)	.072	.121	.489
		N	99	99	99
	Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	Correlation Coefficient	.120	-.186	.020
		Sig. (2-tailed)	.237	.066	.842
		N	99	99	99
	Κατάθλιψη (SCL-90)	Correlation Coefficient	.231*	-.269**	.050
		Sig. (2-tailed)	.022	.007	.622
		N	99	99	99
	Άγχος (SCL-90)	Correlation Coefficient	.215*	-.275**	.043
		Sig. (2-tailed)	.033	.006	.675
		N	99	99	99
	Επιθετικότητα (SCL-90)	Correlation Coefficient	.128	-.199*	.022
		Sig. (2-tailed)	.206	.048	.827
		N	99	99	99
	Φοβικό άγχος (SCL-90)	Correlation Coefficient	.133	-.277**	-.016
		Sig. (2-tailed)	.190	.005	.872
		N	99	99	99
	Παρανοειδής ιδεασμός (SCL-90)	Correlation Coefficient	.355**	-.321**	.100
		Sig. (2-tailed)	.000	.001	.324
		N	99	99	99
Ψυχωτισμός (SCL-90)	Correlation Coefficient	.126	-.337**	-.063	
	Sig. (2-tailed)	.212	.001	.537	
	N	99	99	99	
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	Correlation Coefficient	.249*	-.268**	.071	
	Sig. (2-tailed)	.013	.007	.483	
	N	99	99	99	
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	Correlation Coefficient	.166	-.107	.104	
	Sig. (2-tailed)	.109	.304	.314	
	N	95	95	95	
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	Correlation Coefficient	.167	-.340**	-.043	
	Sig. (2-tailed)	.098	.001	.675	
	N	99	99	99	

Πίνακας 12 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCL-90 και του ερωτηματολογίου ESLS

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα που προέκυψαν έπειτα από τον έλεγχο συσχετίσεων των υποκλιμάκων της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL-90 και των υποκλιμάκων της κλίμακας αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς, διαπιστώνεται πως υπάρχει συσχέτιση του SCL-90 κυρίως με τη συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά και λιγότερο με τη συνολική βαθμολογία. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται πως υπάρχει θετική ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της «Σωματοποίησης», του «Παρανοειδή ιδεασμού» και της «Συναισθηματικής μοναξιάς» με τις αντίστοιχες τιμές να είναι 0.368 και .0355. Πιο ασθενής συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των υποκλιμάκων «Κατάθλιψη», «Άγχος», «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων» και της «Συναισθηματικής μοναξιάς» με τιμές 0.231, 0.215 και 0.249. Σε ότι αφορά την «Κοινωνική μοναξιά», παρατηρείται ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ αυτής και του «Παρανοειδή ιδεασμού», του «Ψυχωτισμού» και του «Συνόλου των θετικών συμπτωμάτων» με τιμές 0.321, 0.337 και 0.340. Πιο ασθενής συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στην «Κοινωνική μοναξιά» και την «Κατάθλιψη», το «Άγχος», την «Επιθετικότητα», το «Φοβικό άγχος» και το «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων».

		Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	
Spearman's rho	Σωματική λειτουργικότητα (SF-36)	Correlation Coefficient	-.151	.451**	.131
		Sig. (2-tailed)	.135	.000	.196
		N	99	99	99
	Σωματικός ρόλος (SF-36)	Correlation Coefficient	-.237*	.101	-.157
		Sig. (2-tailed)	.018	.322	.120
		N	99	99	99
	Συναισθηματικός ρόλος (SF-36)	Correlation Coefficient	.035	.185	.160
		Sig. (2-tailed)	.737	.073	.121
		N	95	95	95
	Ζωπικότητα (SF-36)	Correlation Coefficient	-.018	-.009	.022
		Sig. (2-tailed)	.859	.931	.829
		N	95	95	95
	Ψυχική υγεία (SF-36)	Correlation Coefficient	.074	-.073	.007
		Sig. (2-tailed)	.477	.479	.944
		N	95	95	95
	Κοινωνικός ρόλος (SF-36)	Correlation Coefficient	.024	-.081	-.040
		Sig. (2-tailed)	.815	.426	.693
		N	99	99	99
	Σωματικός πόνος (SF-36)	Correlation Coefficient	.239*	-.088	.183
		Sig. (2-tailed)	.018	.386	.071
		N	98	98	98
Γενική υγεία (SF-36)	Correlation Coefficient	-.134	.178	.011	
	Sig. (2-tailed)	.186	.079	.910	
	N	99	99	99	
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF-36)	Correlation Coefficient	.088	.215*	.245*	
	Sig. (2-tailed)	.387	.033	.015	
	N	99	99	99	
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-36)	Correlation Coefficient	.047	-.073	.017	
	Sig. (2-tailed)	.642	.474	.871	
	N	99	99	99	

Πίνακας 13 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 και του ερωτηματολογίου ESLS

Για τον εντοπισμό συσχετίσεων μεταξύ της μοναξιάς και της επισκόπησης της υγείας, διεξήχθη έλεγχος συσχετίσεων τα αποτελέσματα του οποίου φαίνονται στον παραπάνω πίνακα. Σε γενικές γραμμές δεν εντοπίζονται αρκετές συσχετίσεις. Παρόλα αυτά, υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Κοινωνική μοναξιά» και «Σωματική λειτουργικότητα» με τιμή 0.451. Ασθενής συσχέτιση εντοπίζεται ανάμεσα στις υποκλίμακες «Συναισθηματική μοναξιά» και

«Σωματικός ρόλος» (-0.237), στη «Συναισθηματική μοναξιά» και στο «Σωματικό πόνο» (0.239) και τέλος, στην «Κοινωνική μοναξιά» και «Συνολική βαθμολογία μοναξιάς» με τη «Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας» με αντίστοιχες τιμές 0.215 και 0.245.

		Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)
Spearman's rho	Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας (SCS)	Correlation Coefficient	-.096	.385**
		Sig. (2-tailed)	.347	.000
		N	99	99

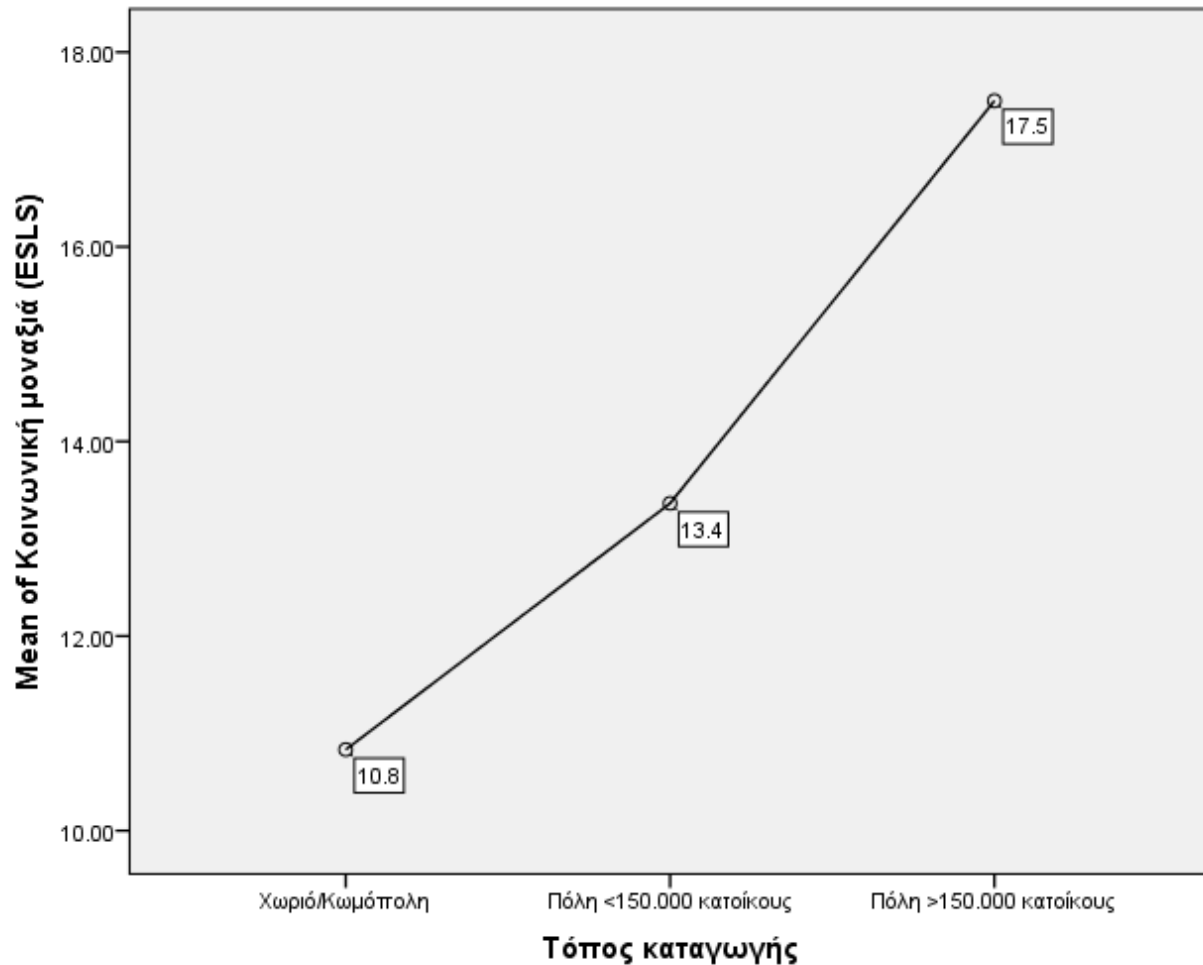
Πίνακας 14 Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCS και του ερωτηματολογίου ESLS

Στον παραπάνω πίνακα αποτυπώθηκαν τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της κλίμακας αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς και της αυτοσυμπόνιας. Όπως φαίνεται, βρέθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Κοινωνική μοναξιά» και «Συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας» με τιμή 0.385.

