

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΧΕΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΞΙΑΣ
ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ»**

ΑΝΤΙΓΟΝΗ ΙΩΑΝ. ΜΠΟΥΧΩΡΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

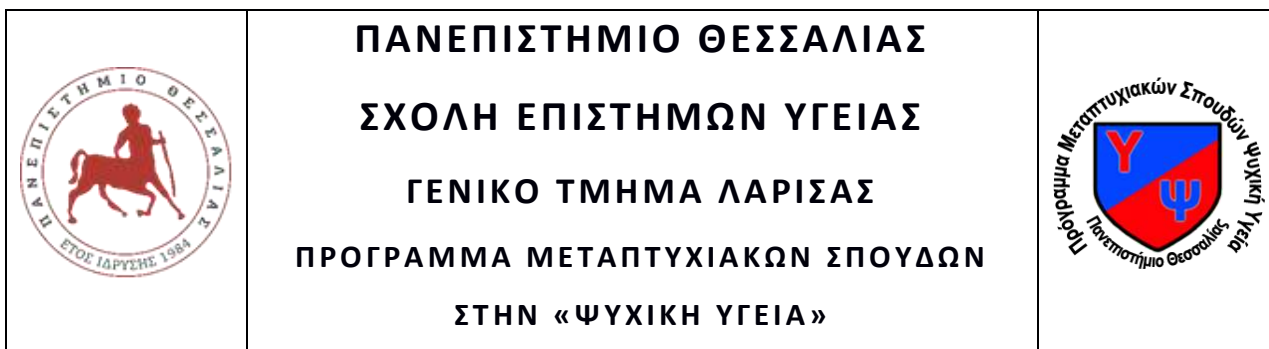
Μαλλιαρού Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Παραλίκας Θεοδόσιος, Επίκουρος Καθηγητής Γενικού Τμήματος Λάρισας, Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Σαράφης Πάυλος Αναπληρωτής Καθηγητής Γενικού Τμήματος Λαμίας Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ, 2021

[1]



«RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY, SOCIAL SUPPORT AND LONELINESS WITH THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY»

ΛΑΡΙΣΑ, 2021

[2]

ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/Η ως άνω αναφερόμενος/ η δηλώνω ανεπιφύλακτα ότι η παρούσα Διπλωματική Εργασία αφορά αποκλειστικά σε δική μου προσπάθεια και έργο, εκτός όπου στο κείμενο γίνεται μνεία σε άλλους συγγραφείς ενώ, δεν έχει υποβληθεί ως μέρος ακαδημαϊκής υποχρέωσης ή για άλλους σκοπούς οπουδήποτε αλλού στο παρελθόν.

Στο πλαίσιο αξιολόγησης της εργασίας δεν φέρω καμία ένσταση για τα ακόλουθα:

- Αναπαραγωγή της Εργασίας και διάθεση αντιτύπου σε οποιοδήποτε μέλος του Πανεπιστημίου;
- Διάθεση του ηλεκτρονικού αρχείου της Εργασίας σε υπηρεσία ελέγχου του αδικήματος της λογοκλοπής και διατήρηση αντιγράφου στα αρχεία της σχετικής υπηρεσίας για σκοπούς μεταγενέστερης εξέτασης του αδικήματος της λογοκλοπής.

Δηλώνω ότι έχω μελετήσει διεξοδικά, κατανοήσει και εναρμονισθεί πλήρως με τους εσωτερικούς κανονισμούς του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας αναφορικά με την Ακαδημαϊκή Ηθική, Δεοντολογία και Φοιτητική Πειθαρχία.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	12
1.1 ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	12
1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	14
1.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ– ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	17
1.4 Η ΓΗΡΑΝΣΗ	18
1.5 Η ΜΟΝΑΞΙΑ	21
1.6 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	25
2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	25
2.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	25
2.3 ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο -ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο - ΣΥΖΗΤΗΣΗ	58
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	61
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα που μπορεί να εμφανίσει απότομες ψυχικές μεταπτώσεις όπως άγχος, απώλεια νοήματος για την ζωή ή ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης. Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό να αναπτυχθούν σχέδια δράσης που θα διατηρούν σε καλά επίπεδα τη συναισθηματική ευημερία αλλά παράλληλα και την φυσική κατάσταση των ηλικιωμένων. Θεωρείται τεκμηριωμένο επιστημονικά πως οι αρετές έχουν καταλυτικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων. Η ταπεινότητα είναι μια από τις βασικές αρετές που μπορούν να ασκήσουν επιρροή στην ψυχική ισορροπία των ηλικιωμένων ανθρώπων. Η ανάγκη της αυτό- συγχώρεσης θεωρείται άρρηκτα συνδεδεμένη με την αρετή της ταπεινότητας, επιτρέποντας στο άτομο να αξιολογεί την ζωή ευνοϊκότερα.

Ο ορισμός του τι είναι η «ποιότητα ζωής» θεωρείται σύνθετο ζήτημα. Η ποιότητα ζωής είναι ρευστή ως έννοια και αυτό διότι τα χαρακτηριστικά που την ορίζουν είναι υποκειμενικά, πολυδιάστατα αλλά και εύκολα μεταβλητά. Ως γενικό ορισμό της ποιότητας ζωής ο ΠΟΥ αναφέρει την ολοκληρωτική κοινωνική, φυσική και ψυχική ευεξία σε συνδυασμό με την απουσία οποιασδήποτε νόσου ή αναπηρίας, σωματικής και νοητικής.

Με την παρούσα μελέτη επιδιώκεται η ανάδειξη των συνισταμένων που επιφέρουν προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους και τον ρόλο που έχουν η πνευματικότητα, η κοινωνική υποστήριξη και η μοναξιά στην ποιότητα ζωής τους. Μέσα από το πόρισμα της μελέτης, επίσης θεωρείται ενδιαφέρον ο τρόπος με τον οποίο συνδέεται η ευδόκιμη γήρανση με την θρησκευτικότητα, τις ευκαιρίες υποστήριξης και τις κοινωνικές επαφές που μπορεί να έχει το άτομο.

Εν κατακλείδι, θα παρουσιαστούν τα άμεσα ζητήματα για τα οποία θα πρέπει αν επιληφθούν οι αρμόδιοι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και άλλων συναφών επαγγελμάτων με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ώστε να αντιμετωπιστούν προάγοντας την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων μέσω στρατηγικών που θα προλαμβάνουν την εκδήλωση νόσων με σκοπό την ευημερία στη ζωή κατά την Τρίτη ηλικία.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Μαλλιάρου Μαρία για την υποστήριξή, την καθοδήγηση και την επόπτευση της παρούσας μελέτης σε όλα της τα στάδια της διεξαγωγής της.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την κατανόηση και την πολύτιμη στήριξή τους καθ' όλη την διάρκεια της διεξαγωγής της μελέτης αυτής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέδραμαν στην ολοκλήρωση της μελέτης και την συλλογή των ποσοτικών δεδομένων, συναδέρφους, εργαζομένους στην υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι» και ηλικιωμένους, που πρόσχαρα και με υπομονή συμμετείχαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Εισαγωγή: Η γήρανση σε συνδυασμό με την ποιότητα ζωής είναι ένα ζήτημα που απασχολεί τόσο το άτομο που βιώνει αυτό το στάδιο της ζωής, όσο και τους οικείους του. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται στο εισαγωγικό σημείο εννοιολογικοί ορισμοί των όρων κλειδιών που πρόκειται να πραγματοποιηθεί η έρευνα. Ο ορισμός της πνευματικότητας αν και ευρύς, ωστόσο σε σχέση με την ποιότητα ζωής μπορεί να προσδιοριστεί ως ένας βασικός παράγοντας καλής γήρανσης.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου της πνευματικότητας, της κοινωνικής υποστήριξης και της μοναξιάς με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα να μελετηθεί ο βαθμός πνευματικότητας, η σχέση με την υποστήριξη και της μοναξιάς και πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι συγκεκριμένοι παράγοντες στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

Μεθοδολογία : Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε ηλικιωμένους που εντάσσονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Λαρισαίων. Επιλέγησαν να συμμετέχουν άτομα άνω των 65 ετών, άνδρες ή γυναίκες με διανοητική διαύγεια, που αντιλαμβάνονται και χρησιμοποιούν επαρκώς την ελληνική γλώσσα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης OSLO, η κλίμακα ευθραυστότητας FIFE, η κλίμακα μοναξιάς UCLA, κλίμακα πνευματικότητας DSES, η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων OPQOL-35 και η WHOQOL-OLD

Αποτελέσματα : Το δείγμα αποτελείται από 50 άτομα με μέση ηλικία τα 76,0 έτη (SD=6,5 έτη). Το 82,0% των συμμετεχόντων έπασχε από κάποια χρόνια ασθένεια και το 89,6% λάμβανε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης ήταν 9,4 μονάδες (SD=2,0 μονάδες). Το 62,0% των συμμετεχόντων είχε μέτρια κοινωνική υποστήριξη. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ευθραυστότητας ήταν 4,0 μονάδες (SD=2,4 μονάδες). Το 63% των συμμετεχόντων ήταν σε κατάσταση προ ευθραυστότητας και το 18,5% ήταν εύθραυστοι. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα μοναξιάς ήταν 49,8 μονάδες (SD=6,75 μονάδες). Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα πνευματικότητας ήταν 45,41 μονάδες (SD=10,33 μονάδες). Σημαντική αρνητική συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ των κλιμάκων μοναξιάς και κοινωνικής υποστήριξης. Σημαντική αρνητική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ των κλιμάκων μοναξιάς και κοινωνικής υποστήριξης. Οι ασθενείς που έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή είχαν κατά 10,16 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής συνολικά, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή.

Συμπεράσματα: Με βάση τα αποτελέσματα που αναφέρονται ανωτέρω, είναι βέβαιο πως οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με ποικίλα και πρωτόγνωρα συναισθήματα. Δεν είναι σπάνια για τα άτομα αυτά συναισθήματα όπως λύπη, μοναξιά, φόβος, θυμός και έλλειψη ενδιαφερόντων που

μπορούν να επιφέρουν κατάθλιψη ή αδιαφορία για τη ζωή. Μέσω της εργασίας αυτής, μελετάται αν και με ποιο τρόπο η πνευματικότητα και η κοινωνικές δομές του κράτους συνδράμουν στην αντιμετώπιση της μοναξιάς και την άνοδο του επιπέδου ποιότητας ζωής κατά την τρίτη ηλικία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει το συμπέρασμα πως η πνευματικότητα είναι σημαντικός παράγοντας μείωσης των σωματικών ασθενειών των ηλικιωμένων αλλά και των ψυχικών διαταραχών του γήρατος. Επιπλέον, οι κοινωνικές κρατικές δομές και δράσεις όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», έχουν παρέμβει σημαντικά στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που μπορούν να έχουν οι ηλικιωμένοι. Σε κάθε περίπτωση, η σχέση πνευματικότητας και ποιότητας ζωής είναι ανάλογα μετρήσιμοι δείκτες κατά της μοναξιάς και των αρνητικών συναισθημάτων των ηλικιωμένων.

Λέξεις – Κλειδιά : Ηλικιωμένοι, Ποιότητα Ζωής, Πνευματικότητα, Συγχωρητικότητα, Κοινωνική Μέριμνα, Κοινωνική Υποστήριξη, Μοναξιά.

ABSTRACT

Introduction: Ageing in combination with quality of life is an issue that concerns both the person experiencing this stage of life and their loved ones. In this paper, conceptual definitions of the key terms to be dealt with in the research are presented in the introductory point. The definition of spirituality though broad, however in relation to quality of life can be identified as a key factor of good aging.

Purpose: The purpose of the study was to explore the role of spirituality, social support and loneliness with the quality of life of the elderly. More specifically, to study the degree of spirituality, the relationship with support and loneliness and how important these factors play in the mental health of the elderly.

Methodology: A synchronous study was carried out in elderly people who are part of the "Help at Home" program of the Municipality of Larissa. People over the age of 65, men or women with mental clarity, who understand and use the Greek language adequately, were chosen to participate. The questionnaire included the demographic characteristics of the sample, the OSLO social support scale, the FIFE fragility scale, the UCLA loneliness scale, the DSES spirituality scale, the quality of life of the elderly OPQOL-35 and WHOQOL-OLD

Results: The sample consisted of 50 people with an average age of 76.0 years (SD=6.5 years). The average score on the social support scale was 9.4 points (SD=2.0 points). 62.0% of participants had moderate social support. The average score on the fragility scale was 4.0 points (SD=2.4 points). 63% of participants were in a pre-fragility state and 18.5% were fragile. The average score on the loneliness scale was 49.8 points (SD=6.75 points). A significant negative correlation was found to exist between the loneliness and social support scales. There was a significant negative correlation between the loneliness and social support scales. Patients taking daily medication had a 10.16 point lower score, i.e. worse quality of life overall, compared to those who did not take daily medication.

Conclusion: Based on the results mentioned above, it is certain that older people are faced with a variety of unprecedented emotions. It is not rare for these individuals feelings such as sadness, loneliness, fear, anger and lack of interests that can bring about depression or indifference to life. Through this work, it is studied whether and how the spirituality and social structures of the state help to address loneliness and raise the level of quality of life in old age. From the results of the research, it is concluded that spirituality is an important factor in reducing the physical diseases of the elderly as well as mental disorders of old age. In addition, social state structures and actions such as the "Help at Home" program have made a significant contribution to addressing the difficulties that older people can have. In any case, the relationship between spirituality and quality of life is proportionally measurable indicators against loneliness and negative feelings of older people.

Words – Keys :Elderly, Quality of Life, Spirituality, Forgiveness, Social Care, Social Support, Loneliness.

Η παρούσα εργασία έχει εκτελεστεί με σκοπό να παρουσιαστεί η σχέση που μπορεί να έχει η πνευματικότητα ως συνάρτηση της ποιότητας ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας και της αντιμετώπισης της μοναξιάς μέσω κρατικών δομών και προγραμμάτων παροχής βοήθειας ως μέσα κοινωνικής υποστήριξης όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Στο πρώτο κεφάλαιο επιδιώκεται να γίνει εννοιολογικός ορισμός των βασικών όρων που πραγματεύεται η έρευνα αυτή και αφορά τα ηλικιωμένα άτομα. Στο κεφάλαιο αυτό, γίνονται σαφείς ορισμοί όπως η πνευματικότητα, η γήρανση, οι κοινωνικές δομές, η μοναξιά καθώς και ο ρόλος του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ως έκφραση των κοινωνικών δομών του κράτους μας που συνδράμουν στην αντιμετώπιση που επιφέρει η γήρανση. Επιπλέον, γίνεται ανάλυση των παραμέτρων αυτών σε σχέση με την επιρροή τους στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Στη συνέχεια, ακολουθεί το δεύτερο κεφάλαιο στο οποίο παρουσιάζονται τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικοί στόχοι, η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε για την εν λόγω έρευνα, τα εργαλεία, καθώς και οι τρόποι συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων που οδηγούν στο αποτέλεσμα.

Ακολουθεί η στατιστική ανάλυση και η παρουσίαση των προσδιοριστικών παραγόντων που ταξινομούν το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Στο σημείο αυτό, καταγράφονται και παρουσιάζονται λεπτομερώς δευτερογενείς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την αντιμετώπιση του βίου, όπως είναι η κατανάλωση φαρμάκων σε καθημερινή βάση.

Επιπρόσθετα, σε επόμενες ενότητες της εργασίας, καταγράφονται και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που απέφερε η στατιστική έρευνα, και αναλύονται τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξα.

Σε τελικό στάδιο της μελέτης, υπάρχουν προτάσεις μελλοντικής έρευνας που μπορούν να στηριχθούν επιστήμονες και ερευνητές που ενδιαφέρονται για συναφή θέματα μελέτης με αυτό της εργασίας μου. Το εύρος άλλωστε των μελετών που άπτονται του ζητήματος που πραγματεύεται εδώ δεν είναι μεγάλο. Έτσι, δίνεται το περιθώριο ακόμη και σε ερευνητές διαφορετικών κλάδων από αυτόν της υγείας, όπως σε θεολόγους ή ψυχολόγους να διεξάγουν έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο άνθρωπος ως ον ανέκαθεν προσπαθούσε να εξηγήσει τόσο τα φυσικά φαινόμενα όσο και την ίδια του την ύπαρξη τόσο μέσα από την φύση όσο και εναποθέτοντας τις ελπίδες του για την ζωή του και την μετά το θάνατο ύπαρξη σε θεούς των οποίων η ύπαρξη είτε ήταν μια κατασκευή που πήγαζε από την ανάγκη του ατόμου να στηρίζει σε μια ανώτερη δύναμη τις ελπίδες του για σωτηρία, είτε βασιζόταν σε γραφές.

Κατά καιρούς, έχουν διατυπωθεί ποικίλοι ορισμοί σε σχέση με την «πνευματικότητα» με τους πιο πολλούς μελετητές να αναζητούν τον ορισμό αυτό γύρω από τον σκοπό για την ζωή, την ικανότητα βιώματος ανώτερων δυνάμεων που σχετίζονται με το ιερό ή οτιδήποτε ανώτερο μπορεί να δώσει νόημα στην επίγεια ζωή. Σε κάθε περίπτωση, ο όρος αυτός είναι συνυφασμένος με το υπερφυσικό και την ανακάλυψή του ή γύρω από την νοηματοδότηση της ζωής οργανωμένων θρησκειών.

Λόγω του ότι οι ρυθμοί της ζωής στην εποχή μας είναι εξαιρετικά γοργοί, οι απαιτήσεις ιδιαίτερα αυξημένες, πολλοί από τους ηλικιωμένους ζουν μοναχικά, αναζητώντας παρηγοριά σε ανώτερες δυνάμεις και εναποθέτουν τις ελπίδες τους σε θεϊκές δυνάμεις, ώστε να καταφέρουν να δώσουν νόημα στην ζωή τους. Είναι γενικά παραδεκτό πως η πνευματικότητα συνεπάγεται τη σύνδεση με τη θρησκεία. Λόγω όμως του ότι η θρησκεία περιλαμβάνει και ένα σύνολο τελετουργιών και τελετουργικών, δεν μπορεί να απευθύνεται σε όλα ανεξαιρέτως τα άτομα, σε αντίθεση με την πνευματικότητα που μπορεί να απαιτηθεί στη συνείδηση οποιουδήποτε ανθρώπου αναζητά το υπερφυσικό, την ουσία της ζωής και του θανάτου, ανεξαιρέτως θρησκευτικών πεποιθήσεων.

Η αναζήτηση του υπερφυσικού στοιχείου, του νοήματος της επίγειας ζωής, του τι μέλλει γενέσθαι μετά τον θάνατο, αν η ψυχή πεθαίνει μαζί με το σώμα ή αν συνεχίζει να υφίσταται σε μια άλλη διάσταση έξω από τη σάρκα είναι ερωτήματα που κατά την διερεύνησή τους αναπτύσσουν το αίσθημα της πνευματικότητας αλλά και της συγχωρητικότητας. Έχει αποδειχθεί πως η πνευματικότητα συμβάλει θετικά σε βιολογικές αλλά και ψυχολογικές ανάγκες των ατόμων, ευνοώντας την σωματική αλλά και την ψυχική υγεία τους. Οι ασθενείς με αυξημένο το αίσθημα της πνευματικότητας, στατιστικά έχει παρατηρηθεί πως είτε αναρρώνουν άμεσα, είτε ασθενούν με μικρότερη συχνότητα σε σχέση με όσους δεν προσπαθούν πνευματικά να νοηματοδοτήσουν την ζωή τους ή να μεταβούν πέρα από την εμπειρική πραγματικότητα που βιώνουν, ειδοποιό χαρακτηριστικό της πνευματικότητας.

Ο άνθρωπος από την φύση του προσπαθεί ανέκαθεν να εξερευνήσει το άγνωστο και να βρει απαντήσεις σε ερωτήματα των οποίων η απάντηση δεν είναι προφανής ή οι επιστήμες δεν έχουν

καταφέρει να αναλύσουν. Λόγω του ότι η πνευματικότητα μπορεί να οριστεί τελικά ως το ανώτερο στοιχείο της ανθρώπινης συνείδησης, που καθορίζει τις αντιλήψεις, τις αξίες αλλά και θεωρήσεις για την ύπαρξη του ατόμου, μπορεί να ενισχυθεί κατά περιόδους ασθένειας, συναισθηματικής ανασφάλειας ή έντονων ψυχολογικών μεταπτώσεων του ατόμου. Ωστόσο, η πνευματικότητα μπορεί να διαφέρει ως προς την θεώρηση για το κάθε άτομο καθώς οι πεποιθήσεις, ο τόπος διαβίωσης, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία και πολλοί άλλοι παράγοντες μπορούν να διαφοροποιούν την θεώρηση για την πνευματικότητα.