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Χωριό/Κωμόπολη	54	10.8	6.2	1.071	.348
	Πόλη <150.000 κατοίκους	11	10.9	6.3		
	Πόλη >150.000 κατοίκους	6	7.0	5.6		
	Total	71	10.5	6.1		
Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Χωριό/Κωμόπολη	54	10.8	5.4	5.310	.007
	Πόλη <150.000 κατοίκους	11	13.4	4.1		
	Πόλη >150.000 κατοίκους	6	17.5	3.0		
	Total	71	11.8	5.4		
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	Χωριό/Κωμόπολη	54	21.6	9.0	0.673	.514
	Πόλη <150.000 κατοίκους	11	24.3	6.7		
	Πόλη >150.000 κατοίκους	6	24.5	2.8		
	Total	71	22.3	8.4		

Πίνακας 15 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA των υποκλιμάκων του ESLS με βάση τον τόπο καταγωγής

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με τον τόπο καταγωγής στην υποκλίμακα της Κοινωνικής μοναξιάς (p -τιμή=0.007<0.05) και μάλιστα, τα άτομα που διαμένουν σε πόλη με περισσότερους από 150.000 εμφάνισαν και τη μεγαλύτερη μέση τιμή, γεγονός που υποδηλώνει πως βιώνουν και τα μεγαλύτερα επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς.



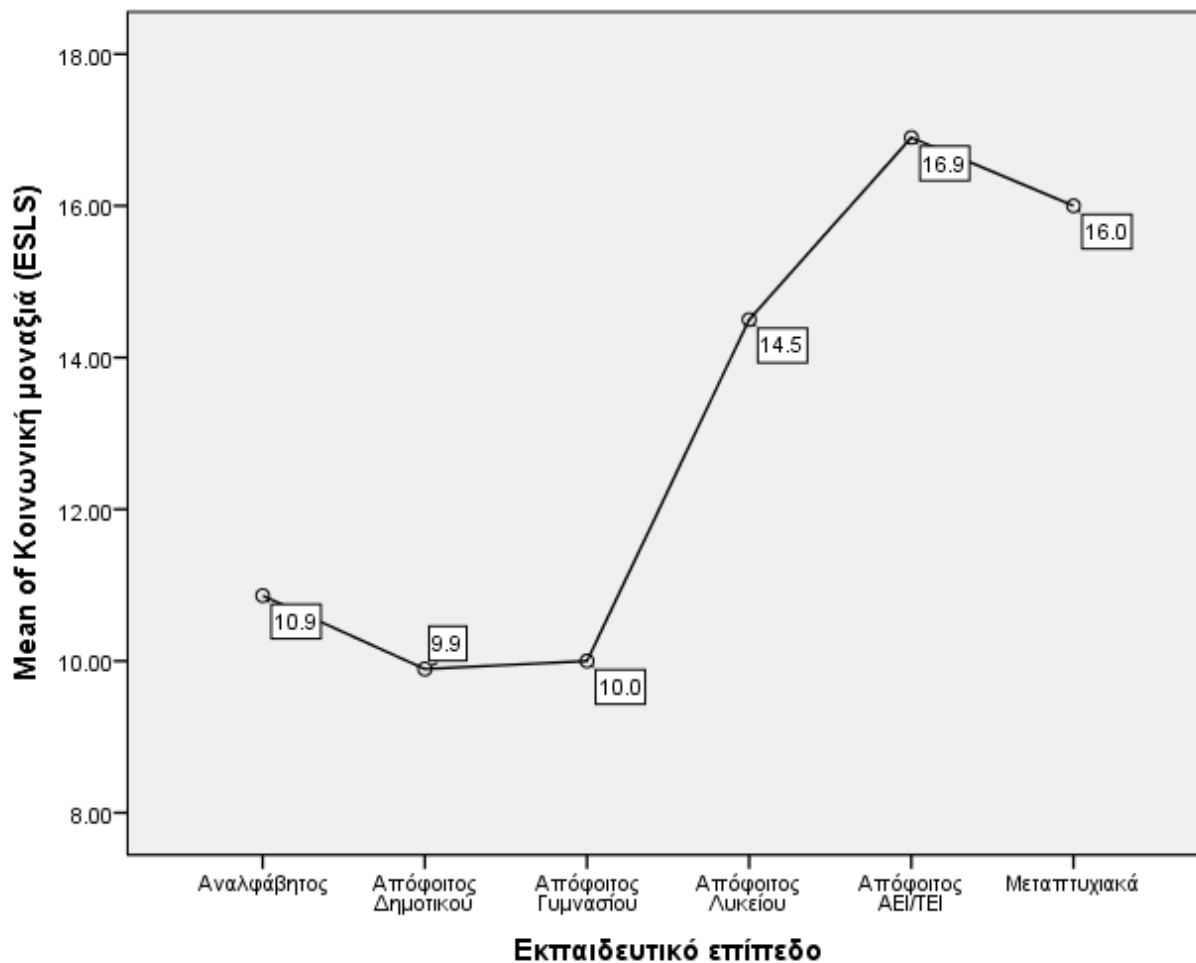
Διάγραμμα 1 Σχηματική απεικόνιση μέσων τιμών για την κοινωνική μοναξιά με βάση τον τόπο καταγωγής

Όπως φαίνεται και από το παραπάνω διάγραμμα, τη μικρότερη μέση τιμή για την κοινωνική μοναξιά εμφανίζουν όσοι κατάγονται από χωριό/κωμόπολη (10.8) ενώ τη μεγαλύτερη όσοι κατάγονται από πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους (17.5).

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Αναλφάβητος	29	10.9	5.9	1.792	.123
	Απόφοιτος Δημοτικού	38	10.4	6.5		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	11	9.4	5.5		
	Απόφοιτος Λυκείου	6	11.3	5.7		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	4.6	5.8		
	Μεταπτυχιακά	1	10.0			
	Total	95	9.9	6.2		
Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Αναλφάβητος	29	10.9	5.3	3.648	.005
	Απόφοιτος Δημοτικού	38	9.9	5.8		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	11	10.0	4.7		
	Απόφοιτος Λυκείου	6	14.5	5.4		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	16.9	2.4		
	Μεταπτυχιακά	1	16.0			
	Total	95	11.3	5.6		
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	Αναλφάβητος	29	21.7	10.2	0.564	.727
	Απόφοιτος Δημοτικού	38	20.3	9.9		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	11	19.4	3.8		
	Απόφοιτος Λυκείου	6	25.8	6.7		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	21.5	5.6		
	Μεταπτυχιακά	1	26.0			
	Total	95	21.2	8.9		

Πίνακας 16 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA των υποκλιμάκων του ESLS με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο

Στον παραπάνω πίνακα αναγράφονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA μεταξύ των υποκλιμάκων της κλίμακας αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο. Διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης στην υποκλίμακα της Κοινωνικής μοναξιάς (p -τιμή=0.005<0.05). Πιο συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ φαίνεται πως είναι εκείνοι με τη μεγαλύτερη μέση τιμή άρα και με τα μεγαλύτερα επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς.



Διάγραμμα 2 Σχηματική απεικόνιση μέσων τιμών για την κοινωνική μοναξιά με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρείται πως η μέση τιμή της κοινωνικής μοναξιάς για τους αναλφάβητους (10.9), τους απόφοιτους Δημοτικού (9.9) και τους απόφοιτους Γυμνασίου (10) κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα, ενώ αυξάνεται κατά πολύ για τους απόφοιτους Λυκείου (14.5), τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ (16.9) και όσους είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού (16).

Παίρνετε σύνταξη;		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Ναι	84	10.6	6.3	1.996	93	.049
	Όχι	11	6.6	5.9			
Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Ναι	84	10.5	5.2	-2.964	93	.004
	Όχι	11	15.6	6.4			
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	Ναι	84	21.1	9.1	-0.389	93	.698
	Όχι	11	22.3	9.0			

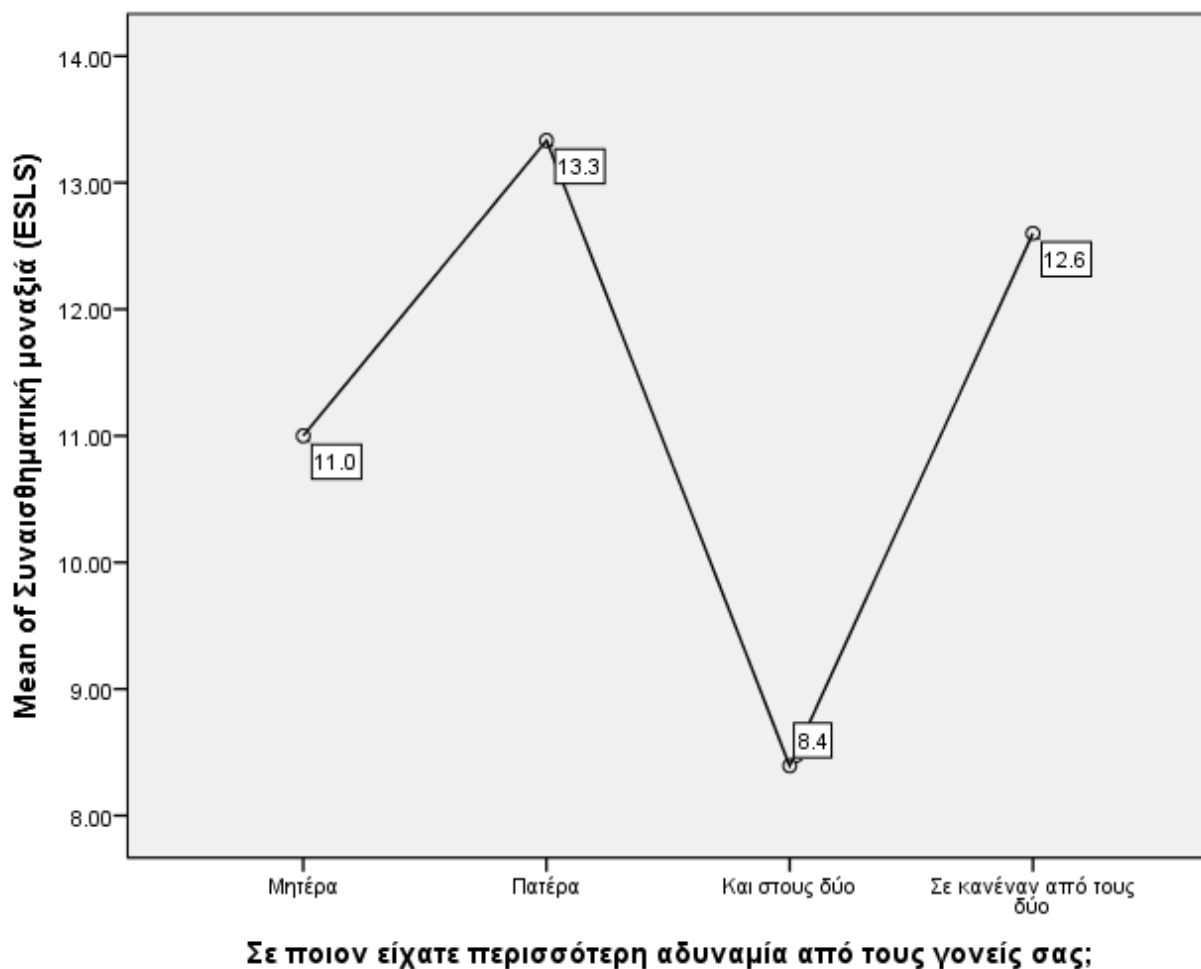
Πίνακας 17 Αποτελέσματα ελέγχου t-test των υποκλιμάκων του ESLS με βάση την ερώτηση «Παίρνετε σύνταξη;»