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο νοσεί, οι ειδικοί στον χώρο της υγείας είναι σε θέση να εκτιμήσουν τις πνευματικές ανάγκες του ασθενή κάνοντας την θεραπευτική μέθοδο που εφαρμόζεται να διακρίνεται από πνευματικότητα, δημιουργώντας πρόσφορο έδαφος για την δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτών- ασθενών και την καλύτερη απόδοση της θεραπευτικής μεθόδου που εφαρμόζεται.

Κατά την θεραπευτική περίοδο, η πνευματικότητα μπορεί να φανεί σημαντική αρωγός στην καθημερινότητα των υπερηλίκων συνδράμοντας στην ανάρρωσή τους, αλλά και στο να ξεπεραστούν ψυχικά τραύματα που βίωσε το άτομο στη διάρκεια της ζωής. Εναλλακτικές μέθοδοι όπως η γιόγκα ή ο διαλογισμός μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα που τις εφαρμόζουν να αυξήσουν την πνευματικότητά τους ακόμη και σε πιο νεαρές ηλικίες, σε συνδυασμό με χαμηλά επίπεδα άγχους ή αρνητικών συναισθημάτων. Με τους παραπάνω τρόπους, η ποιότητα ζωής αναβαθμίζεται ανάλογα με το βαθμό πνευματικότητας που επιτυγχάνει το άτομο, με άμεσο αποτέλεσμα στην ψυχική υγεία και δευτερευόντως στην σωματική. Με την πάροδο των χρόνων, οι ηλικιωμένοι με την βοήθεια της πνευματικότητας είναι σε θέση να σκεφτούν και να κρίνουν το συμβολικό νόημα των γεγονότων της ζωής τους, αντιλαμβανόμενοι το συμβολικό νόημα των εμπειριών τους. Έτσι αποδίδεται νόημα στις πράξεις αλλά και στην ουσία της ζωής. Στο σημείο αυτό, μπορεί η πνευματικότητα να συνυπάρχει με την συγχωρητικότητα, την αποδοχή δηλαδή των αδικιών ή των άσχημων εμπειριών που έχει βιώσει το άτομο στην διάρκεια της ζωής, ώστε αυτές να ξεπεραστούν γαληνεύοντας την ψυχή του ατόμου. Οι θρησκείες άλλωστε ανά τον κόσμο θεωρούν το κομμάτι της συγχωρητικότητας σπουδαίο και άμεσο τρόπο προσέγγισης της πνευματικότητας. Μέσω της συγχωρητικότητας με άλλα λόγια, το άτομο επιτυγχάνει ένα σημαντικό μέρος της πνευματικότητας, αναθεωρώντας τις εμπειρίες του (Χαλκιοπούλου, 2016).

1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Κατά την περίοδο από τα 65 έτη ζωής και έπειτα, στον ανθρώπινο οργανισμό συντελούνται πλήθος αλλαγών που είναι ικανές να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική υγεία του ατόμου, αλλά και την εύρυθμη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας της χώρας.

Από τους αρχαίους χρόνους, ο Αριστοτέλης διατύπωσε με σαφήνεια το «ευ ζην» το οποίο κατακτάται από το άτομο όταν εκείνο καταφέρνει να ζει υιοθετώντας μια τέτοια συμπεριφορά που είναι συμβατή με την αρμονία, τη σταθερότητα, τη συνέπεια, επιτυγχάνοντας την ευδαιμονία.

Με το πέρασμα των χρόνων και την δημιουργία οργανωμένων κοινωνιών και την ανάπτυξη των επιστημών, η μέτρηση του βιοτικού επιπέδου των ευπαθών κοινωνικών ομάδων υπήρξε αναγκαία για την καταγραφή και την ορθή διαχείριση των κρατικών πόρων. Η μέτρηση αυτή βασίζεται σε ορισμένους κοινωνικούς δείκτες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ποιότητα ζωής και την εξέλιξή της μελλοντικά, με βασικούς το οικονομικό, κοινωνικό και μορφωτικό στάτους των ατόμων αναφοράς, την δυνατότητα πρόσβασης σε φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, τον τόπο κατοικίας και το φύλο (Υφαντόπουλος, & Σαρρής, 2015).

Για να εισάγουμε την έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας, θα μπορούσαμε να σημειώσουμε ότι για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, προϋποτίθενται ορισμένα χαρακτηριστικά για την ποιότητα και για την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στο άτομο που νοσεί, με ορθό και όσο το δυνατόν οικονομικό τρόπο, (Καταλληλότητα) για την σωστή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων (Διαθεσιμότητα) και σε κατάλληλο χρόνο, επιτυγχάνοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα για τον ασθενή (Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα), με σεβασμό στον ασθενή και τις ανάγκες του, ώστε να εμπνέεται το αίσθημα ασφάλειας και η εμπιστοσύνη προς τους θεράποντες. (Ovretveit1995)

Παρόλα αυτά, ορισμένες φορές, οι απαιτήσεις των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις πραγματικές τους ανάγκες, προκαλώντας πλασματική- προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας, επιβαρύνοντας το σύστημα υγείας άσκοπα. (Καλογεροπούλου, 2007)

Ένα σύστημα κόστους της ποιότητας στην υγεία μπορεί να φανεί χρήσιμο παρουσιάζοντας σημεία όπου το σύστημα χρειάζεται ποιοτική αναβάθμιση, παρουσίαση του κόστους μιας πιθανής αναβάθμισης, καθώς και άμεση σύγκριση στην απόδοση διαφορετικών γραμμών παραγωγής.

Το ποσοστό ποιότητας άλλωστε μπορεί να κριθεί και να συγκριθεί είτε από την σχέση ενός αντικειμένου Α σε σχέση με ένα αντικείμενο Β, είτε από το πόσο αυξημένη είναι η ζήτηση για κάποιο προϊόν, είτε τέλος, ανεξάρτητα από άλλα αντικείμενα και μόνο βάση της ποιότητας που χαρακτηρίζει ένα προϊόν.

Η ποιότητα σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια μπορεί να μετρηθεί ή να συγκριθεί. Τα συστατικά στοιχεία από τα οποία απορρέουν τα αποτελέσματα που αφορούν την ποιότητα, μπορούν να διακριθούν

- στις δομές, που περιλαμβάνουν τον ανθρώπινο παράγοντα και τις υποδομές υγείας,
- στις διαδικασίες λειτουργίας των υποδομών αυτών, και τέλος,
- στα αποτελέσματα που απορρέουν από τις δράσεις και τις υπηρεσίες.

Σε καθεμία από τις παραπάνω κατηγορίες υπάρχουν μετρήσιμοι δείκτες που μπορούν να δώσουν στην ποιότητα θετικό ή αρνητικό πρόσημο. Τέτοιοι δείκτες είναι η εκπαίδευση του προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες υγείας, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών που εφαρμόζονται, ο χρόνος αναμονής των ασθενών για την θεραπεία τους, καθώς και το πόσο ικανοποιημένοι έμειναν οι νοσηλευόμενοι από τις παροχές που τους προσφέρθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. 2015).

Η «ποιότητα ζωής» ως όρος έχει απασχολήσει τις κοινωνικές επιστήμες από τις απαρχές τους, ακόμη και από τους αρχαίους χρόνους με τον φιλόσοφο Αριστοτέλη, τον υποστηρικτή της λογικής, να ενδιαφέρεται να προσδιορίσει, όπως ήδη αναφέρθηκε, τον όρο μέσω της χρήσης της λέξης «ευδαιμονία». Με τον όρο «ευδαιμονία» ο Αριστοτέλης είναι φανερό πως επιδιώκει να ορίσει την ποιότητα ζωής ως «ένα είδος (λογική) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής». Η ποιότητα ζωής, αν και αρχικά κίνησε το ενδιαφέρον των κοινωνικών επιστημόνων, στην πορεία αποδείχθηκε πως σχετίζεται και με πλήθος άλλων επιστημών, όπως την ιατρική, την εκπαίδευση ακόμη και τη διατροφή.

Τα τελευταία χρόνια οι απαιτήσεις για ποιότητα σε κάθε τομέα ολοένα και αυξάνονται, είτε αναφερόμαστε σε εργασιακά θέματα, στην εκπαίδευση, είτε σε τεχνολογίες, στην οικονομία, ακόμη και στην μαγειρική, οι γαστρίμαργκές απαιτήσεις έχουν διαφοροποιηθεί στο χρόνο. Η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με υψηλού επιπέδου προσδοκίες που αφορούν την λειτουργικότητα υπηρεσιών και προϊόντων. Πρώτος, προσδιόρισε την ποιότητα, ο Walter Shewhart (1931) λέγοντας ότι «ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν». Συχνά, το συνεχώς αυξανόμενο επίπεδο απαιτήσεων, προϋποθέτει αυξημένο κόστος για τα αγαθά αναφοράς, σε ένα περιβάλλον μάλιστα όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι και η σωστή διαχείρισή τους θεωρείται εκ προοιμίου δεδομένη.

Σε ότι αφορά την υγεία, αυτή θεωρείται ως το πιο πολύτιμο αγαθό και για να υπάρξει, το άτομο πρέπει να διακρίνεται όχι μόνο από σωματική υγεία και αρτιμέλεια, αλλά και από διανοητική και ψυχική αρμονία και ευεξία (WHO, 1946). Ωστόσο, ο ορισμός της υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με την περιοχή- χώρα, τον υφιστάμενο πολιτισμό, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τους κοινωνικούς θεσμούς και το σύστημα υγείας σε συνδυασμό με τις παροχές του, όπως αυτές διαμορφώνονται στο εκάστοτε κοινωνικό- οικονομικό πλαίσιο (Department of Health, UK, 2003).

Στον όρο «ποιότητα ζωής» περιλαμβάνεται εκτός από την σωματική υγεία και η ψυχική πληρότητα. Οι παράγοντες που συντελούν στην εξασφάλιση και των δύο αυτών παραμέτρων μπορούν να διαφέρουν ανάλογα με τον τόπο διαβίωσης του ατόμου, το μορφωτικό του επίπεδο, ακόμη και από τον τόπο διαβίωσης. Στην πορεία της ζωής το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει τα διαφορετικά στάδια της ζωής. Το τελικό στάδιο που μπορεί να ζήσει ένας άνθρωπος είναι αυτό του γήρατος. Θεωρητικά, ένα άτομο από το εξηκοστό πέμπτο έτος της ζωής του κατατάσσεται στην λεγόμενη «τρίτη ηλικία». Συχνά, η ηλικία αυτή ταυτίζεται με το χρονικό της συνταξιοδότησης για την περίπτωση της Ελλάδας. Το σημείο ορόσημο της αποχώρησης από την εργασία μπορεί να προκαλέσει σπουδαίες αλλαγές για τον ψυχισμό και την συμπεριφορά του ατόμου δημιουργώντας άγχος, κοινωνική απομόνωση ή χρόνιες σοβαρές ασθένειες. Οι συντελεστές αυτοί μπορούν να θεωρηθούν επιβαρυντικοί για την μετέπειτα εξασφάλιση της ψυχικής και σωματικής υγείας και συνεπώς μειωμένο επίπεδο ποιότητας ζωής και αύξηση του κόστους για σκοπούς υγειονομικής περίθαλψης. Παρά το γεγονός πως η γήρανση αποτελεί μια αναπόφευκτη φυσική συνέπεια, όπως και ο θάνατος, προκαλεί σημαντικό άγχος και δυσκολία διαχείρισης των συνεπειών που μπορεί να επιφέρει και των συναισθημάτων που εγείρει. Ο ηλικιωμένος σε σύντομο χρονικό διάστημα ή και ταυτόχρονα καλείται να διαχειριστεί την απουσία του από το εργασιακό του περιβάλλον, την οικονομική αλλαγή που αυτό μπορεί να έχει ως απότοκο, την αλλαγή του κοινωνικού του στάτους, μια πιθανή απώλεια οικείου προσώπου ή συνομήλικων φίλων του και τον φόβο του δικού του επερχόμενου θανάτου ή την ευαλωτότητα σε ασθένειες, την αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης, τη μειωμένη λειτουργικότητα, αλλά και την απώλεια των γνωστικών λειτουργιών. Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό τα άτομα να διατηρούν τις κοινωνικές τους επαφές, τους στενούς οικογενειακούς δεσμούς και να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που τους χαρίζουν ευεξία, νέες ευκαιρίες κοινωνικής δικτύωσης και ευτυχία. Έτσι, οι συνέπειες του γήρατος δεν θα έχουν τόσο άμεση επιρροή στον ηλικιωμένο προκαλώντας δυσάρεστα συναισθήματα που μπορούν να κοστίσουν την υγεία (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2015).

Η αποδοχή του γήρατος και των περιορισμών που η κατάσταση αυτή προκαλεί, είναι το μέσο για μια ομαλή προσαρμογή στις νέες συνθήκες διαβίωσης, αλλά και η ευκαιρία για υιοθέτηση ενός πιο δημιουργικού τρόπου ζωής, διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου, έστω και αν αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την υποστήριξη από ειδικούς ή από άτομα του οικείου περιβάλλοντος, ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα ζωής του ατόμου. Αν τα παραπάνω δεν συμβούν, τότε είναι αναμενόμενο ο ηλικιωμένος να βιώσει σημαντικές ψυχολογικές μεταπτώσεις και κυκλοθυμία, καθώς η αδυναμία ικανοποίησης των καθημερινών του αναγκών καθίσταται ολοένα και πιο δύσκολη αποθαρρύνοντας το άτομο.

Οι κρατικοί φορείς, μια έκφανση των οποίων είναι και η παροχή βοήθειας μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» με βάση το οποίο αποκομίζονται σημαντικά στοιχεία για την

ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, μπορούν να συνδράμουν αποτελεσματικά στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχολογικών μεταπτώσεων και την εμφάνιση ασθενειών του σώματος ή της νόησης. Με τον τρόπο αυτό, ο ηλικιωμένος νιώθει πως μπορεί να βρει υποστήριξη, να επικοινωνήσει με συνανθρώπους, να εκφράσει τους φόβους του και να καταφέρει να καλύψει σημαντικές για εκείνον ανάγκες.

Το ίδιο μπορεί να συμβεί και με την περίπτωση της θρησκευτικότητας του ατόμου. Η θρησκεία και η πίστη σε ανώτερες δυνάμεις μπορεί να προσφέρει ελπίδα, αποκατάσταση διαπροσωπικών σχέσεων μέσω της αποδοχής και της συγχώρεσης, λιγότερες ψυχικές διαταραχές και μειωμένα επίπεδα θυμού. Παρά το γεγονός πως δεν έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές μελέτες σε σχέση με την σχέση θρησκευτικότητας – συγχωρητικότητας, ωστόσο είναι φανερό η συσχέτιση τους, τόσο για την επίδραση στην κοινωνική αλληλεπίδραση των ηλικιωμένων, όσο και στην διαδικασία της αυτό- συγχώρεσης. Η συγχώρεση άλλωστε, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχικής γαλήνης, διότι ορίζεται ως η αποδοχή μιας κατάστασης και απελευθέρωση από τυχόν αρνητικά συναισθήματα που έχουν προκληθεί κατά την διάρκεια της ζωής, όπως ντροπή, ζήλια, θυμός και σύγκρουση. Έτσι, τα αρνητικά αυτά αισθήματα δίνουν τη θέση τους σε άλλα θετικά συναισθήματα αποδοχής και την ελπίδα πως το ίδιο το άτομο μπορεί επίσης να συγχωρεθεί από τον Θεό για δικά του λάθη. Η οικοδόμηση νέων υγιών σχέσεων επιτυγχάνεται πιο εύκολα και οι συγκρούσεις αποκλιμακώνονται χωρίς την εκδήλωση βίας εναντίων συνανθρώπων, με τα ψυχικά τραύματα να αποκαθίστανται. Η υιοθέτηση ενός πνευματικού τρόπου ζωής προάγει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, καθώς επιδρά θετικά στην ψυχοπαθολογία τους αλλά και την νοσηλευτική παρέμβαση, η οποία πλέον γίνεται πιο ομαλά σε συνεργατικό κλίμα με τον ασθενή αντιμετωπίζοντας ακόμη και τον φόβο του θανάτου.

1.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ– ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Το άκουσμα της έκφρασης « Κοινωνική Μέριμνα», παραπέμπει σε υπηρεσίες του κράτους οι οποίες παρέχουν συμβουλευτική, ψυχολογική και κοινωνική στήριξη, ενώ παράλληλα στοχεύει στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, στην προαγωγή υγείας και ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα, στην ερευνητική δράση, και τέλος στον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής. Στην χώρα μας, αρκετοί είναι οι δήμοι οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας με σκοπό την ποιοτική αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου των δημοτών τους. Μέσω υπηρεσιών αυτού του χαρακτήρα, ειδικοί διαφόρων επιστημών συνδράμουν στην στήριξη των πολιτών.

Τα τελευταία χρόνια, ο όρος «ευπαθείς ομάδες» έχει αμβλύνει τα όριά του περιλαμβάνοντας, εκτός από άτομα με αναπηρίες, χρόνιες νόσους -ψυχικές και σωματικές-ή υπερήλικες και

πρόσφυγες, αρχηγούς μονογονεϊκών οικογενειών, θύματα βίας, εργασιακά ή κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα και χρόνια ανέργους. Λόγω των νέων κοινωνικών συνθηκών που πλέον ισχύουν και στην Ελλάδα εξαιτίας των μεγάλων μεταναστευτικών ρευμάτων, της οικονομικής κρίσης και των εργασιακών προβλημάτων, η ανάγκη δημιουργίας υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας θεωρείται καταλυτική. Έτσι, παρέχεται ψυχοκοινωνική στήριξη και συμβουλευτική σε ατομικό, οικογενειακό και ομαδικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, προσφέρεται υποστήριξη και συμβουλευτική σε κάθε δημότη ή κάτοικο που αντιμετωπίζει προσωπικά, οικογενειακά, κοινωνικά προβλήματα, προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων, προβλήματα υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς επίσης οικονομικά ή εργασιακά προβλήματα.

Σκοπός της παρούσας δράσης είναι η άρση του κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού, η κοινωνική ένταξη, καθώς επίσης και η κοινωνική ευαισθητοποίηση. Ανάλογα με το αίτημα και την ανάγκη των εξυπηρετούμενων, είτε εξυπηρετούνται από το επιστημονικό προσωπικό της υπηρεσίας, είτε παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και φορείς.

Στα πλαίσια αυτών των κρατικών δράσεων εντάσσεται και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» οι ωφελούμενοι του οποίου θα αποτελέσουν το δείγμα για την άντληση στοιχείων με σκοπό την μεθοδολογική στήριξη της παρούσας μελέτης με την μέθοδο του ερωτηματολογίου. Το πρόγραμμα απευθύνονται σε:

1. Μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα
2. Άτομα με αναπηρία
3. Ηλικιωμένους

Προτεραιότητα δίνεται σε άτομα που διαβιούν μόνα τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης για την βελτίωση ποιότητας της ζωής τους.

1.4 Η ΓΗΡΑΝΣΗ

«Το γήρας είναι η πιο δημοκρατική φάση της ζωής του ανθρώπου. Τότε οι διαφορές ισοσκελίζονται και βλέπει πόσο παρόμοια είναι η σκέψη και η στάση των ανθρώπων με εντελώς διαφορετική καταγωγή και διαδρομή.»

Ο ορισμός του γήρατος ως έννοια είναι δύσκολος λόγω και του ότι είναι ένας πολυσύνθετος όρος που δέχεται επιρροές από διάφορους παράγοντες και προσεγγίζεται από πλήθος επιστημών με διαφορετική προσέγγιση για την κάθε επιστήμη. Επιστήμες όπως η βιολογία, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η ιατρική και η οικονομία είναι ορισμένες μόνο επιστήμες που προσπάθησαν να

ορίσουν την έννοια αυτή. Ως γήρανση λοιπόν, θα μπορούσαμε να ορίσουμε τις σωματικές-φυσιολογικές, διανοητικές και ψυχικές, οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές που συντελούνται με το πέρασμα των χρόνων ζωής των ανθρώπων με σημείο μετάβασης στην «τρίτη ηλικία» το 65^ο έτος ζωής, παράλληλα περίπου με τον χρόνο συνταξιοδότησης. Ωστόσο, το μεταβατικό αυτό στάδιο μπορεί να έχει διαφορετικό ρυθμό εξέλιξης και να ξεκινά σε διαφορετική για τον κάθε άνθρωπο στιγμή. Οι φυσιολογικές αυτές μεταβολές μπορούν να διαφοροποιήσουν τον τρόπο θέασης των πραγμάτων για τη ζωή. Πιθανά επί παραδείγματι η ελλιπής ακοή μπορεί να επιφέρει μειωμένη κριτική ικανότητα, δημιουργώντας προβλήματα στην επικοινωνία, την εμπιστοσύνη του ατόμου για τον εαυτό του αλλά και την έκθεσή του σε κινδύνους που η μειωμένη ακοή δεν του επιτρέπει να προλαμβάνει ((Παπαλή, 2017).

Η μετάβαση του ατόμου στην «τρίτη ηλικία» συχνά μπορεί να συνοδεύεται από σημαντικές γνωστικές αλλά και σωματικές αλλαγές. Η κάμψη αυτή των φυσιολογικών λειτουργιών, οδηγεί σε μια προοδευτικά σοβαρή αποδυνάμωση του σώματος και του πνεύματος σε συνδυασμό με τις φυσιολογικές αλλαγές που συντελούνται με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, οι λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος εξασθενούν προκαλώντας προβλήματα στην αντιληπτική ικανότητα του ατόμου και την ορθή επεξεργασία των πληροφοριών και των ερεθισμάτων που προέρχονται από εξωτερικά ερεθίσματα (Χαλκιοπούλου, 2016).

Η γήρανση παρόλα αυτά μπορεί να διαχωριστεί σε δύο μορφές, την ενδογενή ή πρωτογενή και την εξωγενή ή δευτερογενή γήρανση. Την ενδογενή γήρανση προκαλούν παράγοντες οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με το γενετικό σύστημα που ο κάθε οργανισμός φέρει. Οι διαφοροποιήσεις στο χρόνο στη σύσταση των κυτταρικών πληροφοριών του ατόμου μπορούν να επιταχύνουν ή να επιβραδύνουν τη γήρανση του ατόμου. Επί παραδείγματι, αν ένας οργανισμός έρθει αντιμέτωπος με καρκινικές μεταλλάξεις, τότε αυτό μπορεί να προκαλέσει απότομη ενδογενή αλλαγή στο ρυθμό γήρανσης του ασθενή. Ο άνθρωπος που νοσεί μπορεί να παρουσιάσει ξαφνική κατάπτωση και δυσκολία στο να ανταποκριθεί σε καθημερινές του ανάγκες, γεγονός που μπορεί να τον φέρει αντιμέτωπο με ψυχικά νοσήματα και έντονες μεταπτώσεις. Έχει αποδειχθεί άλλωστε και από τις επιστήμες της υγείας πως ο κάθε άνθρωπος κουβαλά με την γέννησή του σημαντικές γενετικές πληροφορίες οι οποίες δεν μπορούν να διαφοροποιηθούν με το πέρασμα των χρόνων και μπορεί να ορίζουν οι πληροφορίες αυτές ακόμη και τον ρυθμό γήρανσης του ατόμου ή την ανθεκτικότητα των κυττάρων σε διάφορων ειδών μεταβολές που μπορούν να συμβούν κατά την διάρκεια της ζωής. Με το πέρασμα του χρόνου, τα κύτταρα αλλάζουν ως προς τη δομική τους σύσταση με απότοκο το άτομο να εμφανίζει σημάδια γήρανσης (Παπαλή, 2017).

Σε ότι αφορά την εξωγενή ή δευτερογενή όπως αλλιώς ονομάζεται αυτού του τύπου η γήρανση, αυτή προκαλείται από παράγοντες που συχνά όλοι οι οργανισμοί έρχονται αντιμέτωποι και είναι σχεδόν αναπόφευκτοι. Τέτοιου είδους παράγοντες μπορεί να αφορούν για παράδειγμα την πολύωρη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία ή το κάπνισμα, ακόμη και την έκθεση του ατόμου σε βεβαρυμμένη περιβαλλοντικά ατμόσφαιρα, οδηγώντας στην γήρανση (Παπαλή, 2017).

Από κοινωνιολογικής άποψης, αξίζει να διερευνηθεί το αμφίδρομο της σχέσης των ηλικιωμένων με την κοινωνία και τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Η περίοδος της συνταξιοδότησης συχνά συνοδεύεται από απομόνωση επιφέροντας μείωση της ψυχικής διάθεσης των ατόμων και έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών. Τα τελευταία χρόνια, συνηθίζεται να γίνεται διαχωρισμός μεταξύ της τρίτης και της τέταρτης ηλικίας με ορόσημο την αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου.

Συνηθίζεται, κατά την έλευση της περιόδου που ονομάζεται τρίτη ηλικία το άτομο να πραγματοποιεί απολογισμό της ζωής του ο οποίος επιδρά θετικά ή αρνητικά στην ψυχολογία του ατόμου, ανάλογα με το πώς κρίνει τις πράξεις του ο ενδιαφερόμενος καθ' όλη τη ζωή του. Αν με άλλα λόγια το άτομο ανατρέχοντας πίσω στη ζωή του και τις ευκαιρίες που του δόθηκαν κρίνει ότι έπραξε το σωστό για κάθε περίπτωση, αισθάνεται ολοκληρωμένο, αυτόνομο, ικανό να λαμβάνει ορθές αποφάσεις και εμπιστεύεται τον εαυτό του. Αν ωστόσο οι πράξεις του ατόμου δεν θεωρούνται αποδεκτές κοινωνικά ή δεν ανταποκρίνονται στις τωρινές απόψεις του ατόμου για την ζωή, τότε η ψυχοσύνθεση του ηλικιωμένου δοκιμάζεται, βιώνει τη μετριότητα, τη μοναξιά, απογοητεύεται ως ον αλλά και οδηγείται στην εκδήλωση θυμού προς τον εαυτό του ή και την κατάθλιψη (Ramírezetal. 2014). Με τον τρόπο αυτό, η εσωστρέφεια που προκαλεί η γήρανση σε κάθε περίπτωση, εντείνεται αν το άτομο δεν νιώθει ομαλά εξελιγμένο στην πορεία της ζωής του. Λόγω του ότι η γήρανση στερεί από τους ανθρώπους αυτής της ηλικίας το προνόμιο της εργασίας και των αυξημένων κοινωνικών επαφών, η εσωστρέφεια μπορεί μέχρι ένα σημείο να θεωρηθεί φυσικό απότοκο. Όμως μπορεί να κριθεί επικίνδυνη όταν υπάρχει κοινωνικός παραγκωνισμός ή ηθελημένη απομάκρυνση του ηλικιωμένου από το σύνολο του κοινωνικού του περιγύρου ή από το σύνολο των υποχρεώσεων του που αν και μειωμένες, δεν παύουν να υπάρχουν (Τουρτούνη, 2017; Foster&Walker, 2014).

Η κοινωνίες των ανθρώπων χαρακτηρίζονται και ενέχουν πολιτισμό, ο οποίος κρίνεται από την στάση των ατόμων προς τους συνανθρώπους τους και ιδιαίτερα προς τις ευπαθείς ομάδες, μια εκ των οποίων είναι και αυτή των ηλικιωμένων. Αν και στην χώρα μας ο θεσμός της οικογένειας παραμένει ισχυρός, παρόλα αυτά, τα στατιστικά στοιχεία αποδεικνύουν το γεγονός πως αρκετοί

είναι οι ηλικιωμένοι, περίπου ένας στους τρεις, οι οποίοι βιώνουν τη μοναξιά και καλούνται να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες τους μόνοι τους. Κατά το έτος 2000, ο ΟΗΕ αποδεικνύοντας εμπράκτως τον σεβασμό που θα πρέπει να διακρίνει την αντιμετώπιση των ηλικιωμένων θεσπίζει πέντε βασικές αρχές: την ανεξαρτησία, τη συμμετοχή των ηλικιωμένων στα κοινά, τη δυνατότητα εκπλήρωσης των προσωπικών στόχων, τη φροντίδα και την αξιοπρέπεια.

Σε κάθε περίπτωση, ο σεβασμός προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας και η εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης τόσο από το κράτος όσο και με την βοήθεια των οικείων είναι υποχρέωση και φανερώνει το κοινωνικό πρόσωπο των κρατικών φορέων και την αγάπη των οικείων προς τους ηλικιωμένους. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται η κοινωνικοποίηση των ατόμων αυτών, υποστηρίζεται και ενδυναμώνεται η ανεξαρτησία του ηλικιωμένου και η δημιουργία κοινωνικών συναναστροφών κρατώντας ενεργό τον ηλικιωμένο και συνδράμοντας στο να επιτευχθούν οι προσωπικοί του στόχοι για την νέα περίοδο της ζωής που το άτομο καλείται να βιώσει.

1.5 Η ΜΟΝΑΞΙΑ

Όπως έχει προαναφερθεί, τα ηλικιωμένα άτομα λόγω του ότι μπαίνουν σε μια φάση της ζωής κατά την οποία οι ρυθμοί της καθημερινότητας μεταβάλλονται, οι δράσεις και οι κοινωνικές επαφές περιορίζονται, τα συναισθήματα μοναξιάς μπορεί να απαντώνται πιο συχνά σε σχέση με άτομα νεαρότερης ηλικίας. Αν και σε κάθε στάδιο της ζωής η μοναξιά μπορεί να επιφέρει σημαντικά ψυχικά και σωματικά προβλήματα, εντούτοις κατά την τρίτη ηλικία, αυτά τα προβλήματα μπορούν να έχουν μεγαλύτερη ένταση και διάρκεια προκαλώντας ακόμη και μόνιμες βλάβες στο άτομο. Ο θάνατος του συντρόφου του ηλικιωμένου, η αποχώρηση των ενήλικων πλέον παιδιών από την πατρική οικογενειακή εστία μπορούν να είναι λίγοι μόνο λόγοι που συνδράμουν στο να διαβιεί ένας ηλικιωμένος μόνος του.

Η μοναξιά, όπως και το γήρας, μπορεί να έχει διάφορες εκφάνσεις. Ο πρώτος εννοιολογικός ορισμός που έρχεται στο νου είναι η απουσία ατόμων του κοινωνικού ή οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου. Ένας δεύτερος όμως ορισμός της μοναξιάς μπορεί να αφορά στην ψυχική μοναξιά η οποία μπορεί να συμβεί ακόμη και αν το άτομο περιβάλλεται από οικεία πρόσωπα. Όπως έχει αναφερθεί και ανωτέρω, λόγω του ότι οι δεξιότητες των ηλικιωμένων μειώνονται με το πέρασμα του χρόνου τα άτομα αυτά μπορούν να νιώθουν πως δεν καταφέρνουν να επικοινωνήσουν με τους οικείους τους ικανοποιητικά ή πως ακόμη και αν υπάρχει επικοινωνία αυτή δεν είναι παραγωγική και από τις δύο πλευρές αμφίδρομη. Τότε ο ηλικιωμένος μπορεί να νιώθει παραγκωνισμένος και ψυχικά μόνος λαμβάνοντας μόνο την απαραίτητη για τον βιοπορισμό του φροντίδα από τους οικείους. Σε ειδικές περιπτώσεις δε κατά τις οποίες ο ηλικιωμένος καλείται,

ορισμένες μάλιστα φορές εξαναγκαστικά, να μετακομίσει σε κάποιο οίκο ευγηρίας τότε τα πράγματα γίνονται ολοένα και πιο σύνθετα. Η ψυχική μοναξιά του βιώνει ο άνθρωπος είναι μεγάλη, τόση που συχνά χάνεται το ενδιαφέρον για ανάπτυξη νέων κοινωνικών σχέσεων ή για επικοινωνία με δεδομένο πως το άτομο νιώθει παρείσακτο. Στο πλαίσιο αυτό, μπορούμε να εντάξουμε την έννοια της «αυτοσυμπόνιας» του αισθήματος που δημιουργείται στο άτομο από τις επιρροές που δέχεται από το περιβάλλον του σε σχέση με την γήρανση και τον τρόπο αντιμετώπισης του εαυτού. Ο τρόπος που το άτομο αντιμετωπίζει τον εαυτό του ως προς τις προκλήσεις που καλείται να ανταπεξέλθει, η αποτυχία ή η επιτυχία ως προς αυτές μπορεί να οδηγήσει σε ιδιαίτερα αυστηρή κριτική του ατόμου για τον εαυτό του. Μέσω της αυτοσυμπόνιας ωστόσο, ο ηλικιωμένος μπορεί να καταφέρει να μην είναι τόσο αυστηρός με τον εαυτό του, επιδεικνύοντας κατανόηση για τις αδυναμίες που η ηλικία προκαλεί, με δεδομένο πως οι φυσικές φθορές του γήρατος συνεπάγονται ταλαιπωρία και πιθανή αποτυχία. Ο εαυτός θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με κατανόηση, ήπια αυτοκριτική και ευσυνειδησία. Έτσι, οι τρόποι αυτοί αντιμετώπισης του εαυτού λειτουργούν θετικά ως παράγοντες πρόβλεψης κατά του άγχους και της κατάθλιψης (Neff, 2003). Η αισιοδοξία και η πρωτοβουλία του ατόμου ενισχύονται δίνοντας λαβές για νέες προσπάθειες και ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης.

Εστιάζοντας ξανά στο ζήτημα της μοναξιάς, αυτή μπορεί να οριστεί ως το συναίσθημα που προκαλεί η έλλειψη της επαφής μεταξύ ατόμων με άμεσο απότοκο την δυσαρέσκεια και την παραίτηση. Τα συναισθήματα αυτά συμπεριφοριστικά μπορούν να εκδηλωθούν με εκδήλωση άγχους ή καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις μπορούν να παρατηρηθούν και αυτοκτονικές τάσεις. Το πρόβλημα φαίνεται να μην κάνει διακρίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, κατατάσσοντας τη μοναξιά σε αξιόλογο κοινωνικό πρόβλημα που χρίζει λύσης. Παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες ορισμού του όρου αυτού, οι γενικές παραδοχές οδηγούν στο συμπέρασμα πως η μοναξιά έχει ως κοινούς παρονομαστές σε κάθε περίπτωση την αδυναμία σύναψης και διατήρησης κοινωνικών επαφών, την απομόνωση και την πρόκληση αισθημάτων δυσαρέσκειας.

Μια σημαντική διάκριση που κάνει η μοναξιά είναι αυτή μεταξύ των διαφόρων οικονομικών και κοινωνικών στρωμάτων. Με άλλα λόγια, η μοναξιά δύναται να επηρεάσει περισσότερο και πιο εύκολα άτομα των κατώτερων και κατώτατων κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων, με χαμηλό δείκτη παιδείας, έναντι εκείνων που κατατάσσονται στους οικονομικά εύπορους και κοινωνικά καταξιωμένους ανθρώπους (Cacioppo et al., 2006). Η μοναξιά όπως είναι εύκολα εννοούμενο υποβιβάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου και της ευδόκιμης γήρανσης με δεδομένο ότι ο ηλικιωμένος δεν βρίσκει κίνητρο στη ζωή, έχει άσχημες ποιοτικές σχέσεις με τους συνανθρώπους

του, ακόμη και πτώση του διανοητικού επιπέδου όταν η επικοινωνία παύει να είναι επικοινωνιακή και ουσιαστική (Holmenetal, 2003).

Ένας άλλος παράγοντας που επιδρά στην πάταξη της μοναξιάς είναι σαφώς η προσωπικότητα που το άτομο διατηρεί. Οι μορφωμένοι, δεκτικοί και ανοιχτόμυαλοι άνθρωποι τείνουν να αντιμετωπίζουν λιγότερες ώρες μοναξιάς και να γερνούν πιο αργά σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν μια ισχυρή προσωπικότητα.

Η οικογένεια είναι βεβαίως από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που έρχονται να αντιμετωπίσουν τη μοναξιά με δεδομένο πως άτομα που έχουν δημιουργήσει οικογένεια και έχουν αποκτήσει παιδιά ή ακόμη και εγγόνια, είναι πιο δύσκολο να βρεθούν αντιμετώποι με την μοναξιά ή την κατάθλιψη, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει απαραίτητα και καλή συναισθηματική εξασφάλιση, αφού δεν είναι δεδομένο πως οι επαφές πάντα έχουν θετικό πρόσημο. Αυτή η τελευταία περίπτωση είναι που προκαλεί ψυχική μοναξιά και όχι φυσική, διότι ακόμη κι αν το άτομο δεν είναι μόνο σε κάποιο δωμάτιο, ωστόσο μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την παρουσία κάποιου τρίτου ατόμου. Τις περισσότερες φορές πάντως, γονείς με παιδιά ή εγγόνια τονίζουν πως η παρουσία των τέκνων τους και των εγγονών τους στο χώρο, τους αναπτερώνει το ηθικό και τις ελπίδες μιας καλής ζωής ακόμη και κατά τις ηλικίες άνω των 65 ετών, βιώνοντας την στήριξη και την έγνοια των αγαπημένων τους (Phillip&Rice, 2005).

Σε κάθε περίπτωση, η καλή φυσική κατάσταση του ατόμου και η δυνατότητες που του δίνει αυτό το προτέρημα στους ηλικιωμένους είναι σημαντικός λόγος διατήρησης των κοινωνικών επαφών και της συμμετοχής τους σε δράσεις συνομήλικων, διατηρώντας έτσι τις κοινωνικές επαφές και δημιουργώντας νέες αντιμετωπίζοντας τη μοναξιά και διατηρώντας μια θετική εικόνα για τον εαυτό και την περίοδο του γήρατος.

1.6 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Εξαιτίας του ότι η παρούσα μελέτη βασίστηκε για την συλλογή δεδομένων της σε δείγμα ωφελουμένων ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Λαρισαίων, θεωρώ πως θα πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθούν μερικά λόγια σχετικά με το πρόγραμμα αυτό και τη δράση των εργαζομένων σε αυτό.

Το εν λόγω πρόγραμμα υπάγεται στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Εσωτερικών με ιστορία από το 1998 όταν και ξεκίνησε να εφαρμόζεται. Αφορά άτομα της τρίτης ηλικίας ή και ΑμεΑ τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, αντιμετωπίζουν διαφόρων ειδών νοητικές δυσλειτουργίες, ζουν μόνα τους ή με μερική φροντίδα από τους οικείους τους, ή ακόμη και άτομα

των οποίων τα οικονομικά έσοδα δεν επαρκούν για την εξασφάλιση ενός καλού βιοτικού επιπέδου και μιας καλής ποιότητας ζωής.

Οι δράσεις του προγράμματος είναι καταλυτικής σημασίας καθώς μέσω αυτού προσφέρονται υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, επισκέψεις ιατρών κατ'οίκον αν ο ασθενής δεν δύναται να μεταφερθεί ο ίδιος στο χώρο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, παρέχονται νοσηλευτικές υπηρεσίες αλλά και εξυπηρέτηση πρακτικών αναγκών όπως είναι η πληρωμή λογαριασμών και η αγορά τροφίμων, η συνταγογράφηση φαρμάκων και η διανομή άλλων αγαθών για άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν. Κατά την διάρκεια μάλιστα της πρόσφατης πανδημίας κατά την οποία οι μετακινήσεις ήταν απαγορευμένες και οι ανάγκες ψυχολογικής στήριξης αυξήθηκαν κατακόρυφα, οι υπηρεσίες του προγράμματος υπήρξαν καθοριστικές για τους ανθρώπους αυτούς αλλά και για την ενίσχυση του κράτους πρόνοιας.

Τους ωφελούμενους εποπτεύουν οι κοινωνικοί λειτουργοί του προγράμματος οι οποίοι αξιολογούν τα περιστατικά και παρέχουν την κατάλληλη κατά περίπτωση κοινωνική υποστήριξη σε συνεργασία με τους συναρμόδιους φορείς. Επιπλέον, η οικογενειακή βοήθος του προγράμματος αναλαμβάνει τη διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών, την προμήθεια των ηλικιωμένων με είδη άμεσης ανάγκης, καθώς και την καθαριότητα του σπιτιού τους. Μια επιπλέον αρμοδιότητα των οικογενειακών βοηθών, ίσως η πλέον σημαντική για τους ανθρώπους αυτούς, είναι η συντροφιά που προσφέρουν αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος.