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα που προέκυψαν έπειτα από ελέγχους t-test διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες Συναισθηματική μοναξιά (p -τιμή=0.049<0.05) και Κοινωνική μοναξιά (p -τιμή=0.004<0.05) ανάλογα με το αν οι ερωτηθέντες παίρνουν σύνταξη ή όχι, με τα άτομα που παίρνουν σύνταξη να εκδηλώνουν τα μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς και όσους δεν παίρνουν σύνταξη να έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή στην κοινωνική μοναξιά.

		N	Mean	SD	F	Sig.
Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Μητέρα	20	11.0	6.4	3.643	.015
	Πατέρα	18	13.3	5.6		
	Και στους δύο	56	8.4	6.0		
	Σε κανέναν από τους δύο	5	12.6	6.8		
	Total	99	10.0	6.3		
Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Μητέρα	20	9.2	5.6	2.387	.074
	Πατέρα	18	12.9	3.7		
	Και στους δύο	56	11.7	5.8		
	Σε κανέναν από τους δύο	5	7.6	5.5		
	Total	99	11.2	5.6		
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	Μητέρα	20	20.2	9.5	2.409	.072
	Πατέρα	18	26.2	5.9		
	Και στους δύο	56	20.1	9.0		
	Σε κανέναν από τους δύο	5	20.2	11.4		
	Total	99	21.2	8.9		

Πίνακας 18 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA των υποκλιμάκων του ESLS με βάση τον γονέα στον οποίο έχουν αδυναμία οι ερωτηθέντες

Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA για τις υποκλίμακες της μοναξιάς με βάση το γονέα στον οποίο έχουν μεγαλύτερη αδυναμία οι ερωτηθέντες. Όπως διαπιστώθηκε, εντοπίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με το πρόσωπο στο οποίο δείχνουν αδυναμία για την υποκλίμακα της Συναισθηματικής μοναξιάς (p -τιμή=0.015<0.05). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που είχαν μεγαλύτερη αδυναμία στον πατέρα είναι εκείνα με τη μεγαλύτερη μέση τιμή.



Διάγραμμα 3 Σχηματική απεικόνιση μέσων τιμών για τη συναισθηματική μοναξιά με βάση την αδυναμία στους γονείς

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, η μικρότερη μέση τιμή των επιπέδων της συναισθηματικής μοναξιάς εντοπίζεται για τα άτομα που έχουν αδυναμία και στους δύο γονείς (8.4), ενώ τη μεγαλύτερη μέση τιμή εμφανίζουν όσοι έχουν αδυναμία στον πατέρα (13.3) ή σε κανέναν από τους δύο γονείς (12.6).

Κάνετε διακοπές;		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Ναι	35	10.1	7.1	-.005	96	.996
	Όχι	63	10.1	5.9			
Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Ναι	35	14.0	4.1	4.475	88.926	.000
	Όχι	63	9.5	5.6			
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	Ναι	35	24.0	6.7	2.664	91.188	.009
	Όχι	63	19.6	9.7			

Πίνακας 19 Αποτελέσματα ελέγχου *t*-test των υποκλιμάκων του ESLS με βάση το αν οι ερωτηθέντες κάνουν διακοπές

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που κάνουν διακοπές και στα άτομα που δεν κάνουν σε ότι αφορά την κοινωνική μοναξιά (p -τιμή <0.05) και τη συνολική βαθμολογία μοναξιάς (p -τιμή $=0.009<0.05$). Πιο συγκεκριμένα, όσοι πηγαίνουν διακοπές εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή και στις δύο περιπτώσεις.

Έχετε κήπο;		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Ναι	77	9.3	6.0	-2.244	94	.027
	Όχι	19	12.8	7.1			
Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Ναι	77	11.2	5.8	-0.148	94	.883
	Όχι	19	11.4	4.8			
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	Ναι	77	20.4	8.9	-1.644	94	.103
	Όχι	19	24.2	9.2			

Πίνακας 20 Αποτελέσματα ελέγχου *t*-test των υποκλιμάκων του ESLS με βάση το αν οι ερωτηθέντες έχουν κήπο

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον έλεγχο t-test για τις υποκλίμακες της κλίμακας αξιολόγησης της κοινωνικής μοναξιάς ανάλογα με το αν οι ερωτηθέντες έχουν κήπο ή όχι, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ όσων έχουν και όσων δεν έχουν στην υποκλίμακα της συναισθηματικής μοναξιάς (p -τιμή=0.0272<0.05) και μάλιστα, όσοι δεν έχουν κήπο βρέθηκε πως έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή συναισθηματικής μοναξιάς.

Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Συναισθηματική μοναξιά (ESLS)	Ναι	43	10.0	6.4	-.183	95	.855
	Όχι	54	10.3	6.2			
Κοινωνική μοναξιά (ESLS)	Ναι	43	13.2	4.8	3.608	94.466	.000
	Όχι	54	9.4	5.6			
Συνολική βαθμολογία μοναξιάς (ESLS)	Ναι	43	23.2	7.0	2.056	93.131	.043
	Όχι	54	19.6	10.2			

Πίνακας 21 Αποτελέσματα ελέγχου t-test των υποκλιμάκων του ESLS με βάση το αν οι ερωτηθέντες επιθυμούν περισσότερες επισκέψεις

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, φαίνεται πως εντοπίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην κοινωνική μοναξιά (p -τιμή<0.05) και στη συνολική βαθμολογία μοναξιάς (p -τιμή=0.043<0.05) μεταξύ όσων επιθυμούν περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι τους και όσων δεν επιθυμούν, με τα άτομα που δήλωσαν πως θα ήθελαν να έχουν περισσότερες επισκέψεις να εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή και στις δύο περιπτώσεις.

Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
Σωματοποίηση (SCL-90)	Άνδρας	45	12.5	10.4	-1.659	96	.100
	Γυναίκα	53	16.1	10.6			
Ιδεοψυχαναγκασμός (SCL-90)	Άνδρας	45	11.7	7.5	-1.137	96	.259
	Γυναίκα	53	13.5	7.7			
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	Άνδρας	45	9.2	7.1	-1.463	96	.147
	Γυναίκα	53	11.3	7.1			
Κατάθλιψη (SCL-90)	Άνδρας	45	12.5	8.5	-2.438	96	.017
	Γυναίκα	53	17.0	9.6			
Άγχος (SCL-90)	Άνδρας	45	8.2	7.9	-2.270	96	.025
	Γυναίκα	53	12.0	8.6			
Επιθετικότητα (SCL-90)	Άνδρας	45	5.3	4.6	-0.828	96	.410
	Γυναίκα	53	6.0	4.3			
Φοβικό άγχος (SCL-90)	Άνδρας	45	5.1	5.0	-1.379	96	.171
	Γυναίκα	53	6.5	5.1			
Παρανοιαδής ιδεασμός (SCL-90)	Άνδρας	45	6.3	4.2	-1.445	96	.152
	Γυναίκα	53	7.5	4.4			
Ψυχωτισμός (SCL-90)	Άνδρας	45	7.0	6.7	-0.787	96	.433
	Γυναίκα	53	8.0	5.6			
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	Άνδρας	45	1.0	0.7	-1.750	96	.083
	Γυναίκα	53	1.2	0.7			
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	Άνδρας	42	1.7	0.6	-1.485	92	.141
	Γυναίκα	52	1.9	0.7			
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	Άνδρας	45	45.3	23.2	-1.992	96	.049
	Γυναίκα	53	54.8	24.0			

Πίνακας 22 Αποτελέσματα ελέγχου t-test των υποκλιμάκων του SCL-90 με βάση το φύλο

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη διεξαγωγή του t-test για τις υποκλίμακες της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL-90 με βάση το φύλο, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις υποκλίμακες «Κατάθλιψη» (p -τιμή=0.017<0.05), «Άγχος» (p -τιμή=0.025<0.05) και «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων» (p -τιμή=0.049<0.05) ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Μάλιστα, σε κάθε περίπτωση οι γυναίκες είναι εκείνες που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Συζήτηση – συμπεράσματα

5.1 Συζήτηση

Η μοναξιά αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά προβλήματα και πολλές φορές οδηγεί στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Το συναίσθημα αυτό είναι πιο έντονο στους μεγαλύτερους ενήλικες που η ηλικία τους ξεπερνά τα 60 έτη. Σε βιολογικό επίπεδο μπορεί να συνδεθεί με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων κλπ. Από την άλλη, μπορεί να έχει αντίκτυπο και στην ψυχική υγεία του ατόμου προκαλώντας ψυχολογικά προβλήματα όπως κατάθλιψη, άγχος και άνοια. Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο τη διερεύνηση των κοινωνικών σχέσεων, της ψυχοπαθολογίας και της μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας, έπειτα από την ανάλυση των δεδομένων, προέκυψε πως είναι στο μεγαλύτερο μέρος του γυναίκες αν και υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ τους χωρίς μεγάλες αποκλίσεις στα ποσοστά. Πρόκειται κυρίως για έγγαμα άτομα που κατάγονται από χωριό/κωμόπολη και στην πλειονότητά τους είναι αναλφάβητοι ή απόφοιτοι Δημοτικού. Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς δήλωσε πως παίρνει σύνταξη όμως λίγοι περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν πως είναι καλή. Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε πως έχει αδέρφια και μάλιστα έχει καλή σχέση με αυτά. Επιπλέον, πολλοί από αυτούς έχουν παιδιά και στις περισσότερες περιπτώσεις το πλήθος των παιδιών είναι ίσο με 2. Σχετικά με το αν πάσχουν από κάτι, τα δύο τρίτα του δείγματος αποκρίθηκαν θετικά. Αναφορικά με τις σχέσεις με τους γονείς, η πλειοψηφία έχει καλές σχέσεις και οι περισσότεροι έχουν αδυναμία και στους δύο γονείς εξίσου.

Σχετικά με τον τρόπο ζωής του δείγματος, παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν κάνουν διακοπές, όμως περπατούν και έχουν κήπο. Σε ότι αφορά τις κοινωνικές τους σχέσεις, η πλειοψηφία αυτών είχε φίλους και στο παρελθόν αλλά και σήμερα όμως πολλοί από αυτούς δεν θα ήθελαν να έχουν περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι τους.

Σε ότι αφορά την περαιτέρω επαγωγική ανάλυση που διενεργήθηκε, διαπιστώθηκε πως η συναισθηματική μοναξιά που νιώθουν τα άτομα συσχετίζεται με τη σωματοποίηση και τον

παρανοειδή ιδεασμό έχει όμως σχέση και με την κατάθλιψη και το άγχος. Από την άλλη, βρέθηκε πως η κοινωνική μοναξιά συσχετίζεται και εκείνη με την κατάθλιψη και το άγχος, και μάλιστα περισσότερο από τη συναισθηματική, και επιπλέον υπάρχει σχέση και με το φοβικό άγχος και τον παρανοειδή ιδεασμό.

Από τον έλεγχο για το πως συνδέεται η υγεία του ατόμου με τη μοναξιά βρέθηκε πως υπάρχει σχέση των επιπέδων της κοινωνικής μοναξιάς με τη σωματική λειτουργικότητα. Η συναισθηματική μοναξιά αλληλοεπιδρά κυρίως με το σωματικό πόνο. Η αυτοσυμπόνια που νιώθουν οι ηλικιωμένοι διαπιστώθηκε πως έχει σχέση με την κοινωνική μοναξιά. Πιο συγκεκριμένα, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα της κοινωνικής μοναξιάς τόσο μεγαλύτερη εμφανίζεται και η αυτοσυμπόνια που τους χαρακτηρίζει.

Από τα δημογραφικά στοιχεία που εξετάστηκαν, διαπιστώθηκε πως ο τόπος καταγωγής και το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζουν την κοινωνική μοναξιά. Ειδικότερα, βρέθηκε πως τα άτομα που κατάγονται από πόλη με πληθυσμό άνω των 150.000 κατοίκων σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς σε σύγκριση με τα άτομα που κατάγονται από χωριό/κωμόπολη που σημειώνουν τα χαμηλότερα. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στους περισσότερους και πιο δυνατούς κοινωνικούς δεσμούς που αναπτύσσονται μεταξύ των μικρών κοινωνιών. Από την άλλη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα για το εκπαιδευτικό επίπεδο, διαπιστώθηκε πως οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού χαρακτηρίζονται από τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς ενώ οι απόφοιτοι Δημοτικού εμφανίζουν το μικρότερο.

Τα άτομα που δήλωσαν πως έχουν συνταξιοδοτηθεί είναι εκείνα που έχουν σημειώσει τη μεγαλύτερη μέση τιμή σε ότι αφορά τη συναισθηματική μοναξιά. Παρόλα αυτά, τα πράγματα αντιστρέφονται στην κοινωνική μοναξιά καθώς όσοι δεν έχουν συνταξιοδοτηθεί συγκέντρωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή.

Η αδυναμία στους γονείς προέκυψε πως έχει αντίκτυπο στη συναισθηματική μοναξιά, αφού βρέθηκε πως υπάρχει διαφορά ανάλογα με το αν είχαν αδυναμία στον πατέρα ή τη μητέρα. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που δήλωσαν πως έχουν αδυναμία και στους δύο γονείς σημείωσαν τα μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς.

Εκτός από τις κοινωνικές σχέσεις, ορισμένες συνήθειες στον τρόπο ζωής φαίνεται πως έχουν αντίκτυπο στη μοναξιά. Για παράδειγμα, το αν κάνει κάποιος διακοπές ή όχι επηρεάζει την

κοινωνική μοναξιά αλλά και τα συνολικά επίπεδα μοναξιάς. Επιπλέον, και η ενασχόληση με τον κήπο διαμορφώνει τα επίπεδα της συναισθηματικής μοναξιάς, με όσους δεν έχουν κήπο να βιώνουν πιο έντονα το συναίσθημα αυτό.

Στην ερώτηση για το αν υπήρχε επιθυμία για περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι, οι περισσότεροι απάντησαν πως δεν θα ήθελαν. Όμως, διαπιστώθηκε πως όσοι απάντησαν θετικά βιώνουν περισσότερο την κοινωνική μοναξιά και σημειώνουν μεγαλύτερη μέση τιμή σε ότι αφορά τη συνολική βαθμολογία της μοναξιάς.

5.2 Συμπεράσματα

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα τα οποία προέκυψαν από τα ευρήματα της εργασίας αυτής, κάθε άτομο βιώνει με διαφορετικό τρόπο το συναίσθημα της μοναξιάς. Η ψυχοπαθολογία έχει άμεση σχέση με την εκδήλωση της μοναξιάς, επομένως είναι σημαντικό να προλαμβάνεται το αρνητικό αυτό συναίσθημα πριν επιβαρύνει περαιτέρω τους ηλικιωμένους. Θα πρέπει να νιώθουν πως δεν αποτελούν βάρος για την κοινωνία, να προάγονται οι δραστηριότητες που θα τους κάνουν να αισθάνονται ενεργά μέλη και να απασχολούνται με δημιουργικές ασχολίες που θα τους κάνουν να νιώθουν όμορφα.