Με τον τρόπο αυτό, το κράτος πρόνοιας κάνει αισθητή την παροχή βοήθειας σε περιόδους κρίσεως και για άτομα που πραγματικά έχουν ανάγκη για την κάλυψη των βιοτικών τους αναγκών. Η κοινωνική αυτή δομή αν και αρχικά αφορούσε περιοχές όπως αυτή των Αθηνών, σήμερα το κράτος έχει καταφέρει να παρέχει υπηρεσίες μέσω του προγράμματος σε όλη την ελληνική επικράτεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του ρόλου της πνευματικότητας, της κοινωνικής υποστήριξης και της μοναξιάς με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα να μελετηθεί ο βαθμός πνευματικότητας, η σχέση με την υποστήριξη και τη μοναξιά και πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι συγκεκριμένοι παράγοντες στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Επιδιώκεται λοιπόν να διερευνηθούν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις :

- το επίπεδο πνευματικότητας των ηλικιωμένων σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής τους
- η μοναξιά των ηλικιωμένων σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής τους
- η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων

2.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη, όπου έγινε συγκέντρωση δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου που εθελοντικά απάντησαν ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών οι οποίοι εντάσσονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», άνδρες και γυναίκες με καλή νοητική και πνευματική κατάσταση. Η ερευνητική διαδικασία έλαβε χώρα κατά τους μήνες Φεβρουάριο έως και Απρίλιο του 2021 και περιλάμβανε τη διεξαγωγή έρευνας και συλλογής στοιχείων μέσω ερωτηματολογίων τα οποία συμπλήρωσαν τηλεφωνικά στην ερευνήτρια ηλικιωμένοι, άνδρες και γυναίκες, ωφελούμενοι του προγράμματος κοινωνικής υποστήριξης «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Λαρισαίων.

κριτήρια ένταξης στη μελέτη:

Άτομα από 65 ετών και άνω, ωφελούμενοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Λαρισαίων, άνδρες και γυναίκες με πλήρη κατανόηση της ελληνικής γλώσσας.

κριτήρια αποκλεισμού:

Άτομα ωστόσο που πάσχουν από διάφορες μορφές άνοιας ή άλλες παθήσεις που επηρεάζουν το νοητικό και πνευματικό επίπεδο των ηλικιωμένων αποκλείονται από την διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Ηθική και δεοντολογία της έρευνας

Η ερευνήτρια είναι εργαζόμενη στο τμήμα δομών κοινωνικής ένταξης υποστήριξης και ισότητας των φύλων της διεύθυνσης κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας του Δήμου Λαρισαίων και ενημέρωσε η ίδια τους ωφελούμενους του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» για τον σκοπό της μελέτης, για την τήρηση της ανωνυμία τους και το δικαίωμα της άρνησης τους για συμμετοχή σε αυτή. Ενημερώθηκαν επίσης ότι τα ερωτηματολόγια θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς αυτής και μόνο της έρευνας.

2.3 ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Ως προς την δομή, το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις που σχετίζονται με πληροφορίες δημογραφικής και κοινωνικής φύσεως όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβάνονταν οι παρακάτω κλίμακες: η κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης OSLO, η κλίμακα ευθραυστότητας FIFE, η κλίμακα μοναξιάς UCLA, κλίμακα πνευματικότητας DSES, η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων OPQOL-35 και η WHOQOL-OLD.

Η κλίμακα μέτρησης κοινωνικής υποστήριξης (OSSS-3) η οποία διερευνά το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης των ατόμων και ενδείκνυται για επιδημιολογικές μελέτη (Dalgardetal., 2006; Kocaleventetal., 2018), το ερωτηματολόγιο αδυναμίας (Frailty Index for Elders-FIFE), το οποίο αξιολογεί την σωματική κατάσταση του ηλικιωμένου με ερωτήσεις που αφορούν στην ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Έχει 10 ερωτήσεις και το αποτέλεσμα μπορεί να πάρει τιμές 0-10. Αν το αποτέλεσμα είναι 0, σημαίνει ότι δεν υπάρχει αδυναμία, 1-3 αποτελεί κίνδυνο αδυναμίας και αποτελέσματα μεγαλύτερα του 4, υποδεικνύουν αδυναμία (Tocchi, 2016). Το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (OlderPeople's Quality of LifeQuestionnaire- OPQOL-35), είναι ένα εργαλείο με 35 ερωτήσεις, το οποίο αξιολογεί οχτώ τομείς, την ζωή συνολικά (4 ερωτήσεις, εύρος βαθμολογίας 4-20), την υγεία (4 ερωτήσεις, 4-20), τις κοινωνικές σχέσεις και το βαθμό συμμετοχής στην κοινότητα (8 ερωτήσεις, 8-40), την ανεξαρτησία, τον έλεγχο στη ζωή και την ελευθερία (5 ερωτήσεις, 5-25), το σπίτι και τη γειτονιά (4 ερωτήσεις, 4-20), την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία (4 ερωτήσεις, 4-20), την οικονομική κατάσταση (4 ερωτήσεις, 4-20), την κουλτούρα και τη θρησκεία (2 ερωτήσεις, 2-10) Το συνολικό σκορ μπορεί να πάρει τιμές από 35, έως 175, με το 175 να είναι η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής (Nikkhahetal, 2018). Το ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους (WHOQOL-OLD). Αποτελείται από 24 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται με την κλίμακα του Likert, με βαθμολογία 1-5 και αφορούν

έξι κατηγορίες: τις ικανότητες των αισθήσεων, την αυτονομία, τις δραστηριότητες στο παρελθόν, στο παρόν και στο μέλλον, την κοινωνική συμμετοχή, τον θάνατο και την οικειότητα. Η μεγαλύτερη βαθμολογία, που αντιστοιχεί και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής, είναι 120, ενώ η χειρότερη 24 (WHO, 2006). Η Κλίμακα Μέτρησης του Συναισθήματος της Υποκειμενικής Μοναξιάς (UCLA Version 3), πρόκειται για μία κλίμακα μέτρησης η οποία, έχει σχεδιαστεί για να μετρήσει τα υποκειμενικά συναισθήματα μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης, αποτελείται από 20 ερωτήσεις διερεύνησης των προαναφερόμενων παραγόντων (Russell, 1996). Η Κλίμακα Καθημερινών Πνευματικών Εμπειριών (DailySpiritualExperienceScale DSES), με την οποία αξιολογείται ο βαθμός πνευματικότητας και θρησκευτικότητας του ατόμου, καθώς και η επαφή του με το μεταφυσικό στην καθημερινότητα. Περιλαμβάνει 16 δηλώσεις τις οποίες βαθμολογούν οι ερωτώμενοι σε κλίμακα Likert. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο υψηλότερο το επίπεδο καθημερινών πνευματικών εμπειριών (Underwood, 2011).

Σε ότι αφορά την διαδικασία, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν τηλεφωνικά λόγω των συνθηκών που επέβαλλε η πανδημία, από την ίδια την ερευνήτρια για όσους συμμετέχοντες επιθυμούσαν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linearregressionanalysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας ζωής από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standarderrors=SE). Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 50 άτομα με μέση ηλικία τα 76,0 έτη (SD=6,5 έτη), τα δημογραφικά στοιχεία των οποίων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

		N	%
Φύλο	Άνδρας	13	26,5
	Γυναίκα	36	73,5
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		76,0 (6,5)	
BMI (kg/m²), μέση τιμή (SD)		26,4 (3,6)	
BMI	Φυσιολογικοί	18	36,0
	Υπέρβαροι	28	56,0
	Παχύσαρκοι	4	8,0
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος-η	14	28,0
	Ελεύθερος-η	4	8,0
	Χήρος-α	30	60,0
	Διαζευγμένος-η	2	4,0
Επίπεδοεκπαίδευσης	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό	10	20,0
	Απόφοιτος Δημοτικού	20	40,0
	Απόφοιτος Λυκείου	13	26,0
	Απόφοιτος ΙΕΚ	2	4,0
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ	5	10,0
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος	0	0,0
Έχετε παιδιά	Όχι	11	22,4
	Ναι	38	77,6
Αριθμός παιδιών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,1 (0,8)	2 (2 - 2)
Έχετε εγγόνια	Όχι	15	30,6
	Ναι	34	69,4
Αριθμός εγγονιών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		4,0 (1,9)	4 (3 - 5)
Στο σπίτι ζείτε:	Μόνος-η	32	64,0
	Με τον-την σύζυγο	13	26,0
	Με τον-την σύντροφο	0	0,0
	Με τα παιδιά	5	10,0
	Με τα παιδιά και τα εγγόνια	0	0,0
Έχετε φίλους	Όχι	4	8,0
	Ναι	46	92,0
Καπνίζετε	Όχι	38	77,6
	Ναι	9	18,4
	Πρωην καπνιστής	2	4,1
Εάν καπνίζετε ποσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		9,2 (4,0)	10 (5 - 12)

Το 73,5% των συμμετεχόντων είναι γυναίκες. Επίσης, το μέσο BMI ήταν 26,4 μονάδες (SD=3,6 μονάδες) και το 56,0% ήταν υπέρβαροι. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν χήροι, με το ποσοστό να είναι 60,0% και το 40,0% ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Το 77,6% των συμμετεχόντων είχε παιδιά και το 69,4% εγγόνια. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες έμεναν μόνοι τους, με το ποσοστό να είναι 64,0% και το 92,0% είχε φίλους. Το 18,4% των συμμετεχόντων κάπνιζε.

Στοιχεία για την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

		N	%
Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια	Όχι	9	18,0
	Ναι	41	82,0
Αν ναι, ποια	Αρθρικά	2	4,0
	Αρτηριακή υπέρταση-Θυροειδή-Κατάθλιψη	1	2,0
	Ασθμα	1	2,0
	Δισκοκήλη-Υπέρταση	1	2,0
	Εγκεφαλικό-Διαβήτης-Χοληστερίνη	1	2,0
	Καρδιά-Οστεοπόρωση	1	2,0
	Καρδιά-Πίεση	1	2,0
	Καρδιακή ανεπάρκεια	1	2,0
	Καρδιοπάθεια	1	2,0
	Κατάθλιψη-Υπέρταση	1	2,0
	Κολπική μαρμαρυγή-Υπέρταση-Χοληστερίνη	1	2,0
	Λευχαιμία	1	2,0
	Οστεοπόρωση	2	4,0
	Οστεοπόρωση-Υπέρταση	1	2,0
	Παραπληγία 80%-Υπέρταση	1	2,0
	Πολυμυελίτιδα	1	2,0
	Προστάτης	1	2,0
	Προστάτης-ΧΑΠ	1	2,0
	ΣΔ	4	8,0
	ΣΔ-Αρθρικά	1	2,0
	ΣΔ-Καρδιά-Μυοσκελετικά-Θυροειδή	1	2,0
	ΣΔ-Οστεοπόρωση	1	2,0
	ΣΔ-Υπέρταση	1	2,0
	Υπέρταση	2	4,0
	Υπέρταση-Ελκώδης κολοίτιδα	1	2,0
	Υπέρταση-Προστάτης	1	2,0
	ΧΑΠ	5	10,0
	ΧΑΠ-Ακρωτηρισμός αρ. κάτω άκρου	1	2,0
	ΧΑΠ-Καρδιακή ανεπάρκεια	1	2,0
	Λαμβάνετε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή	Όχι	5
Ναι		43	89,6

Το 82,0% των συμμετεχόντων έπασχε από κάποια χρόνια ασθένεια και το 89,6% λάμβανε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή.

Το είδος φαρμακευτικής αγωγής που λάμβαναν καθημερινά οι συμμετέχοντες δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Φάρμακο	N	%
Aprovel	3	7,0
Berovent	4	9,3
Ceutrac,Seroxat	1	2,3
Crestor	2	4,7
Depon	2	4,7
Diamicron	1	2,3
Diamocron	1	2,3
Glucophage	1	2,3
Lobivon	3	7,0
Lozec	1	2,3
Ponstan	1	2,3
Singulair	1	2,3
Sitrom,Aprovel,Tenor min	1	2,3
Solosa	1	2,3
T4	1	2,3
Tavor	1	2,3
Tenormin	1	2,3
Ασβέστιο	1	2,3
Ινσουλίνη	2	4,7

Η ασθένεια για την οποία λάμβαναν καθημερινά οι συμμετέχοντες φαρμακευτική αγωγή δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Ασθένεια	N	%
Αρθριτικά	1	2,3
Αρτηριακή πίεση	2	4,7
Άσθμα	1	2,3
Θυροειδή	1	2,3
Καρδιά	1	2,3
Κατάθλιψη	2	4,7
Οστεοπόρωση	4	9,3
Οσφυαλγία	2	4,7
Πίεση	1	2,3
Προστάτης	1	2,3
ΣΔ	6	14, 0
Υπέρταση	4	9,3
ΧΑΠ	6	14, 0
Ουρικόξυ	1	2,3

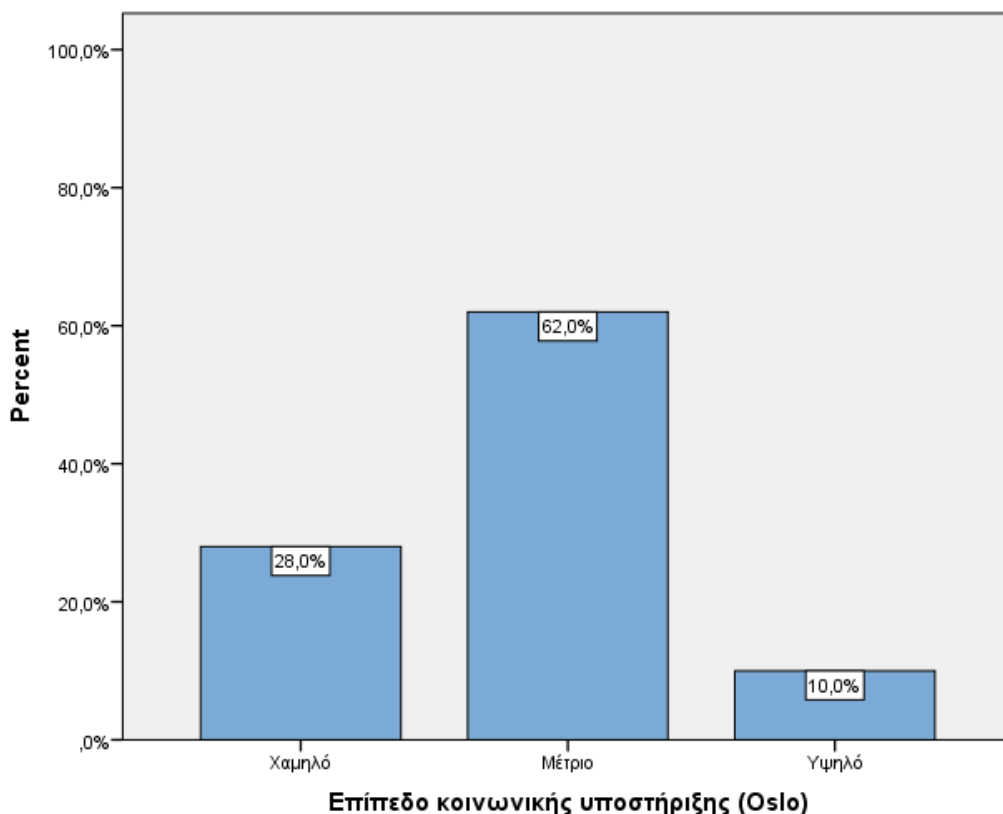
Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (OSLO)

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης καθώς και τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

		N	%
Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (Oslo), μέση τιμή (SD)		9,4 (2,0)	
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (Oslo)	Χαμηλό	14	28,0
	Μέτριο	31	62,0
	Υψηλό	5	10,0

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης ήταν 9,4 μονάδες (SD=2,0 μονάδες). Το 62,0% των συμμετεχόντων είχε μέτρια κοινωνική υποστήριξη.

Τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί.



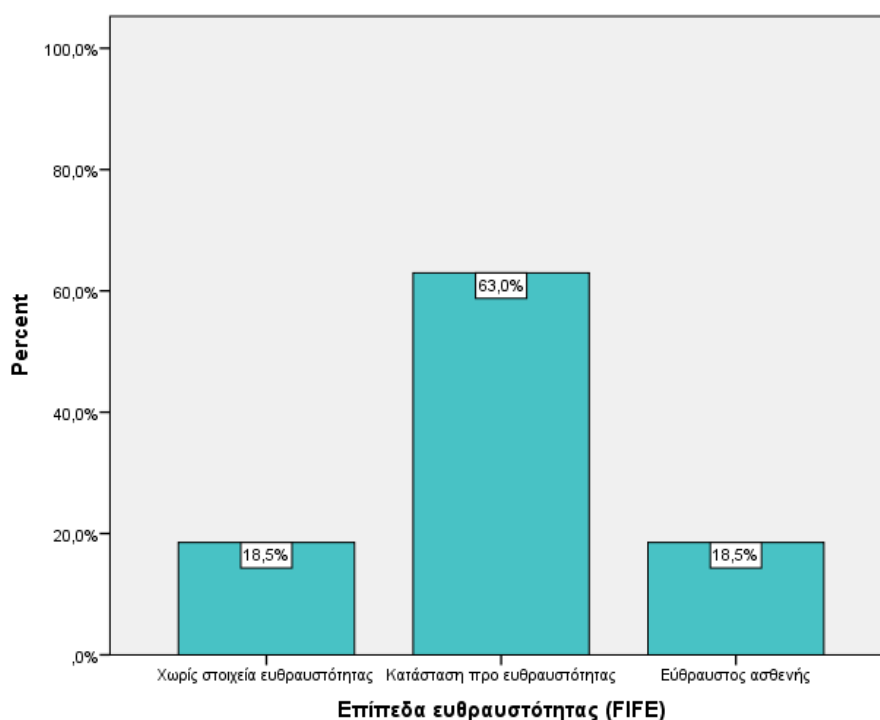
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα ευθραυστότητας καθώς και τα επίπεδα ευθραυστότητας δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

		N	%
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE), μέση τιμή (SD)		4,0 (2,4)	
Επίπεδα ευθραυστότητας (FIFE)	Χωρίς στοιχεία ευθραυστότητας	5	18,5
	Κατάσταση προευθραυστότητας	17	63,0
	Εύθραυστος ασθενής	5	18,5

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ευθραυστότητας ήταν 4,0 μονάδες (SD=2,4 μονάδες). Το 63% των συμμετεχόντων ήταν σε κατάσταση προ ευθραυστότητας και το 18,5% ήταν εύθραυστοι.

Τα επίπεδα ευθραυστότητας δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί.



Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα μοναξιάς δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	35,00	62,00	49,8 (6,75)	51 (44 – 54)

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα μοναξιάς ήταν 49,8 μονάδες (SD=6,75 μονάδες). Ο συντελεστής αξιοπιστίας ατου Cronbach ήταν 0,75, άρα αφού ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία της συγκεκριμένης κλίμακας.

Κλίμακα πνευματικότητας (DSES)

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα πνευματικότητας δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν λιγότερη πνευματικότητα.*

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Βαθμολογία πνευματικότητας	32,00	75,00	45,41 (10,33)	47 (34 – 54)

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα πνευματικότητας ήταν 45,41 μονάδες (SD=10,33 μονάδες). Ο συντελεστής αξιοπιστίας ατου Cronbach ήταν 0,91, άρα αφού ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία της συγκεκριμένης κλίμακας.

Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων (OPQOL-35)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής βάσει της κλίμακας OPQOL-35. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Γενική ζωή	9,00	16,00	12,27 (1,81)	12 (11 – 14)
Σωματική υγεία	6,00	19,00	10,73 (2,84)	11 (8 – 13)
Κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες	18,00	31,00	24,26 (3,4)	24 (21 – 26)
Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή και ελευθερία	11,00	21,00	15,4 (2,23)	15 (14 – 17)
Σπίτι και γειτονιά	11,00	19,00	15,63 (1,6)	16 (15 – 16)
Ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία	9,00	20,00	13,57 (2,09)	13 (12 – 15)
Οικονομική κατάσταση	8,00	19,00	12,94 (2,67)	13 (11 – 15)
Θρησκεία/Κουλτούρα	4,00	10,00	7,82 (1,32)	8 (7 – 8)
Συνολική ποιότητα ζωής (OPQOL35)	94,00	149,00	112,59 (11,96)	112 (103 – 120,5)

Η βαθμολογία στη διάσταση «Γενική ζωή» κυμαινόταν από 9 μέχρι 16 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 12,27 μονάδες (SD=1,81 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» κυμαινόταν από 6 μέχρι 19 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 10,73 μονάδες (SD=2,84 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες» κυμαινόταν από 18 μέχρι 31 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 24,26 μονάδες (SD=3,4 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή και ελευθερία» κυμαινόταν από 11 μέχρι 21 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 15,4 μονάδες (SD=2,23 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Σπίτι και γειτονιά» κυμαινόταν από 11 μέχρι 19 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 15,63 μονάδες (SD=1,6 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία» κυμαινόταν από 9 μέχρι 20 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 13,57 μονάδες (SD=2,09 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Οικονομική κατάσταση» κυμαινόταν από 8 μέχρι 19 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 12,94

μονάδες (SD=2,67 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Θρησκεία/ Κουλτούρα» κυμαινόταν από 4 μέχρι 10 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 7,82 μονάδες (SD=1,32 μονάδες). Η βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής κυμαινόταν από 94 μέχρι 149 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 112,59 μονάδες (SD=11,96 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach για το σύνολο της κλίμακας ήταν 0,87, άρα αφού ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία της συγκεκριμένης κλίμακας.

Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων (WHOQOLold)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής βάσει της κλίμακας WHOQOLold. Οι βαθμολογίες μπορούν να κυμανθούν από 0 μέχρι 100, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Sensory Abilities	25,00	93,75	55,32 (16,79)	56,25 (43,75 – 68,75)
Autonomy	25,00	68,75	49,62 (11,93)	50 (43,75 – 56,25)
Past Present and Future Activities	31,25	62,50	50,82 (8,49)	50 (43,75 – 56,25)
Social Participation	6,25	68,75	45,57 (12,56)	46,88 (37,5 – 56,25)
Death and Dying	25,00	100,00	45,48 (20,3)	43,75 (25 – 56,25)
Intimacy	12,50	75,00	48,14 (17,61)	50 (31,25 – 62,5)
Total Score	35,42	66,67	47,98 (8,1)	47,92 (42,71 – 53,13)

Η βαθμολογία στη διάσταση «SensoryAbilities» κυμαινόταν από 25 μέχρι 93,75 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 55,32 μονάδες (SD=16,79 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Autonomy» κυμαινόταν από 25 μέχρι 68,75 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 49,62 μονάδες (SD=11,93 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «PastPresentandFutureActivities» κυμαινόταν από 31,25 μέχρι 62,50 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 50,82 μονάδες (SD=8,49 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Social Participation» κυμαινόταν από 6,25 μέχρι 68,75 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 45,57 μονάδες (SD=12,56 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Death and Dying»

κυμαινόταν από 25 μέχρι 100 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 45,48 μονάδες (SD=20,3 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Intimacy» κυμαινόταν από 12,50 μέχρι 75 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 48,14 μονάδες (SD=17,61 μονάδες). Η βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής κυμαινόταν από 35,42 μέχρι 66,67 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 47,98 μονάδες (SD=8,1 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach για το σύνολο της κλίμακας ήταν 0,81, άρα αφού ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία της συγκεκριμένης κλίμακας.

Συσχετίσεις μεταξύ των υπό μελέτη κλιμάκων

Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων κοινωνικής υποστήριξης, ευθραυστότητας, μοναξιάς και πνευματικότητας.

	Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (Oslo)	Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)	Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	Βαθμολογία πνευματικότητας
Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (Oslo)	1,00	-0,21	-0,48	-0,04
		0,140	0,001	0,803
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)		1,00	0,42	0,00
			0,004	0,986
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)			1,00	-0,15
				0,341
Βαθμολογία πνευματικότητας				1,00

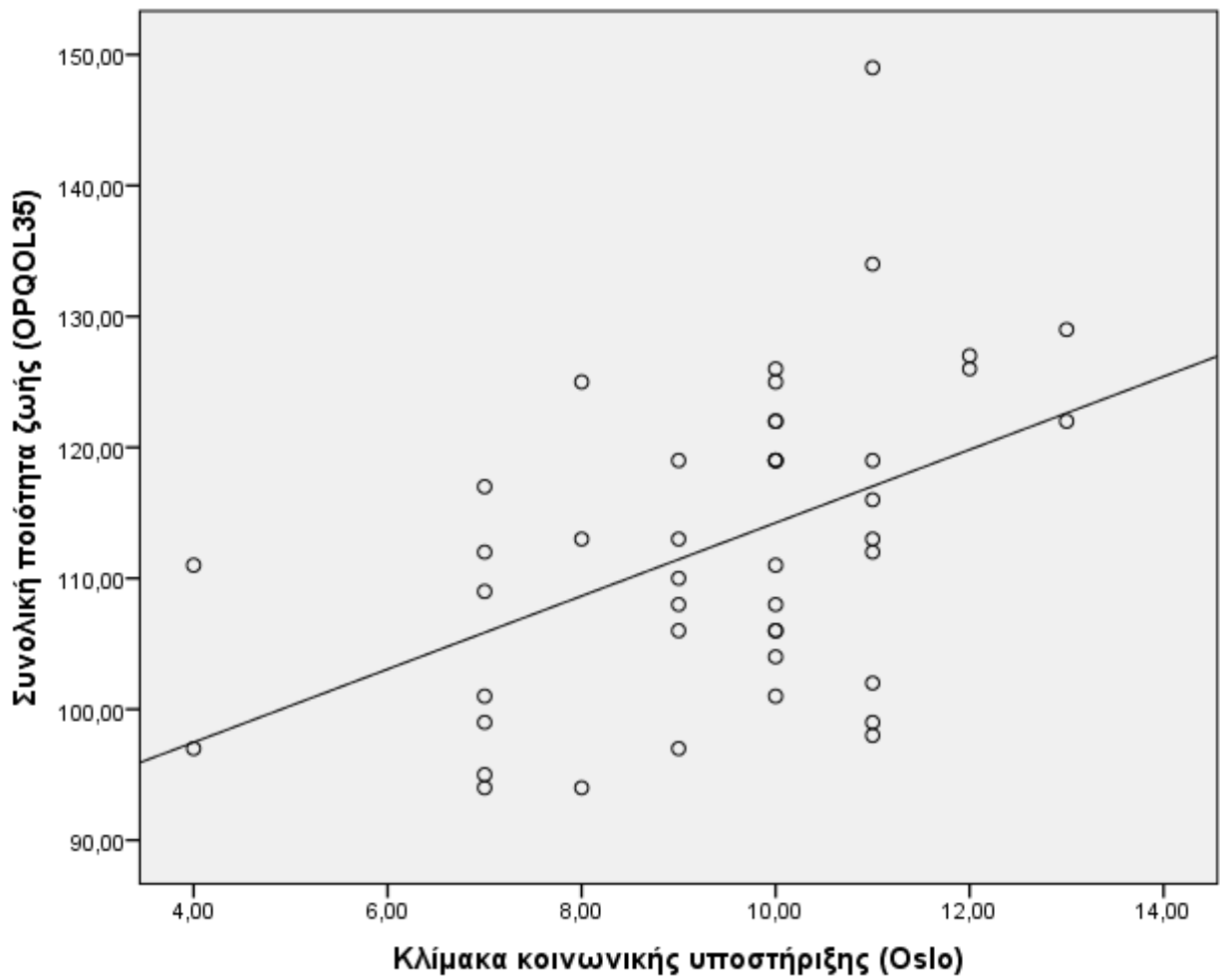
Σημαντική αρνητική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ των κλιμάκων μοναξιάς και κοινωνικής υποστήριξης. Συνεπώς χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη μοναξιά. Αντίθετα, περισσότερη ευθραυστότητα σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη μοναξιά.

Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των κλιμάκων κοινωνικής υποστήριξης, ευθραυστότητας, μοναξιάς και πνευματικότητας με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής βάσει της κλίμακας OPQOL-35.

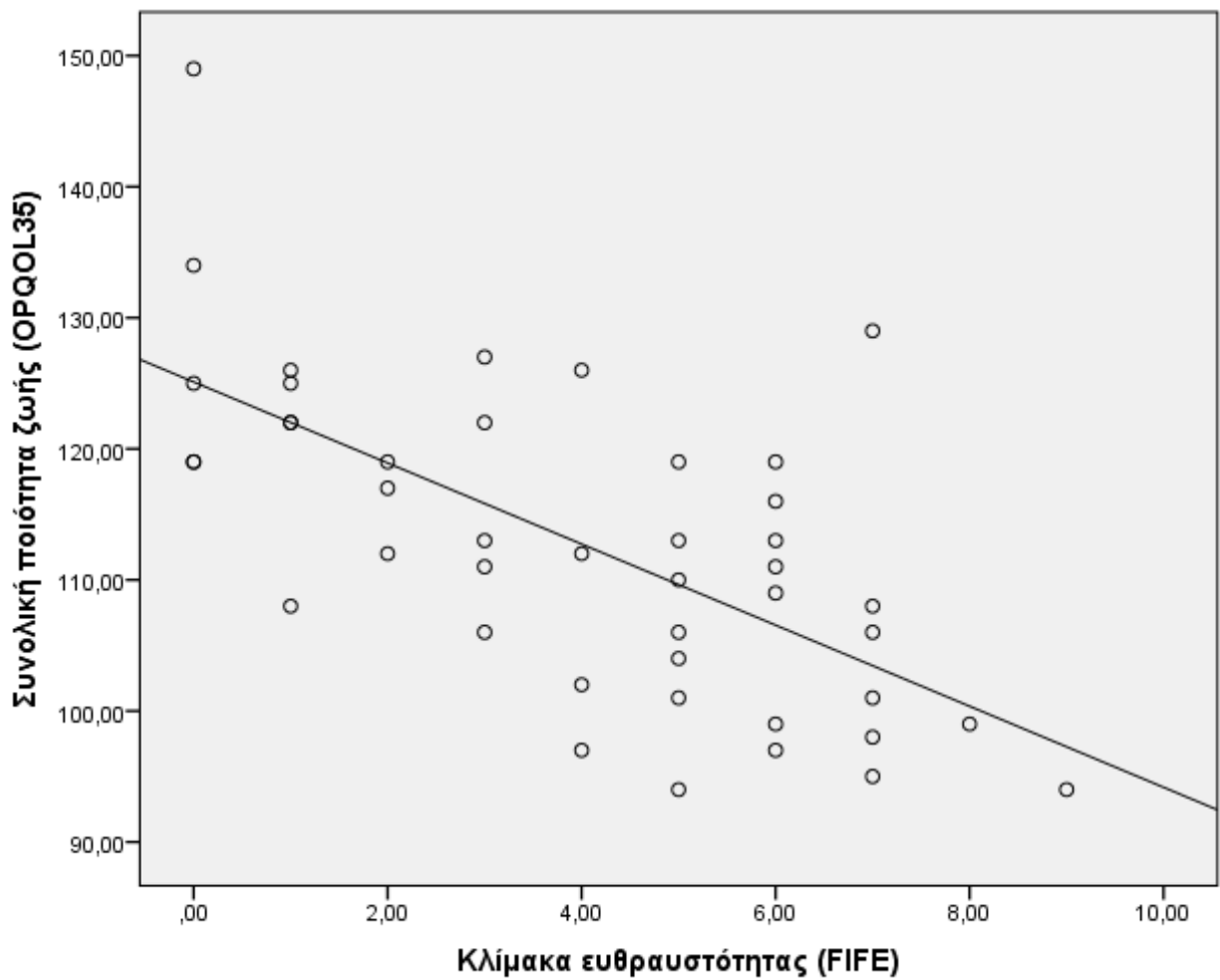
		Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (Oslo)	Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)	Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	Βαθμολογία πνευματικότητας
Γενικήζωή		0,29	-0,62	-0,29	-0,03
		0,044	<0,001	0,063	0,826
Σωματική υγεία		0,19	-0,52	-0,26	0,04
		0,188	<0,001	0,091	0,794
Κοινωνικέςσχέσεις και δραστηριότητες		0,44	-0,55	-0,38	-0,01
		0,002	<0,001	0,013	0,939
Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή και ελευθερία		0,35	-0,44	-0,46	0,28
		0,016	0,002	0,002	0,059
Σπίτι και γειτονιά		0,40	0,03	-0,17	0,40
		0,005	0,846	0,263	0,007
Ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία		0,17	-0,33	-0,23	-0,04
		0,253	0,022	0,140	0,775
Οικονομική κατάσταση		0,20	-0,46	-0,48	0,29
		0,182	0,001	0,001	0,050
Θρησκεία/Κουλτούρα		0,25	-0,10	0,00	-0,44
		0,084	0,503	0,995	0,002
Συνολική ποιότητα ζωής (OPQOL35)		0,47	-0,65	-0,51	0,10
		0,001	<0,001	0,001	0,518

Περισσότερη κοινωνική στήριξη σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις «Γενική ζωή», «Κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες», «Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή και ελευθερία», «Σπίτι και γειτονιά» αλλά και συνολικά. Αντιθέτως, περισσότερη ευθραυστότητα σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις «Γενική ζωή», «Σωματική υγεία», «Κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες», «Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή και ελευθερία», «Ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία», «Οικονομική κατάσταση» αλλά και συνολικά. Περισσότερη μοναξιά σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις «Κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες», «Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή και ελευθερία», «Οικονομική κατάσταση» αλλά και συνολικά. Λιγότερη πνευματικότητα σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις «Σπίτι και γειτονιά», «Οικονομική κατάσταση» και χειρότερη ποιότητα ζωής στη διάσταση «Θρησκεία/Κουλτούρα».

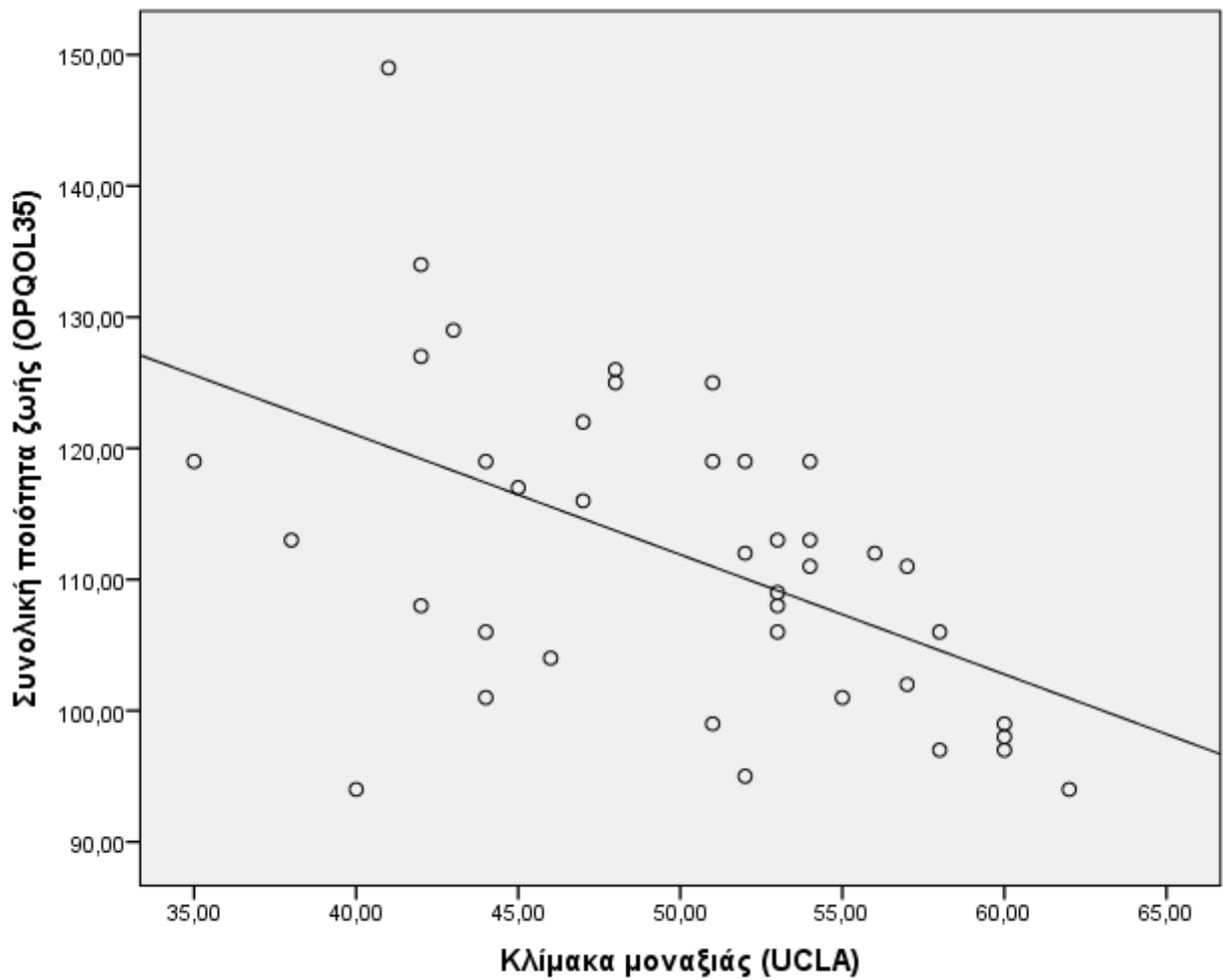
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης με τη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας ευθραυστότητας με τη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας μοναξιάς με τη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής.

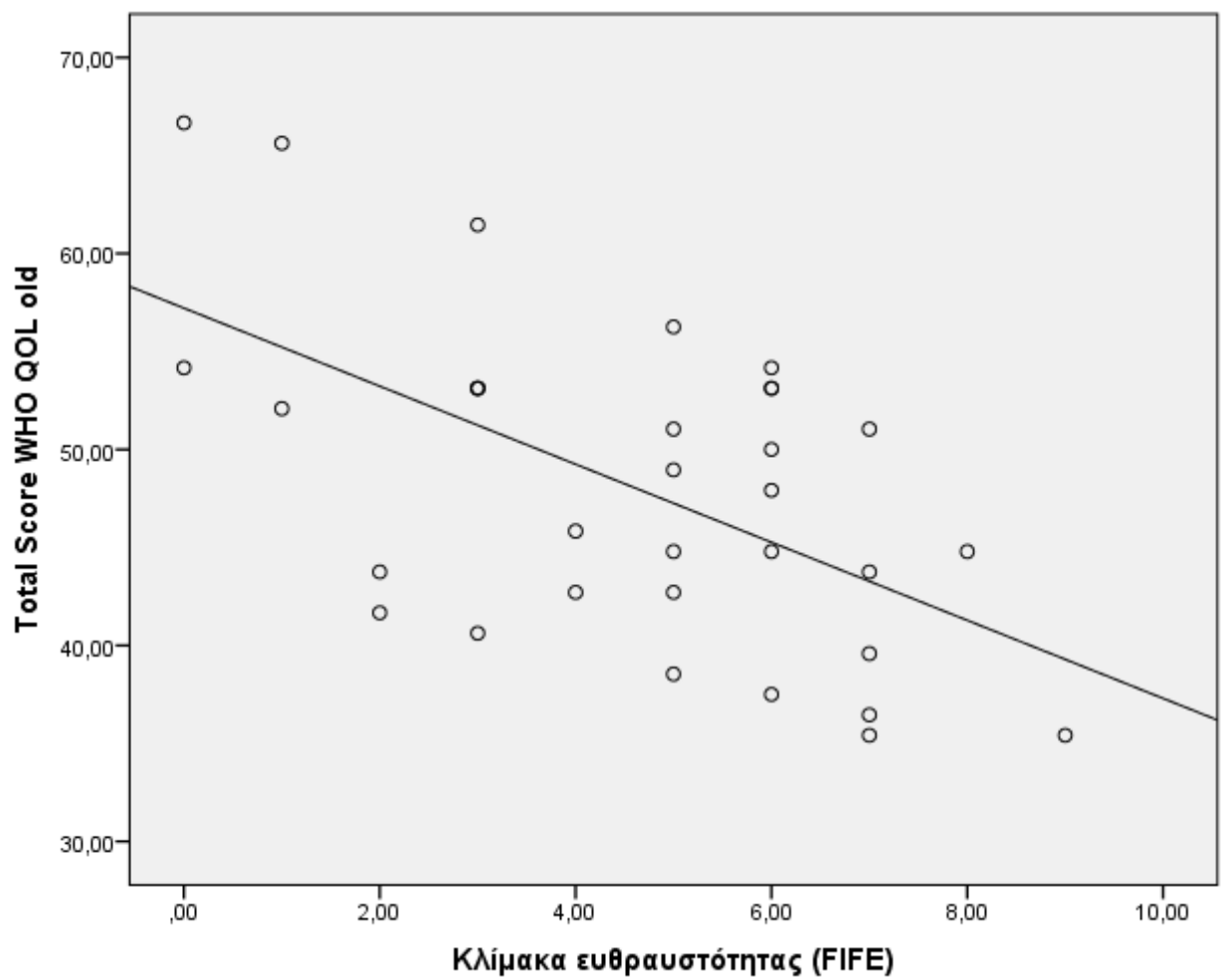


Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των κλιμάκων κοινωνικής υποστήριξης, ευθραυστότητας, μοναξιάς και πνευματικότητας με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής βάσει της κλίμακας WHOQOLold.