5.3 Περιορισμοί έρευνας

Οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας παρουσιάζονται σε ότι αφορά τη μέθοδο με την οποία διεξήχθη. Ο πρώτος περιορισμός αφορά την πλήρη κατανόηση των ερωτήσεων που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο. Παρόλο που εξηγήθηκε από την ερευνήτρια η διαδικασία υπάρχει περίπτωση να έγιναν παρερμηνεύσεις που οδήγησαν στην επιλογή λανθασμένων απαντήσεων. Επιπλέον, το εκτεταμένο μέγεθος του ερωτηματολογίου υπάρχει πιθανότητα να κούρασε τους ερωτώμενους και να μην έδωσαν τις απαντήσεις που έπρεπε στις τελευταίες σελίδες. Τέλος, το μέγεθος του δείγματος και το γεγονός πως δεν αποτελεί τυχαίο δείγμα αλλά ευκολίας, δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Βιολάκη – Παρασκευά, Μ., (2000) Ιατροκοινωνική θεώρηση του γήρατος. Στο: Συλλογικό έργο, *Η τρίτη ηλικία*, Αθήνα: Βήτα.

Κουρέα - Κρεμαστινού, Τζ., Μεράκου, Κ., Μπαρμπούνη Α. (2007). Τρίτη Ηλικία. Στο : *Δημόσια Υγεία*, Αθήνα: Τεχνόγραμμα.

Μπαμπάτσικου, Φ. (2009). *Διαχρονική δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού*. Το βήμα του Ασκληπιού, 8(4), 275-290.

Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.

Πριάμη, Μ. & Πλατή, Χ. (2000). Η μοναξιά στους ηλικιωμένους. *Νοσηλευτική*, 39(2), 139-145.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Adams, K.B., Sanders, S., & Auth, E.A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475–485.

Akin, A. (2010). Self-compassion and loneliness. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2(3), 702-718.

Blazer, D.G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging & Mental Health*, 6(4), 315–324.

Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C. & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., & Thisted, R.A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25, 453–463.

- Coyle, C.E. & Dugan, E. (2012). Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346–1363.
- Dimitriadou, D., & Stalikas, A. (2012). *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. Psychometric Instruments in Greece (2nd ed., p. 717). Athens: Pedio.
- Dorfman, R.A., Lubben, J.E., Mayer-Oakes, A., Atchison, K., Schweitzer, S.O., Dejong, F.J., et al. (1995). Screening for depression among a well elderly population. *Social Work*, 40, 295–304.
- Dugan, E., & Kivett, V.R. (1994). The Importance of Emotional and Social Isolation 10 Loneliness Among very Old Rural Adults. *The Gerontologist*, 34(3), 340-346.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 694–700.
- Haider, F. (2017). Countries With The Largest Aging Population In The World. Available at: <https://www.worldatlas.com/articles/countries-with-the-largest-aging-population-in-the-world.html> [Retrieved 03/09/2018]
- Holmen, K., Ericsson, k., & Winblad, B. (1999). Quality of Life Among Eldery. *Scand J. Caring Sci.*, 13(2), 91-95.
- Koropecykj-Cox, T. (1998). Lonelinesss and Depression m Middle and Old, Age: Are the Childlesss More Vuneraable? *Journal or Gerontology: Social Sciences*, 53(6), 303-312.
- Lamond, A.J., Depp, C.A., Allison, M, et al. (2008). Measurement and predictors of resilience among community - dwelling older women. *J Psychiatr Res*, 43(2), 148–154.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904.

- Luo, Y., Hawkey, L.C., Waite, L.J. & Cacioppo J.T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907-914.
- Macinnes, D. (2006). Self-esteem and self-acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 13(5), 483-489.
- Mantzios, M., Wilson, C. & Giannou, K. (2013). Psychometric properties of the Greek versions of Self- Compassion Scale and Mindful Attention and Awareness Scale. *Mindfulness*, 1-10.
- Mirowsky, J., & Ross, C.E. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 187–205.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Neff, K.D. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.). *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561-573). Guilford Press.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916.
- Novoseltsev, V., Novoseltseva, J., Boyko, S. & Yashin, A. (2003). What Fecundity Patterns Indicate About Aging and Longevity: Insights From Drosophila Studies. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(6), 484-494.
- Nygren B, Jonsen E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Mental Health*, 9(4), 354-362.
- Pitkala KH, Laakkonen ML, Strandberg TE, Tilvis RS. (2004). Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(4), 409–414.
- Resnick, B. (2014). Resilience in Older Adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 30(3), 155-163.

- Roy, H. & Russell, C. (2006). Housing, age-segregated. The encyclopedia of aging & the elderly. Available at: <http://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/housing-age-segregated> [Retrieved 03/09/2018]
- Shen, K. & Zeng, Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demogr Res*, 23, 105–115.
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110(15), 5797–5801.
- Thomson, L.Y., Snyder, C.R., Hoffman, L., et al. (2005). Dispositional forgiveness of self, others and situations. *J Pers.*, 73(2):313-359.
- Tilvis, R.S., Laitala, V., Routasalo, P.E., & Pitkälä, K.H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of aging research*, 534781.
- Tabloski, P. (2006). *Gerontological Nursing*. Pearson: Boston.
- United Nations (2017). Population Division: Profiles of Ageing 2017. Department of Economic and Social Affairs.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-83.
- Windle, G., Woods, R. & Markland, D. (2008). The effect of psychological resilience on the relationship between chronic illness and subjective well - being. *Gerontologist*, 48, 179–179.
- World Health Organization (1999). *WHOQOL Annotated Bibliography: October 1999 version*. Department of Mental Health: Geneva.