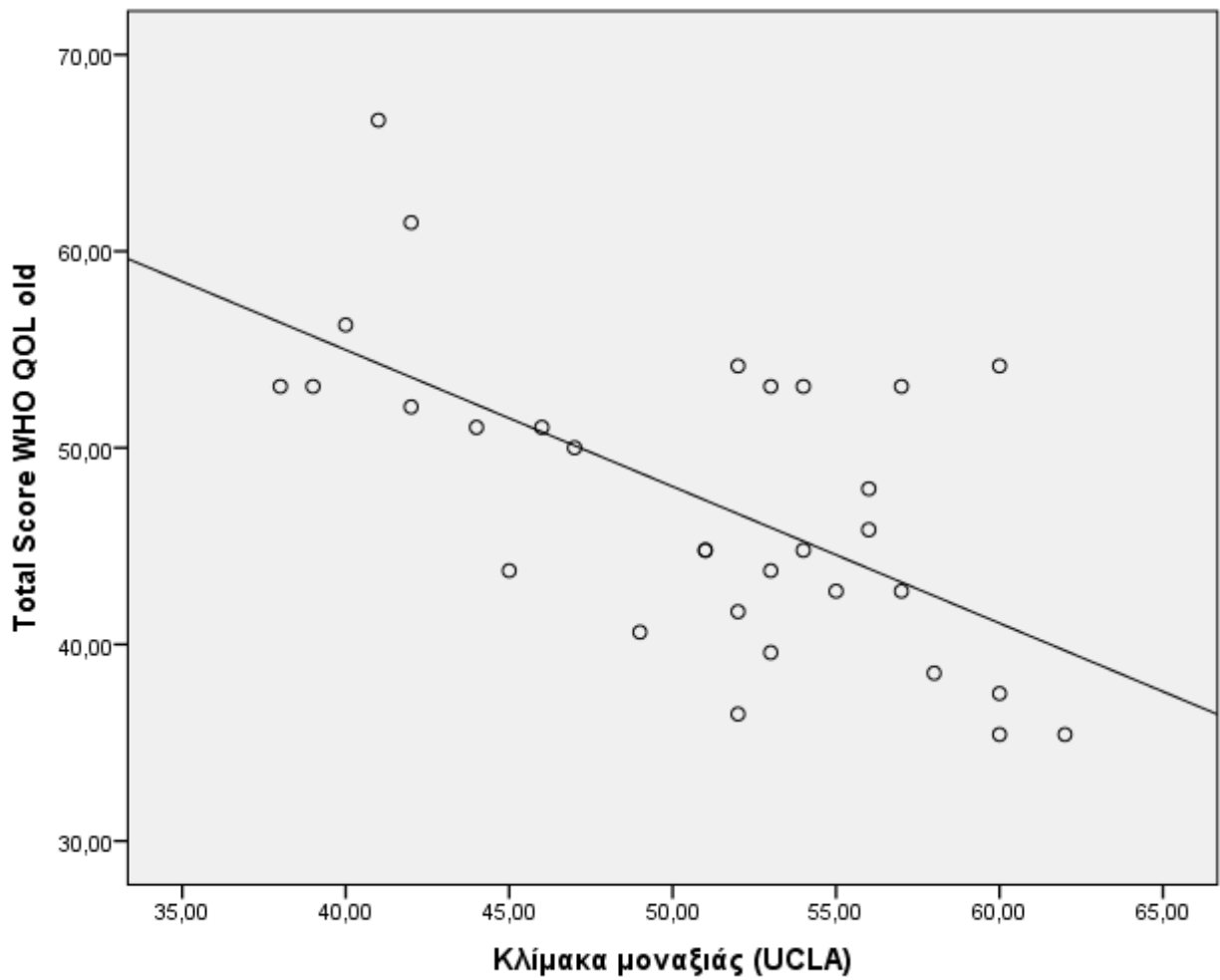
	Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (Oslo)	Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)	Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	Βαθμολογία πνευματικότητας
Sensory Abilities	0,43	-0,57	-0,64	0,31
	0,002	<0,001	<0,001	0,046
Autonomy	0,41	0,03	-0,44	0,34
	0,004	0,853	0,003	0,021
Past Present and Future Activities	0,43	-0,21	-0,52	0,35
	0,006	0,197	0,001	0,034
Social Participation	0,19	-0,27	-0,30	0,26
	0,198	0,060	0,050	0,081
Death and Dying	-0,46	-0,31	0,02	0,06
	0,001	0,035	0,885	0,695
Intimacy	0,67	-0,27	-0,52	-0,02
	<0,001	0,112	0,001	0,890
Total Score	0,30	-0,57	-0,62	0,35
	0,088	0,001	<0,001	0,048

Περισσότερη κοινωνική στήριξη σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις «SensoryAbilities», «Autonomy», «PastPresentandFutureActivities», «Intimacy» και σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στη διάσταση «DeathandDying». Αντιθέτως, περισσότερη ευθραυστότητα σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις «SensoryAbilities», «DeathandDying» αλλά και συνολικά. Περισσότερη μοναξιά σχετιζόταν με σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις «SensoryAbilities», «Autonomy», «PastPresent and FutureActivities», «Social Participation», «Intimacy» αλλά και συνολικά. Λιγότερη πνευματικότητα σχετιζόταν με σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις «SensoryAbilities», «Autonomy», «PastPresent and FutureActivities».

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας ευθραυστότητας με τη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας μοναξιάς με τη συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής.



Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για την ποιότητα ζωής (OPQOL-35)

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής της κλίμακας OPQOL-35. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία που αφορούσαν στην κατάσταση υγείας τους, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης και οι κλίμακες ευθραυστότητας, μοναξιάς και πνευματικότητας. Οι αναλύσεις έγιναν με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwisemethod). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται παρακάτω.

➤ Με εξαρτημένη τη διάσταση «Γενική ζωή»:

	β+	SE ++	P
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)	- 0,45	0,08	<0,001
Καπνίζετε	Όχι/ Στο παρελθόν (αναφορά)		
	Ναι	1,7 2	0,002

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν κάπνιζαν και η βαθμολογία στην κλίμακα ευθραυστότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Γενική ζωή». Συγκεκριμένα:

- Όσο πιο εύθραστοι ήταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.
- Οι ασθενείς που κάπνιζαν είχαν κατά 1,72 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν κάπνιζαν ή κάπνιζαν στο παρελθόν.

➤ Με εξαρτημένη τη διάσταση «Σωματική υγεία»:

	$\beta+$	SE ++	P
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)	- 0,49	0,15	0,0 02
Καπνίζετε	Όχι/ Στο παρελθόν (αναφορά)		
	Ναι	2,6 4	0,82
			0,0 03
Λαμβάνετε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	- 2,53	1,11
			0,0 29

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν κάπνιζαν, το αν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή και η βαθμολογία στην κλίμακα ευθραυστότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Σωματική υγεία».

Συγκεκριμένα:

- Όσο πιο εύθραυστοι ήταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.
- Οι ασθενείς που κάπνιζαν είχαν κατά 2,64 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν κάπνιζαν ή κάπνιζαν στο παρελθόν.
- Οι ασθενείς που έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή είχαν κατά 2,53 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή.

➤ Με εξαρτημένη τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες»:

		β+	SE ++	P
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 3,51	0,7 0	<0,001
Επίπεδο εκπαίδευσης	Το πολύ απόφοιτος δημοτικού (αναφορά)			
	Λύκειο ή ανώτερη	2,8 8	0,7 0	<0,001
Λαμβάνετε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 3,35	1,1 6	0,007

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν έμεναν μόνοι, το αν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις και δραστηριότητες». Συγκεκριμένα:

- Οι ασθενείς που έμεναν μόνοι τους είχαν κατά 3,51 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έμεναν μόνοι τους.
- Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου ή ανώτερης εκπαίδευσης είχαν κατά 2,88 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που ήταν το πολύ απόφοιτοι δημοτικού.
- Οι ασθενείς που έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή είχαν κατά 3,35 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή.

➤ Με εξαρτημένη τη διάσταση «Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή και ελευθερία»:

	β+	SE ++	P
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)	- 0,33	0,11	0,00 5
Καπνίζετε			
Όχι/ Στο παρελθόν (αναφορά)			
Ναι	2,3 5	0,60	<0,0 01
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	- 0,10	0,04	0,01 7

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν κάπνιζαν και οι βαθμολογίες στην κλίμακα ευθραυστότητας και στην κλίμακα μοναξιάς βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή και ελευθερία». Συγκεκριμένα:

- Όσο πιο εύθραυστοι ήταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.
- Όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.
- Οι ασθενείς που κάπνιζαν είχαν κατά 2,35 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν κάπνιζαν ή κάπνιζαν στο παρελθόν.

➤ Με εξαρτημένη τη διάσταση «Σπίτι και γειτονιά»:

	β+	SE ++	P
Βαθμολογία	0,0		0,0
πνευματικότητας	6	0,02	18

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η κλίμακα πνευματικότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Σπίτι και γειτονιά». Συγκεκριμένα, περισσότερη πνευματικότητα σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής στη διάσταση αυτή.

- Με εξαρτημένη τη διάσταση «Ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία»:

		β+	SE ++	P
Λαμβάνετε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 2,89	0,95	0,0 04

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο το αν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία». Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή είχαν κατά 2,89 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή.

- Με εξαρτημένη τη διάσταση «Οικονομική κατάσταση»:

	β+	SE ++	P
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	- 0,14	0,05	0,0 15
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)	- 0,33	0,15	0,0 37

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Οι βαθμολογίες στην κλίμακα ευθραυστότητας και στην κλίμακα μοναξιάς βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Οικονομική κατάσταση». Συγκεκριμένα:

- Όσο πιο εύθραυστοι ήταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.
- Όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.

- Με εξαρτημένη τη διάσταση «Θρησκεία/ Κουλτούρα»:

	β+	SE	P
--	-----------	-----------	----------

		++	
Βαθμολογία πνευματικότητας	-	0,02	0,0
	0,04		10
Φύλο	Ανδρας		
	Γυναίκα	0,73	0,0
	3	0,36	47

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η κλίμακα πνευματικότητας και το φύλο των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Θρησκεία/ Κουλτούρα». Συγκεκριμένα:

- Περισσότερη πνευματικότητα σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής στη διάσταση αυτή.
- Οι γυναίκες είχαν κατά 0,73 2,89 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με τους άντρες.

➤ Με εξαρτημένη τη Συνολική ποιότητα ζωής (OPQOL35):

		β+	SE	P
			++	
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)		-	0,60	0,0
		1,64		10
Επίπεδο εκπαίδευσης	Το πολύ απόφοιτος δημοτικού (αναφορά)			
	Λύκειο ή ανώτερη	7,7	2,53	0,0
		4		04
Λαμβάνετε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-	4,28	0,0
		10,16		23
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)		-	0,19	0,0
		0,44		27

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Οι βαθμολογίες στην κλίμακα ευθραυστότητας και στην κλίμακα μοναξιάς, το αν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα:

- Όσο πιο εύθραυστοι ήταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους συνολικά.
- Όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους συνολικά.

- Οι ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου ή ανώτερης εκπαίδευσης είχαν κατά 7,74 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής συνολικά, σε σύγκριση με εκείνους που ήταν το πολύ απόφοιτοι δημοτικού.
- Οι ασθενείς που έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή είχαν κατά 10,16 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής συνολικά, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή.

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για την ποιότητα ζωής (WHOQOLold)

Έγινε πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής της κλίμακας WHOQOLold. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία που αφορούσαν στην κατάσταση υγείας τους, το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης και οι κλίμακες ευθραυστότητας, μοναξιάς και πνευματικότητας. Οι αναλύσεις έγιναν με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwisemethod). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται παρακάτω.

➤ Με εξαρτημένη τη διάσταση «SensoryAbilities»:

	β+	SE ++	P
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	- 1,17	0,29	<0,001
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)	- 2,35	0,87	0,010

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Οι βαθμολογίες στην κλίμακα ευθραυστότητας και στην κλίμακα μοναξιάς βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «SensoryAbilities». Συγκεκριμένα:

- Όσο πιο εύθραστοι ήταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.
- Όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.

- Με εξαρτημένη τη διάσταση «Autonomy»:

	β+	SE ++	P
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	- 0,73	0,25	0,005

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η βαθμολογία στην κλίμακα μοναξιάς βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Autonomy». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.

- Με εξαρτημένη τη διάσταση «Past Present and Future Activities»:

	β+	SE ++	P
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	- 0,64	0,18	0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η βαθμολογία στην κλίμακα μοναξιάς βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Past Present and Future Activities». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.

- Με εξαρτημένη τη διάσταση «Social Participation»:

	β+	SE ++	P
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	- 0,56	0,28	0,050

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η βαθμολογία στην κλίμακα μοναξιάς βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Social Participation». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.

➤ Με εξαρτημένη τη διάσταση «Death and Dying»:

		β+	SE ++	P
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (Oslo)	Χαμηλό(αναφορά)			
	Μέτριο/ Υψηλό	- 19,34	5,68	0,001
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	13, 18	6,11	0,037
Κλίμακα ευθραυστότητας (FIFE)		- 2,44	1,13	0,037

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν ήταν έγγαμοι, η βαθμολογία στην κλίμακα ευθραυστότητας και το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Death and Dying». Συγκεκριμένα:

- Οι ασθενείς που ήταν έγγαμοι είχαν κατά 13,18 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή καλύτερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν ήταν έγγαμοι.
- Οι ασθενείς με μέτριο/ υψηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης είχαν κατά 19,34 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους με χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης.
- Όσο πιο εύθραυστοι ήταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.

➤ Με εξαρτημένη τη διάσταση «Intimacy»:

		β+	SE ++	P
Μένετε μόνος/η	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 17,13	5,2 1	0,0 03
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 1,01	0,3 4	0,0 06

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν έμεναν μόνοι και η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα μοναξιάς βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Intimacy». Συγκεκριμένα:

- Οι ασθενείς που έμεναν μόνοι τους είχαν κατά 17,13 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έμεναν μόνοι τους.
- Όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους σε αυτή τη διάσταση.

➤ Με εξαρτημένη τη Συνολική ποιότητα ζωής (WHOQOLold):

		β+	SE ++	P
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 0,64	0,1 5	<0,0 01
Λαμβάνετε καθημερινά φαρμακευτική αγωγή	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 10,71	4,1 6	0,01 6

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα μοναξιάς και το αν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερη μοναξιά αισθάνονταν οι ασθενείς τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα ζωής τους συνολικά.

- Οι ασθενείς που έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή είχαν κατά 10,71 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής συνολικά, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έπαιρναν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν στο ερωτηματολόγιο, τα άτομα που περιλήφθηκαν στο δείγμα θεωρούν πως η πνευματικότητα είναι μια έννοια την οποία έχουν λάβει υπόψη τους κατά τα τελευταία μόνο χρόνια της ζωής τους. Πολλοί από τα άτομα του δείγματος θα περίμεναν διαφορετικές τις συνθήκες ζωής τους ως προς τα οικονομικά, τα κοινωνικά τα σωματικά προβλήματα αλλά και τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Αρκετοί είναι εκείνοι οι οποίοι θεωρούν πως οι άνθρωποι με τους οποίους συναναστρέφονται δεν τους κατανοούν και δεν τους υποστηρίζουν, ιδιαίτερα όταν η αναφορά γίνεται σε πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος. Αυτή η έλλειψη υποστήριξης και κατανόησης τους οδηγεί στο να διατηρούν πικρία για την ως τώρα ζωή τους αν και θεωρητικά έχουν προσαρμοστεί στις ισχύουσες συνθήκες διαβίωσης.

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως άτομα του δείγματος της παρούσας εργασίας που καταναλώνουν καθημερινά φάρμακα για την αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας δηλώνουν πως η ποιότητα ζωής τους δεν είναι όσο καλή θα περίμεναν, ενώ μετά την ολοκλήρωση της μελέτης κατέληξα στο συμπέρασμα πως συγκρίνοντας αυτά τα άτομα με εκείνα που δεν έκαναν χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα άτομα της δεύτερης κατηγορίας είχαν φανερά καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σε ότι αφορά την πνευματικότητα και την σχέση της με την ποιότητα ζωής, σύμφωνα και με τα ανωτέρω αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, αλλά και σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της έρευνας της κυρίας Καρβέλα, η συνάφεια μεταξύ της πνευματικότητας και του καλού ποιοτικού επιπέδου ζωής ήταν άμεση και σε υψηλό ποσοστό.

Είναι γενικά παραδεκτό και από διεθνείς μελέτες πως τα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας μπορούν να εξασφαλίσουν ένα καλό επίπεδο στην ποιότητα ζωής. Από μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει τεκμηριωθεί πως άτομα με χαμηλό επίπεδο πνευματικότητας μπορούσαν πιο εύκολα να παρουσιάσουν καρδιαγγειακά προβλήματα ή διαταραχές στη λειτουργία του ανοσοποιητικού τους συστήματος. Το γεγονός αυτό μπορεί να τεκμηριωθεί και ψυχολογικά διότι θεωρείται πως τα χαμηλά επίπεδα πνευματικότητας αυξάνουν το άγχος, μειώνουν τις ευκαιρίες σε διαπροσωπικές σχέσεις, αυξάνοντας το αίσθημα θυμού προς άλλα άτομα, οδηγώντας συχνά σε κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη των Mulletetal. που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία σε 236 άτομα, συμπεριλαμβανομένων εφήβων, ενηλίκων και ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (οι ηλικίες ήταν από 15 έως 69) σχετικά με την προθυμία τους για συγχώρηση φάνηκε ότι η ηλικία ήταν αυτή που καθόρισε τη συγχωρητικότητα. Είναι χαρακτηριστικό ότι η ίδια μελέτη αναφέρει πως οι έφηβοι και άτομα νεαρής ηλικίας δεν καταφέρνουν να αποδεχτούν και να συγχωρήσουν άσχημες συμπεριφορές με την ίδια ευκολία όπως άτομα γηραιότερης ηλικίας. Με τον τρόπο αυτό πιστοποιείται το γεγονός πως η πνευματικότητα, μέρος της οποίας είναι και η συγχωρητικότητα

έχει καταλυτικό ρόλο στην εξέλιξη ορισμένων παθήσεων όπως η κατάθλιψη ή εκδήλωση συναισθήματος μοναξιάς ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα που περιγράφηκαν παραπάνω. Η αποδοχή και η συγχώρεση άλλωστε αποτελούν αναπόσπαστα κομμάτια την πνευματικότητας. Όπως πολύ συγκεκριμένα παρουσιάζεται στην μελέτη της κυρίας Καρβέλα, τα υψηλά επίπεδα της συγχωρητικότητας των ηλικιωμένων ατόμων σχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα της ψυχικής υγείας (MH), του κοινωνικού ρόλου (SF), της γενικής υγείας (GH) και του κοινωνικού ρόλου (SF). Το αποτέλεσμα της παρούσας δικής μου έρευνας επίσης συνάδει με αυτό που παρουσιάζεται στην μελέτη της κυρίας Καρβέλα.

Η ποιότητα ζωής ως έννοια δεν ήταν ταυτόσημη για όλους. Αρκετοί ηλικιωμένοι συγγέουν τον ορισμό της ποιότητας ζωής με το καλό επίπεδο υγείας, καθώς θεωρούν την υγεία το υπέρτατο αγαθό, ενώ λιγότεροι είναι εκείνοι που θεωρούν πως οι κοινωνικές συναναστροφές, η διατήρηση καλών σχέσεων με τους συνανθρώπους τους να μην έχει καθοριστικό ρόλο στην κατάκτηση ενός καλού επιπέδου ποιότητας ζωής, αλλά δεν κατατάσσουν αυτόν τον παράγοντα στην ίδια κλίμακα με την υγεία. Αυτή η θεώρηση, μπορεί να δικαιολογήσει το γεγονός πως τα άτομα καταναλώνουν μεγάλο μέρος των οικονομιών τους σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, παρά σε διασκέδαση, χόμπι ή αναψυχή με σκοπό την αναβάθμιση του επιπέδου ποιότητας ζωής.

Σε σχέση με την πνευματικότητα, λίγοι ήταν εκείνοι οι οποίοι σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια την ενστερνίζονταν, ενώ όλοι σχεδόν δήλωσαν πως πιστεύουν στον Θεό, αν και δεν έχουν πολλοί από αυτούς τη δυνατότητα να μεταβούν στην εκκλησία, προσεύχονται και αποδέχονται πιο εύκολα τα λάθη των συνανθρώπων τους. Λόγω της ηλικίας τους, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σημειώνουν πως αρκετές φορές σκέφτονται τον θάνατο, το καταληκτικό στάδιο της ζωής, συζητούν σχετικά με τον θάνατο και την εξέλιξη της ύπαρξης μετά από αυτόν.

Η συγχωρητικότητα δεν τους είναι άγνωστη ως έννοια διότι όπως παρατηρείται από νεαρή ηλικία τα άτομα συγχωρούσαν όσους τους αδικούσαν αλλά και τον ίδιο τους τον εαυτό όταν η αδικία συνέβαινε από μέρους τους προς άλλα άτομα. Με την συγχώρεση κατάφερναν να καθησυχάσουν την συνείδησή τους βιώνοντας θετικά συναισθήματα, να δώσουν νέες ευκαιρίες αποκατάστασης των σχέσεων, αλλά και να κάνουν καλό σε όσους τους αδίχησαν. Ωστόσο, όταν οι ίδιοι δεν αισθανθούν τη συγχώρεση από τους άλλους τότε θλίβονται και νιώθουν ξανά αδικημένοι. Λόγω του προχωρημένου της ηλικίας, πιστεύουν πως είναι αδύνατο σχεδόν να αλλάξουν νοοτροπία εντάσσοντας πιο πολύ την πνευματικότητα και τη συγχωρητικότητα στην καθημερινή ζωή τους, αν και θεωρούν πως όντως μια τέτοια προσπάθεια θα βοηθούσε στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στην ψυχολογική ευεξία τους.

Όλοι έχουν βιώσει την αδικία σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, και αρκετοί είναι εκείνοι οι οποίοι αντιδρούν διεκδικώντας δικαιοσύνη, εκδηλώνουν τον θυμό τους και προσπαθούν να αποκαταστήσουν τις σχέσεις με τους συνανθρώπους τους. Ωστόσο, δεν είναι μόνο οι αδικίες που

εκδηλώνονται μεταξύ των ατόμων, αλλά αρκετοί εκλαμβάνουν την σωματική κατάπτωση και την μειωμένη λειτουργικότητα που προκαλεί το γήρας ως αδικία (πχ μειωμένη ακοή), καθώς έτσι είναι υποχρεωμένοι να αναζητούν βοήθεια στους οικείους, να νιώθουν ότι τους επιβαρύνουν. Η μόνη οδός για να ξεπεραστούν αυτοί οι σκόπελοι είναι η πλήρης κατανόηση και αποδοχή της ισχύουσας κατάστασης από το άτομο και η αντιμετώπιση των επιπτώσεων που υπάρχουν. Εδώ βρίσκει εφαρμογή «ο κανόνας του τούνελ» σύμφωνα με τον οποίο όπως το τρένο πρέπει να περάσει μέσα από το σκοτεινό τούνελ διότι αν αυτό δεν συμβεί θα υπάρξει εκτροχιασμός, έτσι και το άτομο πρέπει να βιώσει τα άσχημα συναισθήματα αντιμετωπίζοντας τα για να μπορέσει να τα ξεπεράσει. Ηθρησκεία και η προσευχή αποτελεί για πολλούς σημαντική διέξοδο και τρόπο αντιμετώπισης των καθημερινών δυσκολιών.

Είναι συχνό το φαινόμενο ο ηλικιωμένος να αλλάζει συμπεριφορά και να συμπεριφέρεται επιθετικά στους οικείους του, ειδικά αν τα προβλήματα υγείας και αυτοεξυπηρέτησης είναι μη αναστρέψιμα. Η εγωιστική αυτή συμπεριφορά μπορεί να δημιουργήσει αποστάσεις μεταξύ του ηλικιωμένου και των ατόμων που συναναστρέφεται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πνευματικότητα, ο ρόλος των υπηρεσιών υποστήριξης που παρέχει το κράτος, αλλά και η αντιμετώπιση της μοναχικότητας των ηλικιωμένων με τρόπους οι οποίοι αναφέρθηκαν πιο πάνω, αποτελούν διαύλους αντιμετώπισης και πρόληψης του μειωμένου επιπέδου ζωής και των προβλημάτων ψυχοπαθολογίας.

Αναλύοντας ενδελεχώς τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την πρωτογενή και τη δευτερογενή έρευνα, γίνεται φανερό ότι :

- Τα ηλικιωμένα άτομα που διακρίνονται από υψηλά επίπεδα πνευματικότητας, συνήθως έχουν καλή ψυχική και γενική υγεία και κοινωνικές συναναστροφές.
- Ηλικιωμένοι οι οποίοι πάσχουν από έντονα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχος, επιθετικότητα και διαπροσωπικής ευαισθησίας, παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα πνευματικότητας και συγχωρητικότητας. Όπως προκύπτει από την έρευνα 3,51 μονάδες συγκέντρωσαν όσοι ένιωθαν μόνοι και εκδήλωναν αντικοινωνικές συμπεριφορές.
- Η πνευματικότητα συνδράμει στη μείωση των ανωτέρω συμπτωμάτων και την αντιμετώπισή τους, ιδιαίτερα αν συνοδεύεται και από τη συγχώρεση και την αποδοχή του εαυτού. Οι γυναίκες άλλωστε που είχαν πνευματικότητα συγκέντρωσαν 2,89 μονάδες περισσότερες από τους άνδρες.
- Η διατήρηση των κοινωνικών επαφών σε αρκετά καλό επίπεδο, βοηθά θετικά στην διατήρηση καλών συνθηκών υγιεινής του σώματος, την όμορφη εμφάνιση, την αποφυγή επιβλαβών συνηθειών όπως το κάπνισμα, την αποφυγή καβγάδων κ.α. Οι ασθενείς που έμεναν μόνοι τους είχαν κατά 17,13 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής στη συγκεκριμένη διάσταση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έμεναν μόνοι τους.
- Ηλικιωμένοι με χαμηλά επίπεδα πνευματικότητας παρουσιάζουν μειωμένη συγχωρητικότητα προς άτομα της οικογένειάς τους ή άλλους συνομηλικούς τους, την ίδια ώρα που αντιστρόφως ανάλογη είναι η ψυχική ευφορία που βιώνουν, η διαπροσωπική ευαισθησία, η επιθετικότητα, ο σωματικός πόνος και η γενική εικόνα που παρουσιάζει η υγεία τους.
- Οι κρατικές κοινωνικές δομές παρά τις φιλότιμες προσπάθειες του κράτους και των εργαζομένων στις δομές αυτές, χρειάζονται επιπλέον ενίσχυση, τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και σε υποδομές ώστε να πραγματώσουν τους στόχους ύπαρξής τους ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Αν και η τρίτη ηλικία φέρει μαζί της ποικίλα προβλήματα, οι ηλικιωμένοι ωστόσο με την θέλησή τους μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτές τις δυσκολίες και να παραμείνουν λειτουργικοί. Στο σημείο αυτό, γίνεται αντιληπτός ο ρόλος τα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που έχει σημαντικό ρόλο στην σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Όπως έχει αναφερθεί στις πρώτες σελίδες αυτής της μελέτης, για το θέμα που διερευνάται δεν υπάρχουν πολλές επιστημονικές έρευνες και αναφορές. Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε ώστε να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης πνευματικότητας- ποιότητας ζωής. Μπορεί να αξιοποιηθεί με σκοπό την καλύτερη κατανόηση αυτής της σχέσης στους ηλικιωμένους 65 ετών και άνω για να βοηθηθούν τόσο από τους συγγενείς τους, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. Ωστόσο, η έρευνα δε θα πρέπει να πάψει και τα σημεία τα οποία θα πρέπει να διερευνηθούν μελλοντικά από τους επιστήμονες θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα παρακάτω σημεία:

- Η συγκεκριμένη έρευνα περιλαμβάνει δείγμα περιορισμένης εμβέλειας. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν δείγμα ευρύτερου χαρακτήρα, που μπορεί να περιλαμβάνει ακόμη και άτομα άλλων εθνικοτήτων ή θρησκειών.
- Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στο δείγμα ηλικιωμένων ατόμων κατοίκων του Δήμου Λάρισας, οι οποίοι εντάσσονται και λαμβάνουν βοήθεια μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Λαρισαίων. Μια πιθανή ύστερη έρευνα θα μπορούσε να περιλαμβάνει άτομα που νοσηλεύονται σε κρατικά νοσοκομεία και κλινικές ή άλλους οίκους ευγηρίας.
- Έρευνες που θα διεξαχθούν κατόπιν ετούτης, θα ήταν χρήσιμο να παρουσιάσουν ποσοτικοποιημένα στοιχεία της έρευνας βασισμένα σε στατιστικές μελέτες.
- Σε μελέτες που πρόκειται να πραγματοποιηθούν θα ήταν σημαντικό να ερευνηθούν και περισσότεροι τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων που φέρνει μαζί της η «τρίτη ηλικία» και οδηγούν στην ευδόκιμη γήρανση.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ



ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΛΑΡΙΣΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΣΧΕΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ
ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

ΑΝΤΙΓΟΝΗ ΙΩΑΝ. ΜΠΟΥΧΩΡΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΜΑΡΙΑ ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Λάρισα, Ιανουάριος 2021

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων

Τίτλος: ΣΧΕΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ερευνήτρια: Αντιγόνη Μπουχώρη, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ψυχικής Υγείας,

Επιβλέπων: Μαλλιαρού Μαρία

Αν. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Π.Θ

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε σε μία έρευνα που διεξάγεται από την Αντιγόνη Μπουχώρη, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΜΠΣ Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Το έντυπο που κρατάτε στα χέρια σας θα σας δώσει πληροφορίες για την έρευνα προκειμένου να μπορέσετε ενημερωμένα να αποφασίσετε για το αν θα συμμετέχετε ή όχι σε αυτή την έρευνα.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου της πνευματικότητας, της κοινωνικής υποστήριξης και της μοναξιάς με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Θα μελετηθεί ο βαθμός πνευματικότητας, η σχέση με τη της υποστήριξης και της μοναξιάς και πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι συγκεκριμένοι παράγοντες στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Θα γίνει επίσης ανάλυση της ποιότητας ζωής με βάση συγκεκριμένους δείκτες, όπως είναι η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και το αίσθημα ελευθερίας, η οικονομική ανεξαρτησία καθώς και ο ελεύθερος χρόνος, αλλά και η φυσική ικανότητα για δραστηριότητες και χόμπι.

Στην παρούσα έρευνα, **δικαίωμα συμμετοχής** έχουν όσοι είναι ηλικιωμένοι, άνω των 65 ετών, άνδρες ή γυναίκες, με καλή νοητική και πνευματική κατάσταση.

Η **συμμετοχή σας στην έρευνα απαιτεί** την απάντηση μιας σειράς ερωτήσεων. Πρώτα θα απαντήσετε κάποιες ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα (πόσων ετών είστε κλπ), στη συνέχεια μερικές ερωτήσεις για την κατάσταση της υγείας σας, έπειτα ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα ζωής σας σε όλα τα επίπεδα (ψυχική, σωματική υγεία, τόπος κατοικίας κ.α) και τέλος μια σειρά ερωτήσεων για την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα. Η έρευνα θα λάβει χώρα εντός της οικίας σας και θα έχει διάρκεια περίπου 15 λεπτά. Μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση σας κάνει να αισθάνεστε άβολα.

Δεν υπάρχουν κάποια άμεσα **οφέλη** για σας από τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή. Ωστόσο, η συμβολή σας στη μελέτη είναι σημαντική, αφού θα δοθεί η δυνατότητα να μελετηθεί η σχέση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με τον βαθμό πνευματικότητας. Η καλύτερη κατανόηση αυτής της σχέσης μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους επαγγελματίες υγείας, στο πλαίσιο της ολιστικής φροντίδας.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή επιβάρυνση για σας, εκτός ίσως από το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμμετοχή σας σε αυτή.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Αν όμως δεχτείτε να συμμετάσχετε σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά το έντυπο που έχετε στα χέρια σας, να το κρατήσετε και να υπογράψετε το έντυπο συναίνεσης.

Ακόμη και αφού δεχτείτε να συμμετάσχετε μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία και χωρίς καμία συνέπεια για σας

Η έρευνα είναι ανώνυμη, δεν υποχρεούστε να βάλετε οποιοδήποτε στοιχείο που να υποδεικνύει την ταυτότητά σας.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια: Αντιγόνη Μπουχώρη στο 6974395583, bouhoriantigoni7@gmail.com

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος: ΣΧΕΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ερευνήτρια: Αντιγόνη Μπουχώρη, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια,
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Επιβλέπων: Μαλλιαρού Μαρία

Αν. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετράγωνα για να δηλώσετε συναίνεση.	
Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης	NA I
Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση	NA I
Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων	NA I
Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια.	NA I
Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν.	NA I
Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα	NA I
Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες	NA I
Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματά μου	NA I

Ημερομηνία:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. **Φύλο:**

Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία:

2. **Ύψος:**

3. **Βάρος:**

4. **Οικογενειακή κατάσταση:**

Παντρεμένος-η

Διαζευγμένος-η

Ελεύθερος-η

Χήρος-α

6 . Επίπεδο εκπαίδευσης:

Δεν έχω ολοκληρώσει το δημοτικό

Απόφοιτος δημοτικού

Απόφοιτος Λυκείου

Απόφοιτος ΙΕΚ

Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ

Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος

7. Έχετε παιδιά;

Ναι

Όχι

Αριθμός.....

8. Έχετε εγγόνια;

Ναι

Όχι

Αριθμός.....

9. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια; Ναι

Όχι

Αν

ναι,

ποια;

10. Λαμβάνεται καθημερινά φαρμακευτική αγωγή;

Ναι

Όχι

11. Αν ναι, παρακαλώ συμπληρώστε παρακάτω ποια είναι αυτά τα φάρμακα

Όνομασία	Ασθένεια

12. Στο σπίτιζείτε:

Μόνος-η	
Με τον-ησύζυγο	
Με τον-ησύντροφο	
Με τα παιδιά	
Με τα παιδιά και τα εγγόνια	

13. Έχετε Φίλους: Ναι __ Όχι __

14. Καπνίζετε: Ναι __ Όχι __ πρώην καπνιστής

15. Εάν καπνίζετε ποσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;.....

A. OSLO ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ (OSSS-3)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω ερωτήσεις και κυκλώστε αυτή που σας χαρακτηρίζει:

Oslo 1: Πόσοι άνθρωποι βρίσκονται δίπλα σου, στους οποίους μπορείς να βασιστείς εάν έχεις σοβαρά προσωπικά προβλήματα;

1. Κανένας
2. 1 έως 2
3. 3 έως 5
4. πάνω από 5

Oslo 2: Πόσο ενδιαφέρον και προβληματισμό δείχνουν οι άνθρωποι σ' αυτό που κάνεις;

1. κανένα
2. ελάχιστο
3. άγνωστο

4.πολύ

5.πάρα πολύ

Oslo 3: Πόσο εύκολο είναι πρακτικά να λάβεις βοήθεια από τους γείτονες, εάν την χρειαστείς;

1.Πολύ δύσκολο

2.Δύσκολο

3.Πιθανό

4.Ευκολο

5.Πολύ εύκολο

Ερωτηματολόγιο αδυναμίας για ηλικιωμένους -TheFrailtyIndexforElders (FIFE)

Συμπληρώστε την απάντηση

	Ναι	Όχι
1. Χρειάζεστε βοήθεια για να ξαπλώσετε στο κρεβάτι ή για να σηκωθείτε από αυτό;		
2. Χρειάζεστε βοήθεια για να πλυθείτε ή για να κάντε μπάνιο;		
3. Έχετε «βάλει» ή «χάσει» 5 κιλά τους τελευταίους έξι μήνες χωρίς να το περιμένετε;		
4. Αντιμετωπίζετε προβλήματα στα δόντια ή στο στόμα, τα οποία σας δυσκολεύουν να φάτε;		
5. Έχετε μειωμένη όρεξη και χορταίνετε γρήγορα όταν τρώτε;		
6. Η σωματική ή η ψυχολογική σας υγεία παρεμβαίνει στις κοινωνικές σας δραστηριότητες;		
7. Θα λέγατε ότι η υγείας σας είναι πτωχή;		
8. Θα λέγατε ότι κουράζεστε εύκολα;		
9. Έχετε νοσηλευτεί τους τελευταίους 6 μήνες;		
10. Έχετε επισκεφτεί το τμήμα επειγόντων περαστικών τους τελευταίους 3 μήνες;		

Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-35)

Θα θέλαμε να σας ρωτήσουμε σχετικά με την ποιότητα ζωής σας:

Παρακαλούμε επιλέξτε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση η οποία περιγράφει καλύτερα εσάς/τις απόψεις σας.

1. Αναλογιζόμενοι τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά στοιχεία που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής σας, πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας ως σύνολο;

	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή
--	-----------	------	--------	------	-----------

Η ποιότητα ζωής σας ως σύνολο	1	2	3	4	5
-------------------------------	---	---	---	---	---

2. Παρακαλώ σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις

Η ζωή συνολικά	Συμφωνώ απόλυτα (1)	Συμφωνώ (2)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (3)	Διαφωνώ (4)	Διαφωνώ απόλυτα (5)
1. Απολαμβάνω τη ζωή στο σύνολό της			3		
2. Είμαι χαρούμενος-η τον περισσότερο χρόνο			3		
3. Ανυπομονώ για πράγματα			3		
4. Η ζωή με καταβάλλει			3		
Υγεία			3		
5. Έχω πολλή ενέργεια			3		
6. Ο πόνος επηρεάζει			3		
7. Η υγεία μου με πνίγει φροντίδα του εαυτού			3		
8. Είμαι αρκετά υγιής			3		

Κοινωνικές σχέσεις	Συμφωνώ απόλυτα (1)	Συμφωνώ (2)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (3)	Διαφωνώ (4)	Διαφωνώ απόλυτα (5)
9. Η οικογένειά μου, οι φίλοι μου, ή οι γείτονες μου θα με βοηθούσαν αν ήταν αναγκαίο			3		
10. Θα ήθελα περισσότερη συντροφιά, ή επαφή με άλλους ανθρώπους			3		
11. Έχω κάποιον που μου προσφέρει αγάπη και στοργή			3		
12. Θα ήθελα να έχω περισσότερους ανθρώπους στη ζωή μου			3		
13. Έχω κοντά τα παιδιά μου το οποίο είναι σημαντικό			3		
Ανεξαρτησία, έλεγχος στη ζωή, ελευθερία			3		
14. Είμαι αρκετά υγιής για να έχω την ανεξαρτησία μου			3		
15. Με ευχαριστεί αυτό που κάνω			3		
16. Το κόστος των πραγμάτων σε σχέση με την σύνταξη-το εισόδημά μου, περιορίζει τη ζωή μου			3		
17. Έχω μεγάλο έλεγχο πάνω στα			3		

σημαντικά πράγματα στη ζωή μου					
Σπίτι και γειτονιά			3		
18. Αισθάνομαι ασφαλής εκεί που ζω			3		
19. Τα τοπικά καταστήματα και οι υπηρεσίες είναι γενικά καλές			3		
20. Είμαι ευχαριστημένος στο σπίτι μου			3		
21. Πιστεύω ότι η γειτονιά μου είναι φιλική			3		
Ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία			3		
22. Δέχομαι τη ζωή όπως είναι και αξιοποιώ τα πράγματα στο μέγιστο βαθμό			3		
23. Νιώθω πιο τυχερό από τους περισσότερους ανθρώπους			3		
24. Συνήθως βλέπω τη θετική πλευρά			3		
25. Αν η υγεία μου περιορίζει τις κοινωνικές μου δραστηριότητες, τις αντικαθιστώ με κάτι άλλο που μπορώ να κάνω			3		
Οικονομικές συνθήκες	Συμφωνώ απόλυτα 1)	Συμφωνώ (2)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (3)	Διαφωνώ 4)	Διαφωνώ απόλυτα 5)

26. Έχω αρκετά χρήματα να πληρώσω τους λογαριασμούς του νοικοκυριού	1	2	3	4	5
27. Έχω αρκετά χρήματα για πληρώσω τις επισκευές του σπιτιού	1	2	3	4	5
28. Έχω τη δυνατότητα να αγοράσω αυτά που θέλω	1	2	3	4	5
29. Δεν έχω την οικονομική δυνατότητα να κάνω πράγματα που απολαμβάνω	1	2	3	4	5
Ελεύθεροςχρόνος και δραστηριότητες					
30. Έχω κοινωνικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες που απολαμβάνω να κάνω	1	2	3	4	5
31. Προσπαθώ να είμαι «μέσα» στα πράγματα	1	2	3	4	5
32. Κάνω δουλειές με ή χωρίς αμοιβή που μου δίνουν «ρόλο» στη ζωή	1	2	3	4	5
33. Έχω υποχρεώσεις προς άλλους οι οποίες περιορίζουν τις κοινωνικές μου δραστηριότητες	1	2	3	4	5
34. Η θρησκεία, τα πιστεύω ή η φιλοσοφία μου παίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής μου	1	2	3	4	5
35. Πολιτισμικές/θρησκευτικές	1	2	3	4	5

εκδηλώσεις είναι σημαντικές για την ποιότητα ζωής μου					
---	--	--	--	--	--

WHO-qol OLD				
<i>Οι παρακάτω ερωτήσεις εξετάζουν κατά πόσο έχετε βιώσει κάποιες καταστάσεις τις τελευταίες δύο εβδομάδες, όπως για παράδειγμα ελευθερία επιλογής και έλεγχο των συναισθημάτων σας. Αν έχετε βιώσει αυτές τις καταστάσεις σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, κυκλώστε το νούμερο δίπλα στο «Σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό». Αν δεν τις έχετε βιώσει καθόλου, κυκλώστε το νούμερο δίπλα στο «Καθόλου». Θα πρέπει να κυκλώσετε κάποιο από τα ενδιάμεσα νούμερα αν θέλετε να υποδείξετε απάντηση η οποί βρίσκεται ανάμεσα στο «Καθόλου» και στο «Σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό». Οι ερωτήσεις αφορούν τις τελευταίες δύο εβδομάδες.</i>				
	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Σε μέτριο βαθμό</i>	<i>Πολύ</i>
<i>1. Σε τί βαθμό οι βλάβες στις αισθήσεις σας (πχ. Ακοή, όραση, γεύση, όσφρηση, αφή), επηρεάζουν την καθημερινή σας ζωή;</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>2. Σε τί βαθμό η απώλεια για παράδειγμα της ακοής, της όρασης, της όσφρησης, της αφής, ή της γεύσης επηρεάζουν την ικανότητά σας για συμμετοχή σε δραστηριότητες;</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>3. Πόση ελευθερία έχετε για να λαμβάνεται δικές σας αποφάσεις;</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>4. Σε τί βαθμό νιώθετε</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>

ότι μπορείτε να καθορίσετε το μέλλον σας;				
5. Σε τί βαθμό πιστεύετε ότι οι άνθρωποι γύρω σας σέβονται την ελευθερία σας;	1	2	3	4
6. Πόσο σας απασχολεί ο τρόπος με τον οποίο πρόκειται να πεθάνετε;	1	2	3	4
7. Φοβάστε ότι δεν θα έχετε τη δυνατότητα να ελέγξετε το θάνατό σας;	1	2	3	4
8. Πόσο φοβισμένος είστε που πεθαίνετε;	1	2	3	4
9. Πόσο φοβάστε το ενδεχόμενο να πονάτε πριν πεθάνετε;	1	2	3	4
<p>Οι παρακάτω ερωτήσεις εξετάζουν κατά πόσο μπορέσατε να κάνετε ή πόσο ολοκληρωμένα βιώσατε ορισμένες δραστηριότητες τις τελευταίες δύο εβδομάδες, όπως για παράδειγμα να βγαίνετε έξω όσο συχνά θα θέλατε. Αν μπορέσατε να κάνετε αυτές τις δραστηριότητες απολύτως ολοκληρωμένα, κυκλώστε το νούμερο δίπλα στο «Απόλυτα». Αν δεν μπορέσατε να εκτελέσετε αυτές τις δραστηριότητες καθόλου, κυκλώστε το νούμερο δίπλα στο «Καθόλου». Θα πρέπει να κυκλώσετε κάποιο από τα ενδιάμεσα νούμερα αν θέλετε να υποδείξετε απάντηση η οποία βρίσκεται ανάμεσα στο «Καθόλου» και στο «Απόλυτα». Οι ερωτήσεις αφορούν τις τελευταίες δύο εβδομάδες.</p>				
10. Σε τί βαθμό τα προβλήματα με τη λειτουργικότητα των αισθήσεων (πχ. ακοή, όραση, γεύση, όσφρηση, αφή) επηρεάζουν την ικανότητά σας να συναναστρέφεστε με άλλους;	Καθόλου (1)	Λίγο (2)	Μέτρια (3)	Πολύ (4)

11. Σε τί βαθμό μπορείτε να κάνετε πράγματα που επιθυμείτε;	1	2	3	4
12. Σε τί βαθμό είστε ευχαριστημένος-η με τις ευκαιρίες που σας δίνονται για να συνεχίσετε να επιτυγχάνετε πράγματα στη ζωή;	1	2	3	4
13. Σε τί βαθμό νιώθετε ότι έχετε λάβει την αναγνώριση που σας άξιζε στη ζωή σας;	1	2	3	4
14. Σε τί βαθμό νιώθετε ότι έχετε αρκετά να κάνετε κάθε μέρα;	1	2	3	4
Οι παρακάτω ερωτήσεις σχετίζονται με τον βαθμό ικανοποίησης και ευχαρίστησης που νιώσατε σχετικά με διάφορες πτυχές της ζωής σας τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Όπως για παράδειγμα σχετικά με τη συμμετοχή σας στην κοινωνική ζωή, ή τα επιτεύγματά σας στη ζωή. Αποφασίστε πόσο ικανοποιημένος-η ή απογοητευμένος-η νιώθετε για κάθε πτυχή της ζωής σας και κυκλώστε το νούμερο το οποίο ταιριάζει καλύτερα στα συναισθήματά σας. Οι ερωτήσεις αφορούν τις τελευταίες δύο εβδομάδες.				
15. Πόσο ικανοποιημένος-η είστε για όσα έχετε καταφέρει στη ζωή σας;	Πολύ Απογοητευμ ένος (1)	Απογοητευμ ένος (2)	Ούτε απογοητευμένος-η ούτε ικανοποιημένος (3)	Ικανοποιημ ένος (4)
16. Πόσο ικανοποιημένος-η είστε για τον τρόπο που διαχειρίζεστε τον χρόνο σας;	1	2	3	4
17. Πόσο ικανοποιημένος-η είστε για το επίπεδο δραστηριότητάς σας;	1	2	3	4

18. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις ευκαιρίες που έχετε για συμμετοχή σε δραστηριότητες στην κοινότητα;	1	2	3	4
19. Πόσο ευχαριστημένος-η είστε σχετικά με πράγματα τα οποία προσμένετε;	1	2	3	4
20. Πώς θα βαθμολογούσατε τον βαθμό λειτουργικότητας των αισθήσεών σας (πχ. ακοή, όραση, γεύση, όσφρηση, αφή);	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε καλή ούτε κακή	Καλή
Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις προσωπικές σχέσεις που μπορεί να έχετε. Παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις έχοντας στο νου σας τον-ην σύντροφό σας, ή κάποιο άλλο πολύ κοντινό σας πρόσωπο με το οποίο έχετε την πιο κοντινή σχέση.				
21. Σε τί βαθμό έχετε την αίσθηση της συντροφικότητας στη ζωή σας;	Καθόλου	Λίγο	Σεμέτριοβαθμό	Πολύ
22. Σε τί βαθμό έχετε την αγάπη στη ζωή σας;	1	2	3	4
23. Σε τί βαθμό έχετε ευκαιρίες για να αγαπήσετε;	1	2	3	4
24. Σε τί βαθμό έχετε ευκαιρίες να αγαπηθείτε;				

ΚΛΙΜΑΚΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΟΝΑΞΙΑΣ
UCLAVERSION 3

ΟΔΗΓΙΕΣ

Οι άνθρωποι βιώνουν διαφορετικά την έννοια της μοναξιάς, καθώς και τη συναναστροφή τους με τους άλλους. Συνεπώς, θα επιθυμούσαμε να μάθουμε το τρόπο σκέψης σας σχετικά με τη μοναξιά, αλλά και τι κάνετε σε σχέση με αυτή. Σημειώστε παρακαλώ, στις παρακάτω δηλώσεις το βαθμό που ισχύει για εσάς σ' αυτή την περίοδο της ζωής σας.

A/A	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συχνά
1. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι είσαι «συντονισμένος» με τους ανθρώπους γύρω σου;	1	2	3	4
2. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι σου λείπει μια συντροφιά;	1	2	3	4
3. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι δεν υπάρχει κανείς στον οποίο να μπορείς να στηρίζεσαι;	1	2	3	4
4. Πόσο συχνά αισθάνεσαι μόνος/ή;	1	2	3	4
5. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι είσαι μέρος μιας ομάδας φίλων;	1	2	3	4
6. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι έχεις πολλά κοινά με τους ανθρώπους γύρω σου;	1	2	3	4
7. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι δεν βρίσκεσαι πλέον κοντά σε κανέναν;	1	2	3	4
8. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι τα ενδιαφέροντα και οι ιδέες σου δεν είναι κοινά με αυτά των ανθρώπων γύρω σου;	1	2	3	4
9. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ανοιχτός/ή και φιλικός/ή;	1	2	3	4
10. Πόσο συχνά αισθάνεσαι κοντά στους ανθρώπους;	1	2	3	4
11. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι σε αποκλείουν από καταστάσεις ή δραστηριότητες;	1	2	3	4
12. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι οι σχέσεις σου με τους άλλους στερούνται νοήματος;	1	2	3	4

13.Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι στην πραγματικότητα κανείς δεν σε ξέρει καλά;	1	2	3	4
14.Πόσο συχνά αισθάνεσαι απομονωμένος από τους άλλους;	1	2	3	4
15.Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι μπορείς να βρεις συντροφιά όταν τη θέλεις;	1	2	3	4
16.Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι υπάρχουν άνθρωποι που σε κατανοούν πραγματικά;	1	2	3	4
17. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ντροπαλός;	1	2	3	4
18.Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι οι άνθρωποι είναι γύρω σου, αλλά όχι μαζί σου;	1	2	3	4
19.Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους μπορείς να μιλήσεις;	1	2	3	4
20.Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους μπορείς να στηριχθείς;	1	2	3	4

Η λίστα που ακολουθεί περιλαμβάνει θέματα που μπορεί να βιώσετε ή όχι. Παρακαλώ σκεφτείτε πόσο συχνά έχετε άμεσα αυτήν την εμπειρία, και προσπαθήστε να αγνοήσετε το αν θα έπρεπε ή όχι να έχετε τέτοιες εμπειρίες. Σε κάποια θέματα χρησιμοποιείται η λέξη «Θεός». Αν αυτή η λέξη δεν σας κάνει να αισθάνεστε άνετα, παρακαλώ αντικαταστήστε την με μία άλλη λέξη που σας φέρνει στο μυαλό τα θεία ή τα άγια.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ	Πολλ ές φορέ στην ημέρ α	Κ άθε μ έρα	Τις περισσότερες μέρες	Κόπ οιες μέρ ες	Κ άθε τ όσο	Π οτέ
<i>Αισθάνομαι την παρουσία του Θεού</i>						
<i>Βιώνω μία σύνδεση με όλη τη ζωή</i>						
<i>Κατά τη διάρκεια της λατρείας, ή σε άλλες στιγμές όταν έρχομαι σε επαφή με το Θεό, αισθάνομαι χαρά που με «βγάζει έξω» από τις καθημερινές μου έννοιες.</i>						

<i>Παίρνω δύναμη από τη θρησκεία ή την πνευματικότητα</i>						
<i>Βρίσκω παρηγοριά στη θρησκεία ή στην πνευματικότητα</i>						
<i>Αισθάνομαι βαθιά εσωτερική ειρήνη και αρμονία</i>						
<i>Ζητώ τη βοήθεια του Θεού στο μέσο των καθημερινών μου δραστηριοτήτων</i>						
<i>Αισθάνομαι καθοδηγούμενος από το Θεό στο μέσο των καθημερινών μου δραστηριοτήτων</i>						
<i>Αισθάνομαι άμεσα την αγάπη του Θεού προς εμένα</i>						
<i>Αισθάνομαι την αγάπη του Θεού προς εμένα, μέσω άλλων.</i>						
<i>Η ομορφιά της πλάσης με συγκινεί πνευματικά</i>						
<i>Αισθάνομαι ευγνώμων για τα αγαθά μου.</i>						
<i>Αισθάνομαι ένα ανιδιοτελές ενδιαφέρον για τους άλλους.</i>						
<i>Δέχομαι τους άλλους ακόμα και όταν κάνουν πράγματα που είναι λάθος</i>						
<i>Επιθυμώ να είμαι πιο κοντά στο Θεό ή σε ένωση με τα θεία.</i>						

	<i>Καθόλου</i>	<i>Κάπως κοντά</i>	<i>Πολύ κοντά</i>	<i>Όσογίνεται πιο κοντά</i>
<i>Γενικά πόσο κοντά αισθάνεσαι στο Θεό?</i>				

© LynnUnderwoodwww.dsescala.org

Λόγω του ότι το θέμα που η εν λόγω έρευνα είναι εξαιρετικά λεπτό και χρειάστηκε να υπάρξει σχέση με την υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι», χρειάστηκε να δοθεί ειδική άδεια για την είσοδο της ερευνήτριας στο χώρο της δομής αυτής. Έτσι λοιπόν παρατίθεται παρακάτω η εν λόγω άδεια.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΛΑΡΙΣΑΙΩΝ
ΔΙΕΥ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Ταχ. Διεύ/νση: Οικονόμου εξ Οικονόμων 8Α
Ταχ. Κώδικας: 41222
Τηλ. 2410680216, 241
Fax: 2410680244
Email: pronoi@larissa.gov.gr

Λάρισα, 10/2/2021
Αρ. Πρωτ. 299

Προς
κ. Μπουχώρη Αντιγόνη
Χατζημιχάλη 53, Λάρισα

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας για διεξαγωγή έρευνας με ερωτηματολόγια

Σε απάντηση της υπ. αρ. 299/10-2-2021 αίτησης, χορηγούμε στην κ. Μπουχώρη Αντιγόνη άδεια για την τηλεφωνική διεξαγωγή έρευνας μέσω ερωτηματολογίων των εξυπηρετούμενων ηλικίας άνω των 65 ετών με μη διεγνωσμένη άνοια του προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" του Δήμου Λαρισαίων, στο πλαίσιο της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας με τίτλο "Σχέση πνευματικότητας, κοινωνικής υποστήριξης και μοναξιάς με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων" για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα "Ψυχική Υγεία" του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. (2015). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής 18(3) pp. 218-229
- Τζούνης Ε. και Κ. Γουργουλιάνης., (2013), Πνευματικότητα και πνευματική αξιολόγηση, Ο ρόλος τους στην παροχή πνευματικής φροντίδας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος5, Τεύχος1, 7-12
- Χαλκιοπούλου, Α. (2016). *Ο ρόλος της πνευματικότητας στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους ατόμων που ασκούνται στη γιόγκα και τον διαλογισμό* (Master's thesis) ΕΑΠ.
- Brassington, G. S., King, A. C., & Bliwise, D. L. (2000). Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64–99 years. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(10), 1234-1240.
- Brush L. B., McGee M. E., Cavanagh B., Woodward M., (2001). Forgiveness A Concept Analysis, *JHolistNurs* 19: 27
- Τουρτούνη, Δ. (2017). *Η συγχωρητικότητα και ο ρόλος της στη φροντίδα* (Master's thesis) Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Ramírez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Aging & mental health*, 18(4), 463-470.
- Rey, L., & Extremera, N. (2016). Forgiveness and health-related quality of life in older people: Adaptive cognitive emotion regulation strategies as mediators. *Journal of health psychology*, 21(12), 2944-2954.
- Nante N., Groth N., Guerrini M., Galeazzi M., Kodraliu G., Apolone G. (1999). Using the SF-36 in a rural population of elderly in Italy: a pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*; 40:1-7
- Foster, L., & Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, Vol. 55, No. 1 pp 83-90
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*; 41: 239-250.
- Fingerman, K. L., & Charles, S. T. (2010). It takes two to tango: Why older people have the best relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 172-176.
- Patil B. (2000) Psychosocial Problems of Retired. *Soc Wel* 47(7):13-16
- Montross L, Depp C, Daly J, Golshan S, Moore D. (2006). Correlates of self-rated successful ageing among community dwelling other adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 14(1): 43 – 51

- Ermer, A. E., & Proulx, C. M. (2016). Unforgiveness, depression, and health in later life: the protective factor of forgivingness. *Aging & mental health*, 20(10), 1021-1034.
- Hall, J. H., & Fincham, F. D. (2008). The temporal course of self-forgiveness. *Journal of social and clinical psychology*, 27(2), 174-202.
- Giltay EJ, Kamphuis MH, Kalmijn S, Zitman FG, Kromhout D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen elderly study. *Arch Intern Med*; 166:431– 6.
- Worthington Jr, E. L. (2005). Initial questions about the art and science of forgiving. *Handbook of forgiveness*, 1-13.
- Brush L. B., McGee M. E., Cavanagh B., Woodward M., (2001). Forgiveness A Concept Analysis, *JHolist Nurs* 19: 27
- Piedmont, R. L., & Friedman, P. H. (2012). Spirituality, religiosity, and subjective quality of life. In *Handbook of social indicators and quality of life research* (pp. 313-329). Springer, Dordrecht
- Webb, J. R., Toussaint, L., & Conway-Williams, E. (2012). Forgiveness and health: Psycho-spiritual integration and the promotion of better healthcare. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 18(1-2), 57-73).
- Τσιάμπαζη Ανεστία, (2020). «Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΩΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ» available at : https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/45457/1/502999_%CE%A4%CE%A3%CE%99%CE%91%CE%9C%CE%A0%CE%91%CE%96%CE%97_%CE%91%CE%9D%CE%95%CE%A3%CE%A4%CE%99%CE%9D%CE%91.pdf
- Mullet E, Rivière S, MuñozSastre MT. (2007). Cognitive processes involved in blame and blame like-judgements and in forgiveness and forgiveness like- judgments. *Am J Psychol.*, 120(1):25-46
- Μαρίνα Καρβέλα, (2017). “Η Σχέση της συγχωρητικότητας των ηλικιωμένων με τα επίπεδα της ευδόκιμης γήρανσης, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” available at : <https://core.ac.uk/download/pdf/153486047.pdf>
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Holmen, K., Ericsson, k., & Winblad, B. (1999). Quality of Life Among Eldery. *Scand J. Caring Sci.*, 13(2), 91-95